

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# PROTOCOLO GERAL

## DA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO POR CAUSAS EVITÁVEIS OU REDUZÍVEIS

Acidente por Animais Peçonhentos | Doença de Chagas | Doenças  
Diarreicas Agudas | Febre Maculosa | Hantavirose | Leptospirose |  
Leishmaniose Tegumentar | Leishmaniose Visceral | Malária

**Nísia Verônica Trindade Lima**  
Ministra da Saúde

**Ethel Leonor Noia Maciel**  
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

**Alda Maria Da-Cruz**  
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

**Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior**  
Coordenador-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

**Cassio Roberto Leonel Peterka**  
Coordenação de Eliminação da Malária

**Equipe de elaboração**

Jessica Oliveira de Sousa  
José Nilton Gomes da Costa  
Lúcia Regina Montebello Pereira  
Kathiely Martins dos Santos  
Renata Carla de Oliveira  
Swamy Lima Palmeira  
Patrícia Miyuki Ohara  
Viviane Fragoso de Moura Lane

**Colaboradores**

Carla Machado da Trindade  
Flávio Santos Dourado  
Janaína de Sousa Menezes  
Luciana Nogueira de Almeida Guimarães  
Marli Souza Rocha  
Marília Vieira da Silva Meira  
Orlando Marcos Farias de Sousa  
Paola Marchesini  
Raquel Barbosa de Lima  
Ricardo Augusto dos Passos  
Yurian Enrique Ramayo Perez

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
1. INTRODUÇÃO .....	7
2. DOENÇAS E AGRAVOS .....	9
2.1. Acidentes por Animais Peçonhentos .....	9
2.2. Doença de Chagas .....	10
2.3. Doenças Diarreicas Agudas .....	11
2.4. Febre Maculosa .....	12
2.5. Hantavirose .....	12
2.6. Leishmaniose Tegumentar .....	13
2.7. Leishmaniose Visceral .....	14
2.8. Leptospirose .....	15
2.9. Malária .....	16
3. OBJETIVOS .....	17
3.1. Geral.....	17
3.2. Específicos.....	17
4. VIGILÂNCIA DO ÓBITO .....	18
5. GRUPOS DE TRABALHO .....	19
5.1. Grupo de Trabalho Nacional (GT-VO/CGZV).....	19
5.2. Grupo de Trabalho Estadual e Municipal (GT-VO/SES e SMS) .....	19
6. ATRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GESTÃO DO SUS .....	20
6.1. Esfera nacional .....	20
6.2. Esfera estadual.....	21
6.3. Esfera regional (quando houver) .....	22
6.4. Esfera municipal.....	23
6.5. Esfera local .....	24
7. NOTIFICAÇÃO DO ÓBITO .....	24
8. IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO .....	27
9. INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO .....	28

10. REGISTRO DOS DADOS .....	31
10.1. Procedimento para o registro dos dados .....	31
11. ANÁLISE DOS DADOS.....	33
12. QUALIFICAÇÃO DA CAUSA BÁSICA.....	34
12.1. Codificação das Causas da Morte .....	35
12.2. Causa básica da morte .....	36
12.3. Qualificação - SIM .....	37
12.4. Qualificação - Sinan.....	37
13. ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES .....	39
13.1. Características desejáveis para as recomendações.....	40
13.2. Tipos de recomendações .....	41
13.3. Cuidados na elaboração das recomendações .....	42
13.4. Classificação das recomendações.....	44
14. DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	47
15. MONITORAMENTO.....	48
15.1. Monitoramento indireto.....	48
15.2. Monitoramento direto.....	48
16. AVALIAÇÃO.....	49
17. REFERÊNCIAS .....	50

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Demonstrativo das finalidades das vias da declaração de óbito.....	18
<b>Figura 2.</b> Processos que compõem a vigilância do óbito.....	20
<b>Figura 3.</b> Fluxograma do processo de notificação/comunicação da ocorrência do óbito e da análise quanto à confirmação de óbito por doença/agravo que compõe a estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.....	28
<b>Figura 4.</b> Fluxograma do processo inicial da investigação do óbito das doenças/agravs que compõem a estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.....	31
<b>Figura 5.</b> Fluxograma do processo de registro dos dados da investigação do óbito.....	33
<b>Figura 6.</b> Fluxograma de ações para a qualificação do óbito.....	37

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Sugestão de informações para notificação/comunicação da ocorrência de óbito por doença/agravo que compõem a estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.....	27
<b>Quadro 2.</b> Proposta de periodicidade das reuniões do GT-VO no âmbito municipal ou estadual.....	35
<b>Quadro 3.</b> Qualificação do Sinan a partir da conclusão das causas da morte.....	38
<b>Quadro 4.</b> Tipos de recomendações e exemplos.....	41
<b>Quadro 5.</b> Checklist para a verificação das características das recomendações.....	42
<b>Quadro 6.</b> Categorias e detalhamento para subsidiar a elaboração das recomendações.....	44

## **APRESENTAÇÃO**

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV) e da Coordenação de Eliminação da Malária (CEMA) está implementando a Estratégia de Vigilância do Óbito por Causas Evitáveis ou Reduzíveis e, complementar aos Cadernos da Vigilância do Óbito das doenças/agravos: Acidentes por Animais Peçonhentos, Doença de Chagas, Doenças Diarreicas Agudas, Febre Maculosa, Hantavirose, Leptospirose, Leishmaniose Tegumentar, Leishmaniose Visceral e Malária.

Nesse contexto, queremos oferecer às equipes dos serviços de saúde subsídios para implementação da estratégia nos diferentes territórios do país. Este protocolo é parte dos instrumentos e apresenta as diretrizes, de abrangência nacional, para a estruturação da vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis, de acordo com as atribuições das diferentes esferas de gestão do SUS.

**Equipe GT-VO/CGZV/CEMA  
DEDT/SVSA/MS**

## 1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV) e Coordenação de Eliminação da Malária (CEMA), do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), elaborou o “Protocolo para a Vigilância do Óbito por Causas Evitáveis ou Reduzíveis das Doenças e Agravos: Acidentes por Animais Peçonhentos, Doença de Chagas, Doenças Diarreicas Agudas, Febre Maculosa, Hantavirose, Leishmaniose Tegumentar, Leishmaniose Visceral, Leptospirose e Malária”, composto pelo protocolo geral e pelos cadernos específicos de cada uma das doenças/agravos. Este documento traz diretrizes de abrangência nacional a serem adotadas nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para implantação, ampliação e fortalecimento da vigilância do óbito.

As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e período. Essas causas devem ser revisadas à luz da evolução do conhecimento e das tecnologias disponíveis para as práticas da atenção à saúde<sup>1</sup>.

Em 2007, foi publicada a primeira versão da “Lista de Causas de Mortes Evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde” e, em 2010, a “Nota Técnica: Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil”, resultante do consenso de especialistas de diversas áreas<sup>1,2</sup>.

A lista brasileira organiza os óbitos por agrupamentos de causa básica de morte, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10). Os óbitos são divididos em três grandes grupos: causas evitáveis; causas mal definidas; e demais causas (não claramente evitáveis). O grupo das “causas de mortes evitáveis” é subdividido em categorias, de acordo com a intervenção que poderia ter evitado o óbito<sup>3</sup>:

- a) reduzíveis por ações de imunoprevenção;
- b) reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, no parto e ao recém-nascido (esta subdivida em três subcategorias: gestação, parto e recém-nascido);
- c) reduzíveis por adequado diagnóstico e tratamento;
- d) reduzíveis por adequada promoção à saúde.

A estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis baseia-se na “Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil”, bem



como na detecção, notificação, investigação e análise dos óbitos pelas doenças/agravos tratados nesse protocolo. E é de fundamental importância a integração entre as equipes da Vigilância em Saúde (VS), da Atenção à Saúde (AS), entre outros setores da saúde.

A vigilância do óbito se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica, cujas ações (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis ou reduzíveis<sup>2</sup>. A coleta de dados sobre óbitos e suas causas têm sido realizada de forma padronizada em todo o país, desde 1976, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que é um sistema de informação universal sobre óbitos, desenvolvido e gerenciado pelo MS<sup>2,4,5,6</sup>.

Como estratégia para a qualificação das informações, é fortemente estimulada a estruturação da vigilância do óbito que parte da utilização de formulário de investigação da doença/agravo específico, como objeto para a coleta de dados nos serviços de saúde e em sistemas de informação em saúde, de forma padronizada e organizada, reunindo os dados de forma sistemática, de maneira a facilitar o raciocínio na determinação da causa do óbito<sup>7,8,9</sup>.

A investigação dos óbitos proporciona informações sobre os fatores que contribuíram para a ocorrência do óbito e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para a prevenção de mortes no futuro. As ações direcionadas à melhoria da notificação e da qualidade da informação sobre óbitos no Brasil são alternativas promissoras para o aperfeiçoamento do SIM e aumento da confiabilidade das informações de saúde<sup>2,5,8</sup>.

As diretrizes apresentadas neste protocolo têm como finalidade padronizar condutas e procedimentos relacionados a investigação, monitoramento, avaliação, qualificação e publicação oportuna dos dados de óbito pelas doenças/agravos com base em registros oficiais (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan; Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena -SIASI; e Research Electronic Data Capture/Ministério da Saúde – REDCap®/MS).

## **2. DOENÇAS E AGRAVOS**

As doenças/agravos que compõem a Estratégia de Vigilância do óbito por Causas Evitáveis ou Reduzíveis foram incluídas devido à necessidade de fortalecimento do componente “investigação de óbitos”, tendo o trabalho organizado no contexto de uma estratégia com ações coordenadas e integradas, que corrobora com a otimização do monitoramento e da avaliação das investigações, bem como proporciona o desenvolvimento igualitário da ação no contexto da vigilância epidemiológica.

### **2.1. Acidentes por Animais Peçonhentos**

Os envenenamentos ofídicos foram incluídos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem, na maioria das vezes, populações pobres que vivem em áreas rurais e áreas de difícil acesso aos serviços de saúde.

Devido ao alto número de notificações, o agravo Acidentes por Animais Peçonhentos foi incluído na Lista de Notificação Compulsória do Brasil, ou seja, todos os casos devem ser notificados ao Ministério da Saúde imediatamente após a confirmação. A medida ajuda a traçar estratégias e ações para prevenir esse tipo de acidente.

No Brasil, os acidentes por animais peçonhentos são a maior causa de envenenamento humano.

Animais peçonhentos são aqueles que produzem peçonha (veneno) e têm condições naturais para injetá-la em presas ou predadores. Essa condição é dada naturalmente por meio de dentes modificados, agulhão, ferrão, quelíceras, cerdas urticantes, nematocistos entre outros. Os animais peçonhentos podem ser encontrados em todo território brasileiro, em todos os biomas (Amazônia, o Cerrado, a Caatinga, o Pantanal, o Pampa e a Mata Atlântica).

Os animais peçonhentos que mais causam acidentes no Brasil são algumas espécies de:

- ✓ serpentes;
- ✓ escorpiões;
- ✓ aranhas;
- ✓ lepidópteros (mariposas e suas larvas);
- ✓ himenópteros (abelhas, formigas e vespas);
- ✓ coleópteros (potó);

- ✓ quilópodes (lacrarias);
- ✓ peixes (arraias, niquim, peixe-pedra, peixe-escorpião, entre outros);
- ✓ cnidários (águas-vivas e caravelas).

Esses animais possuem presas, ferrões, cerdas, espinhos entre outros, capazes de envenenar as vítimas. Algumas espécies gostam de ambientes quentes e úmidos e podem ser encontradas em matas fechadas, trilhas e próximo a residências com lixo acumulado. Manter a higiene do local é evitar acúmulo de entulhos é a melhor forma de prevenir acidentes.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página do agravo pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos>

## 2.2. Doença de Chagas

A doença de Chagas (ou Tripanossomíase americana) é a infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Apresenta uma fase aguda (doença de Chagas aguda – DCA) que pode ser sintomática ou não, e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada (assintomática), cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva.

Na fase aguda, os principais sintomas são:

- ✓ febre prolongada (mais de 7 dias);
- ✓ dor de cabeça;
- ✓ fraqueza intensa;
- ✓ inchaço no rosto e pernas.

No caso de picada do barbeiro, pode aparecer uma lesão semelhante a um furúnculo no local.

Após a fase aguda, caso a pessoa não receba tratamento oportuno, ela pode desenvolver a fase crônica da doença, inicialmente sem sintomas (forma indeterminada), podendo, com o passar dos anos, apresentar complicações como:

- ✓ problemas cardíacos, como insuficiência cardíaca;

- ✓ problemas digestivos, como megacolon e megaesôfago.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>

### 2.3. Doenças Diarreicas Agudas

As doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais. São caracterizadas por uma síndrome em que há ocorrência de no mínimo três episódios de diarreia aguda em 24 horas, ou seja, diminuição da consistência das fezes e aumento do número de evacuações, quadro que pode ser acompanhado de náusea, vômito, febre e dor abdominal. Em geral, são doenças autolimitadas com duração de até 14 dias. Em alguns casos, há presença de muco e sangue, quadro conhecido como disenteria. A depender do agente causador da doença e de características individuais dos pacientes, as DDA podem evoluir clinicamente para quadros de desidratação que variam de leve a grave.

Se tratadas incorretamente ou não tratadas, as doenças diarreicas agudas podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição ou à imunodepressão.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doencas-diarreicas-agudas-dda>

## 2.4. Febre Maculosa

A febre maculosa é uma doença infecciosa, febril aguda e de gravidade variável. Ela pode variar desde as formas clínicas leves e atípicas até formas graves, com elevada taxa de letalidade. É causada por uma bactéria do gênero *Rickettsia*, transmitida pela picada do carrapato.

No Brasil duas espécies de riquetsias estão associadas a quadros clínicos da Febre Maculosa: *Rickettsia rickettsii*, que produz a doença grave registrada no norte do estado do Paraná e nos Estados da Região Sudeste. *Rickettsia parkeri*, que tem sido registrada em ambientes de Mata Atlântica, produzindo quadros clínicos menos graves. Os principais vetores e reservatórios são os carrapatos do gênero *Amblyomma*, tais como *A. sculptum* (= *A. cajennense*) conhecido como carrapato estrela, *A. aureolatum* e *A. ovale*. Entretanto, potencialmente, qualquer espécie de carrapato pode ser reservatório da bactéria causadora da doença.

A Febre Maculosa, se não tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves e levar a pessoa à morte. De acordo com a Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022, todo caso de febre maculosa é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde, devendo-se iniciar a investigação epidemiológica o mais rápido possível.



### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-maculosa>

## 2.5. Hantavirose

A Hantavirose é uma zoonose viral aguda, cuja infecção em humanos, no Brasil, se apresentam na forma da Síndrome Pulmonar por Hantavírus. Na América do Sul, foi observado importante comprometimento cardíaco, passando a ser denominada de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH). Os hantavírus possuem como reservatórios naturais alguns roedores silvestres, que podem eliminar o vírus pela urina, saliva e fezes. Os roedores

reservatórios podem carregar o vírus por toda a vida sem adoecer. A hantavirose é causada por um vírus RNA, pertencente à gênero *Orthohantavírus*, família *Hantaviridae*.

Nas Américas, a hantavirose se manifesta sob diferentes formas, desde doença febril aguda inespecífica, até quadros pulmonares e cardiovasculares mais severos e característicos, podendo evoluir para a síndrome da angústia respiratória (SARA).

A infecção humana por hantavirose ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis, formados a partir da urina, fezes e saliva de roedores infectados. As outras formas de transmissão, para a espécie humana, são:

- ✓ percutânea, por meio de escoriações cutâneas ou mordedura de roedores;
- ✓ contato do vírus com mucosa (conjuntival, da boca ou do nariz), por meio de mãos contaminadas com excretas de roedores;
- ✓ transmissão pessoa a pessoa, relatada, de forma esporádica, na Argentina e Chile, sempre associada ao hantavírus Andes.

O período de transmissibilidade do hantavírus no homem é desconhecido. Estudos sugerem que o período de maior viremia seria alguns dias que antecedem o aparecimento dos sinais/sintomas. Já o período de incubação do vírus, ou seja, o período que os primeiros sintomas começam a aparecer a partir da infecção, é, em média, de 1 a 5 semanas, com variação de 3 a 60 dias.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022, todo caso de hantavirose deve ser notificado às autoridades locais de saúde, devendo-se iniciar a investigação epidemiológica o mais rápido possível.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hantavirose>

## 2.6. Leishmaniose Tegumentar

A Leishmaniose Tegumentar (LT) é uma doença infecciosa, não contagiosa, que provoca úlceras na pele e mucosas. A doença é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. No

Brasil, há sete espécies de leishmanias envolvidas na ocorrência de casos de LT. As mais importantes são: *Leishmania (Leishmania) amazonensis*, *L. (Viannia) guyanensis* e *L. (V.) braziliensis*. A doença é transmitida ao ser humano pela picada das fêmeas de flebotomíneos (espécie de mosca) infectadas.

A suscetibilidade de infecção por Leishmaniose Tegumentar (LT) é universal. A infecção e a doença não conferem imunidade ao paciente.

Os sintomas da LT são lesões na pele e/ou mucosas. As lesões de pele podem ser única, múltiplas, disseminada ou difusa. Elas apresentam aspecto de úlceras, com bordas elevadas e fundo granuloso, geralmente indolor. As lesões mucosas são mais frequentes no nariz, boca e garganta.

A LT está associada a uma morbidade significativa, mas, em geral, a letalidade relacionada à doença não é esperada. No entanto, nos últimos anos um número inesperado de óbitos relacionados à doença vem sendo registrados pelo sistema de vigilância epidemiológica do Brasil.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-tegumentar-lt>

## 2.7. Leishmaniose Visceral

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença causada por um protozoário da espécie *Leishmania chagasi*. O ciclo evolutivo apresenta duas formas: amastigota, que é obrigatoriamente parasita intracelular em mamíferos, e promastigota, presente no tubo digestivo do inseto transmissor. É conhecida como calazar, esplenomegalia tropical e febre dundun.

A LV é uma zoonose de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. É transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomíneo e conhecido popularmente como

mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*.

No ambiente urbano, o cão é a principal fonte de infecção para o vetor, podendo desenvolver os sintomas da doença, que são: emagrecimento, queda de pêlos, crescimento e deformação das unhas, paralisia de membros posteriores, desnutrição, entre outros.

É fundamental procurar o médico assim que surgirem os primeiros sintomas. Uma vez diagnosticada, quanto mais cedo for iniciado o tratamento maiores são as chances de evitar agravo e complicações pela doença, que se não for tratada adequadamente, pode ser fatal.



#### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral>

## 2.8. Leptospirose

A leptospirose é uma doença infecciosa febril aguda que resulta da exposição direta ou indireta a urina de animais (principalmente ratos) infectados pela bactéria *Leptospira*; sua penetração ocorre através da pele com lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou através de mucosas.

O período de incubação, ou seja, tempo entre a infecção da doença até o momento que a pessoa leva para manifestar os sintomas, pode variar de 1 a 30 dias e normalmente ocorre entre 7 a 14 dias após a exposição a situações de risco. As manifestações clínicas variam desde formas assintomáticas e subclínicas até quadros graves, associados a manifestações fulminantes. São divididas em duas fases: fase precoce e fase tardia.

Em aproximadamente 15% dos pacientes com leptospirose, ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, que tipicamente iniciam-se após a primeira semana de doença, mas que pode ocorrer mais cedo, especialmente em pacientes com apresentações fulminantes.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022, a leptospirose é considerada doença de notificação compulsória, devendo-se iniciar a investigação epidemiológica o mais rápido possível.





## Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leptospirose>

### 2.9. Malária

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. A malária não é uma doença contagiosa, ou seja, uma pessoa doente não é capaz de transmitir a doença diretamente a outra pessoa. Estes mosquitos são mais abundantes nos horários crepusculares, ao entardecer e ao amanhecer. Todavia, são encontrados picando durante todo o período noturno, porém em menor quantidade.

Toda pessoa pode contrair a malária. Indivíduos que tiveram vários episódios de malária podem atingir um estado de imunidade parcial, apresentando poucos ou mesmo nenhum sintoma. Porém, uma imunidade esterilizante, que confere total proteção clínica, até hoje não foi observada. Caso não seja tratado adequadamente a malária pode se agravar e evoluir para óbito. Além disso, o indivíduo pode ser fonte de infecção por meses ou anos, de acordo com a espécie parasitária.

No Brasil, a maioria dos casos de malária se concentra na região Amazônica, composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Na região extra-Amazônica, composta pelas demais unidades federativas e o Distrito Federal, apesar das poucas notificações, a doença não pode ser negligenciada, pois se observa uma alta letalidade que chega a ser 100 vezes maior que na região Amazônica. A não consideração da malária no diagnóstico diferencial na região extra-amazônica leva ao atraso do início do tratamento e consequentemente agravamento e óbito.

A malária é uma doença que tem cura, o diagnóstico é feito pelo SUS e o tratamento é eficaz, simples e gratuito.



## Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse a página da doença pelo seguinte link:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria>

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Geral

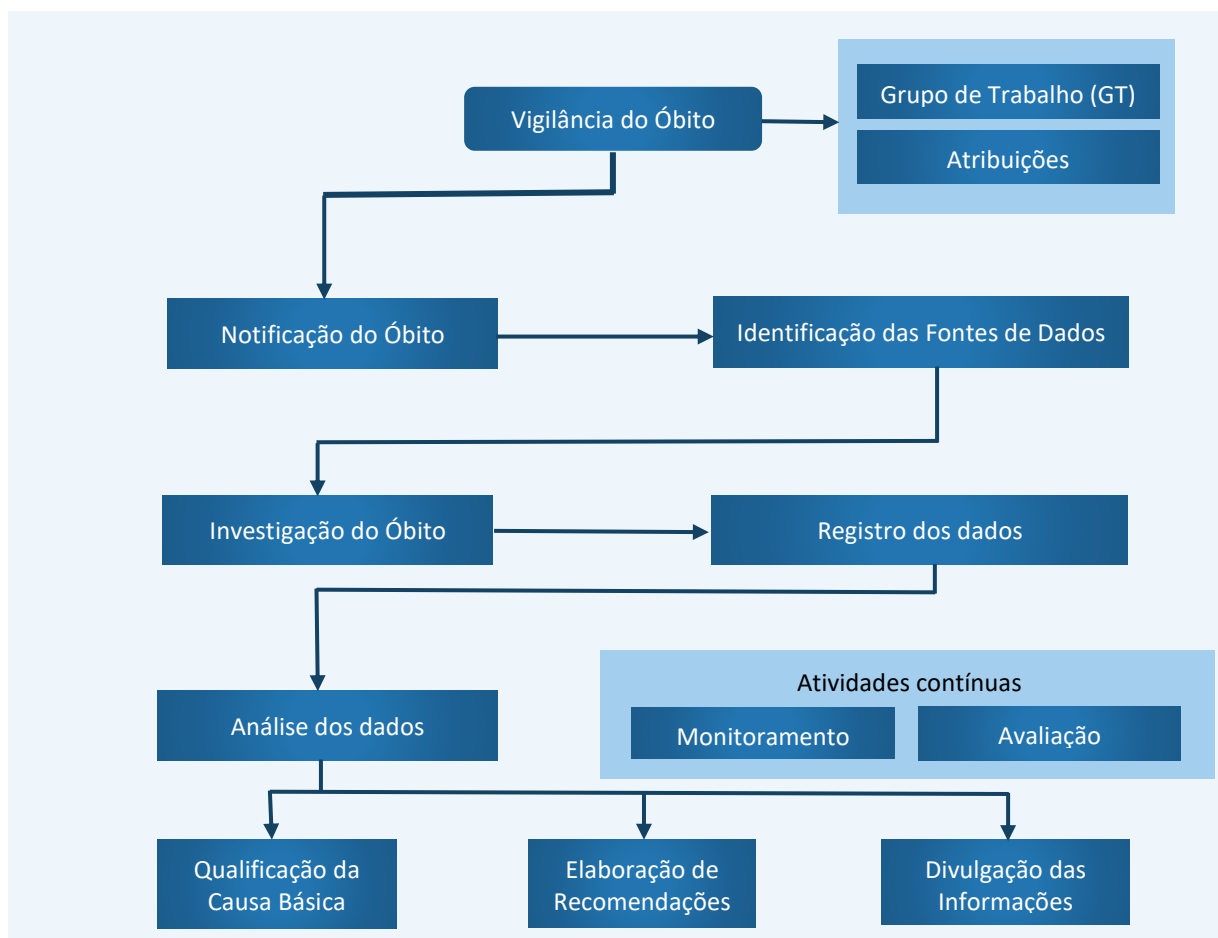
Mapear os determinantes dos óbitos investigados e propor medidas de prevenção, a fim de evitar outros óbitos e, por consequência, realizar a qualificação dos dados nos sistemas de informação em saúde.

#### 3.2. Específicos

- ✓ Sistematizar as atividades da vigilância do óbito;
- ✓ Realizar a investigação dos óbitos sistematizada conforme as especificidades de cada doença/agravo que compõe a estratégia;
- ✓ Instituir e operacionalizar grupos de trabalho para a análise dos óbitos;
- ✓ Identificar os determinantes dos óbitos;
- ✓ Propor a adoção de medidas de prevenção;
- ✓ Qualificar as causas da morte, de acordo com os achados da investigação;
- ✓ Monitorar e avaliar os indicadores gerais da vigilância do óbito;
- ✓ Informar e divulgar os resultados dos trabalhos desenvolvidos.

#### 4. VIGILÂNCIA DO ÓBITO

A vigilância do óbito (VO) é o macroprocesso que engloba todas as ações necessárias à investigação dos óbitos e qualificação das causas da morte. Para a gestão dos processos de trabalho é recomendada a organização de grupo de trabalho (GT) intersetorial nos diferentes níveis de gestão do SUS, com o objetivo de coordenar, analisar e responder às demandas referentes à VO. As diretrizes da VO têm como finalidade a padronização mínima das condutas e procedimentos relacionados à notificação, investigação, registro, qualificação, análise e publicação oportuna dos dados de óbito pelas doenças/agravos tratados neste protocolo. No entanto, cada território deve adequar a execução das ações de acordo com as condições operacionais e priorizar o registro das informações no formulário eletrônico da plataforma REDCap®. Os processos da vigilância do óbito apresentam-se da seguinte forma hierárquica (figura 2):



**Figura 2.** Processos que compõem a vigilância do óbito. **Fonte:** Autoria própria.

## 5. GRUPOS DE TRABALHO

### 6.1. Grupo de Trabalho Nacional (GT-VO/CGZV)

Na esfera nacional, foi criado o grupo de trabalho da vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis da Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (GT-VO/CGZV), que é formado por representantes dos Grupos Técnicos de Vigilância Epidemiológica de Acidentes por Animais Peçonhentos (GT-Animais Peçonhentos), de Doença de Chagas (GT-Chagas), de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (GT-DTHA), de Doenças Relacionadas a Roedores (GT-Roedores), de Leishmanioses (GT-Leishmanioses) e de Malária (GT-Malária). Como apoiadores, o grupo técnico conta com representantes: Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh), da Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas (CGIAE) e de colaboradores (especialistas) que apoiam as demandas específicas de cada uma das doenças e agravos.

O principal objetivo do GT-VO/CGZV é contribuir com o fortalecimento da estratégia da vigilância do óbito, atuando na elaboração e revisão dos documentos técnicos e no monitoramento, avaliação e análise das investigações de óbitos, em caráter complementar. O GT-VO/CGZV poderá ser acionado para a discussão de investigações de óbitos inconclusivas após análises dos grupos de trabalho nos âmbitos municipal e estadual, através do envio de solicitação ao e-mail: vo.cgzv@saude.gov.br.

### 6.2. Grupo de Trabalho Estadual e Municipal (GT-VO/SES e SMS)

No âmbito estadual deverá ser instituído um grupo de trabalho da vigilância do óbito da Secretaria Estadual da Saúde (GT-VO/SES) em cada uma das Unidades da Federação (UF), enquanto em âmbito municipal é recomendado que seja instituído nas capitais e nos municípios que possuam capacidade operacional<sup>1</sup> para a realização de análise dos óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis o grupo de trabalho da vigilância do óbito da Secretaria Municipal da Saúde (GT-VO/SMS), devendo ser **intersectorial, multiprofissional e de caráter sigiloso**.

Sugere-se que o grupo de trabalho seja composto por representantes das seguintes áreas, conforme necessidade:

---

<sup>1</sup> Ter um Grupo de trabalho da Vigilância do Óbito (GT-VO) intersectorial e multiprofissional formalizado, tendo pelo menos um(a) médico(a) entre os integrantes e dispor de espaço físico e equipamentos tecnológicos (computador, impressora, tela de projeção etc.) que atendam à necessidade do trabalho do GT-VO.

- ✓ Vigilância em saúde
  - Vigilância epidemiológica;
  - Vigilância ambiental;
  - Vigilância sanitária;
  - Vigilância em saúde do trabalhador;
  - Vigilância laboratorial;
  - Vigilância do óbito;
  - Serviços de verificação de óbitos (SVO);
- ✓ Atenção à saúde;
  - Atenção primária;
  - Urgência e Emergência;
  - Atenção especializada;
  - Rede hospitalar privada;
  - Saúde indígena;
- ✓ Assistência farmacêutica;
- ✓ Outros profissionais de saúde especializados como infectologistas, intensivistas, patologistas, entre outros.

## **7. ATRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GESTÃO DO SUS**

### **7.1. Esfera nacional**

#### **7.1.1. Vigilância Epidemiológica Nacional**

- ✓ Estabelecer as diretrizes gerais para a vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis das doenças/agravs abordados neste protocolo;
- ✓ Revisar periodicamente e manter atualizado o protocolo e demais instrumentos da vigilância do óbito;
- ✓ Acatar as recomendações elaboradas no grupo de trabalho da vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis (GT-VO/CGZV) e que sejam cabíveis à vigilância da doença/agravo;
- ✓ Monitorar a realização das ações referentes à vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis nos demais níveis de gestão do SUS;

- ✓ Promover capacitações e atualizações;
- ✓ Promover reuniões nacionais para discutir o monitoramento, avaliação e resultados alcançados;
- ✓ Divulgar os resultados das investigações de óbitos.

### **7.1.2. Vigilância do Óbito Nacional**

- ✓ Participar da elaboração das diretrizes gerais para a vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis das doenças/agravos abordados neste protocolo, de reuniões, especialmente ao que se refere às orientações à VO das SES e SMS;
- ✓ Apoiar as capacitações e atualizações.

### **7.1.3. Atenção à Saúde Nacional** (Atenção Primária em Saúde, Urgência e Emergência; Atenção especializada; Saúde indígena)

- ✓ Participar da elaboração das diretrizes gerais para a vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis das doenças/agravos abordados neste protocolo, de reuniões, especialmente ao que se refere às orientações às equipes de atenção à saúde das SES, SMS, SESAI;
- ✓ Apoiar as capacitações e atualizações;

## **7.2. Esfera estadual**

### **7.2.1. Vigilância Epidemiológica Estadual**

- ✓ Coordenar as ações de vigilância do óbito em seu nível de atuação;
- ✓ Assessorar as Regionais de Saúde (quando houver) e os municípios para realizar a investigação dos óbitos, quando necessário, orientando sobre a conduta adequada no âmbito de suas competências;
- ✓ Realizar a busca ativa e monitorar a ocorrência do óbito com o apoio da equipe estadual de vigilância do óbito e a equipe do SIM;
- ✓ Organizar e participar das reuniões do grupo de trabalho para análise e conclusão das investigações de óbitos dos municípios que não instituíram o GT-VO;
- ✓ Monitorar junto com a equipe regional e municipal o acolhimento das recomendações elaboradas pelo grupo de trabalho;

- ✓ Executar as recomendações elaboradas pelo grupo de trabalho que sejam de competência deste nível de gestão;
- ✓ Retroalimentar o nível regional, quando houver, e municipal com informações atualizadas sobre a vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.
- ✓ Publicizar os resultados das investigações dos óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis que ocorreram no estado por meio de boletim, nota informativa, documentos oficiais, etc.;
- ✓ Promover capacitações e atualizações.

#### **7.2.2. Vigilância do Óbito Estadual**

- ✓ Disponibilizar dados de óbitos registrados no SIM das doenças/agrivos periodicamente conforme articulado e pactuado com a vigilância epidemiológica estadual;
- ✓ Participar das reuniões do grupo de trabalho para análise e conclusão das investigações de óbitos dos municípios que não instituíram o GT-VO.

#### **7.2.3. Atenção à Saúde Estadual (Atenção Primária em Saúde, Urgência e Emergência; Atenção especializada; Saúde indígena)**

- ✓ Participar das reuniões do grupo de trabalho para análise e conclusão das investigações de óbitos dos municípios que não instituíram o GT-VO.

### **7.3. Esfera regional (quando houver)**

#### **7.3.1. Regional**

- ✓ Assessorar os municípios na busca ativa e investigação dos óbitos, quando necessário, orientando sobre a conduta adequada no âmbito de sua competência;
- ✓ Supervisionar as atividades da vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis nos municípios de sua abrangência;
- ✓ Promover capacitações e atualizações;
- ✓ Incentivar e apoiar os municípios na análise de dados;
- ✓ Retroalimentar o nível municipal com informações atualizadas sobre a vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.

#### **7.4. Esfera municipal**

##### **7.4.1. Vigilância Epidemiológica Municipal**

- ✓ Articular com os setores parceiros a composição de grupo de trabalho para investigação e análise dos óbitos;
- ✓ Identificar a ocorrência de óbito por causas evitáveis ou reduzíveis;
- ✓ Investigar os óbitos, com o apoio dos parceiros, de acordo com os critérios apresentados neste protocolo;
- ✓ Registrar os dados no formulário on-line da plataforma REDCap específico da doença/agravo;
- ✓ Retroalimentar o registro de dados, caso surjam novas informações;
- ✓ Realizar reunião com o grupo de trabalho para discussão e conclusão da investigação dos óbitos;
- ✓ Monitorar e avaliar, principalmente nos serviços de saúde, o acolhimento das recomendações elaboradas pelo grupo de trabalho;
- ✓ Publicizar os resultados das investigações dos óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis que ocorreram no município;
- ✓ Promover capacitações e atualizações.

##### **7.4.2. Vigilância do Óbito Municipal**

- ✓ Disponibilizar dados de óbitos registrados no SIM das doenças/agravos periodicamente conforme articulado e pactuado com a vigilância epidemiológica estadual;
- ✓ Participar das reuniões do grupo de trabalho para análise e conclusão das investigações de óbitos dos municípios que não instituíram o GT-VO.

##### **7.4.3. Atenção à Saúde Municipal**

###### **– Atenção Primária em Saúde e Saúde Indígena (Polo Base e EMSI)**

- ✓ Investigar os óbitos, com o apoio dos parceiros, de acordo com os critérios apresentados neste protocolo;



- ✓ Participar das reuniões do grupo de trabalho para análise e conclusão das investigações de óbitos do respectivo município.
- **Urgência e Emergência e Atenção especializada**
  - ✓ Identificar e notificar à SMS a ocorrência de óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.

## **7.5. Esfera local**

### **7.5.1. Vigilância Epidemiológica Hospitalar**

- ✓ Identificar e iniciar a investigação do óbito com a formulário de investigação do óbito específico da doença/agravo;
- ✓ Notificar ao serviço de vigilância do município;
- ✓ Registrar os dados no formulário on-line da plataforma REDCap específico da doença/agravo;
- ✓ Retroalimentar o registro de dados, caso surjam novas informações;
- ✓ Divulgar as informações de investigação de óbitos no âmbito hospitalar.

## **8. NOTIFICAÇÃO DO ÓBITO**

A detecção do óbito por doenças/agravs pode ocorrer a partir das causas da morte na DO, SIM, Sinan.

Para algumas doenças/agravs tratadas nessa estratégia a detecção também pode ocorrer a partir de registros em prontuário, em laudos laboratoriais, incluindo do SVO.

Assim que identificado um óbito nos estabelecimentos de saúde, por doença/agravo tratadas neste protocolo, os profissionais do local da ocorrência devem repassar algumas informações iniciais representando a notificação/comunicação à equipe da VE/SMS, que por sua vez, é a instância na qual deve verificar se essa morte já está ou não incluída nos sistemas de informação e iniciar os procedimentos para a investigação do óbito. O quadro 1 é apresentado como uma sugestão de instrumento ou informações básicas, que estiverem disponíveis no momento, a serem repassadas à VE/SMS assim que o óbito pela doença/agravo

seja identificado. É desejável que o óbito que ocorra nos serviços de saúde seja notificado em até 24 horas.

Quando o óbito for detectado no SIM ou no Sinan pela equipe da VE/SMS deve ser realizada a avaliação inicial quanto ao atendimento dos critérios e seguir o fluxograma, conforme apresentado na Figura 3.

**Quadro 1.** Sugestão de informações para notificação/comunicação da ocorrência de óbito por doença/agravo que compõem a estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis.

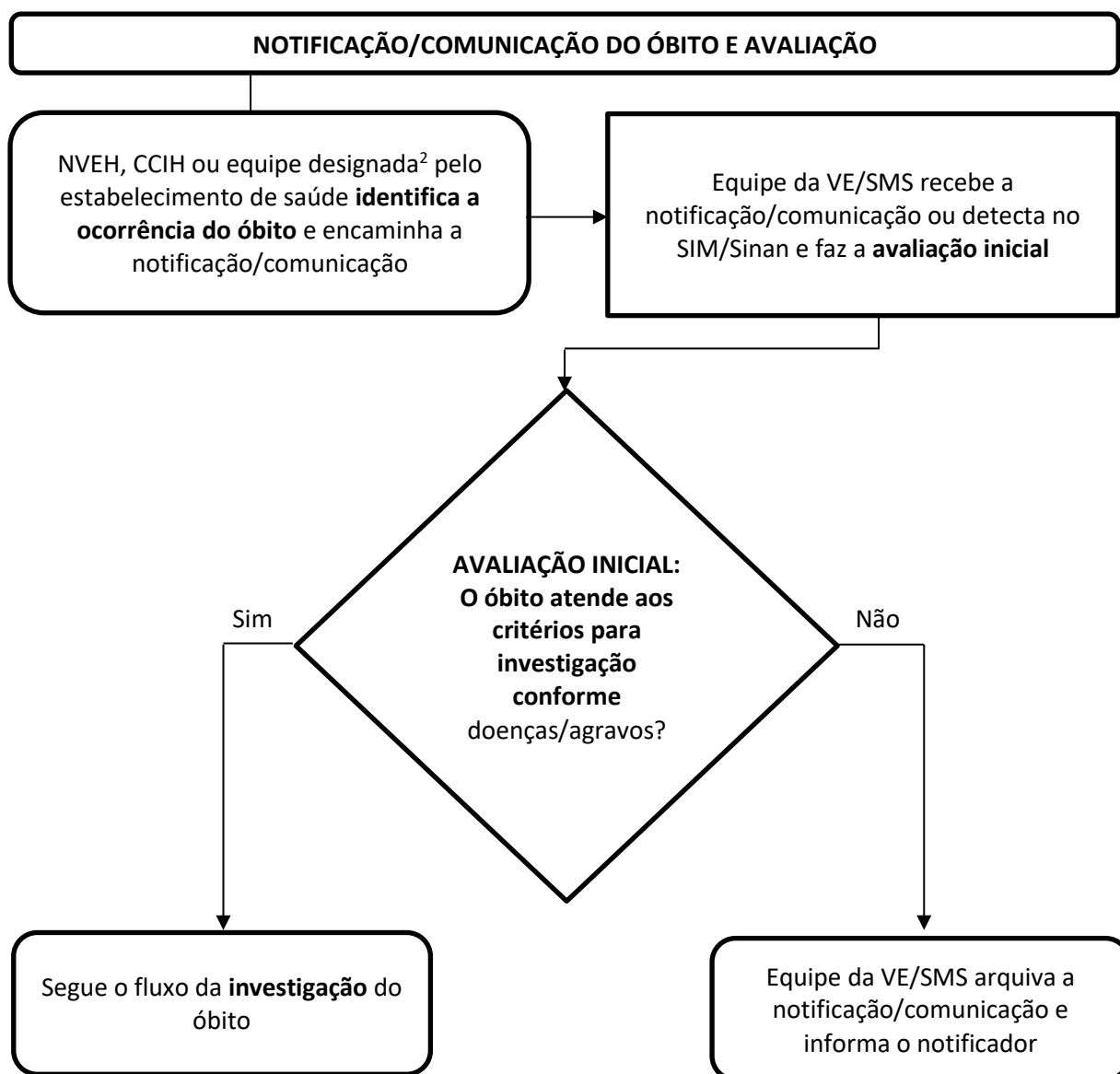
<b>NOTIFICAÇÃO/COMUNICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ÓBITO</b> (comunicação da ocorrência do óbito no serviço de saúde à equipe da vigilância epidemiológica)		
<b>Data do óbito:</b> ____/____/____		<b>Doença/agravo no prontuário:</b> _____
<b>Causas da morte - DO</b>		
<b>Parte I</b>	<b>Linha a:</b>	<b>Linha c:</b>
	<b>Linha d:</b>	<b>Linha d:</b>
<b>Parte II</b>	<b>Linha I:</b>	<b>Linha II:</b>
<b>Nome completo do falecido:</b> _____		
<b>Sexo:</b> _____	<b>Idade:</b> _____	<b>Nome da mãe:</b> _____
<b>UF de residência:</b> _____		<b>Município de residência:</b> _____
<b>UF de ocorrência:</b> _____		<b>Município de ocorrência:</b> _____
<b>Local da notificação:</b> _____		
<b>Data da notificação:</b> ____/____/____		<b>Notificador(a):</b> _____

**Fonte:** Autoria própria.

Considerando o fluxo apresentado na Figura 3, a equipe da VE/SMS deve realizar a avaliação inicial de cada óbito para verificar se o óbito atende aos critérios apresentados nos Cadernos específicos das doenças/agravs para início da investigação.

Caso o óbito atenda aos critérios para a investigação, deve ser seguido o fluxograma apresentado na Figura 4.

Caso o óbito não atenda aos critérios para a investigação, a equipe da VE/SMS deve arquivar a notificação/comunicação e informar o notificador quanto ao não cumprimento dos critérios para investigação do óbito das doenças/agravs que compõem esta estratégia.



**Figura 3.** Fluxograma do processo de notificação/comunicação da ocorrência do óbito. **Fonte:** Autoria própria.

**Legenda:** NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; VE – Vigilância Epidemiológica; SMS – Secretaria Municipal da Saúde.

<sup>2</sup>Em estabelecimentos de saúde que não possuem equipes com atribuição para realizar a investigação do óbito, é importante que seja discutida a possibilidade de designar uma equipe específica para esta função. Salienta-se que esta definição deve estar descrita no Plano de Ação do município antes do início da estratégia.

## 9. IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES PARA A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

A coleta de dados clínicos e epidemiológicos deve ocorrer de forma sistemática, utilizando os instrumentos específicos para cada doença/agravo, aos quais podem ser anexados outros documentos/informações relevantes.

São fonte de dados os seguintes sistemas, serviços e instrumentos:

- ✓ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- ✓ Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica SIVEP-Malária (região amazônica);
- ✓ Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);
- ✓ Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
- ✓ Sistemas paralelos – planilhas, sistemas locais etc.;
- ✓ Serviço de Verificação de Óbitos (SVO);
- ✓ Prontuários e outros registros médicos;
- ✓ Declaração de óbito (DO);
- ✓ Sistemas de registros de laboratórios – por exemplo, o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- ✓ Entrevistas com profissionais de saúde envolvidos na assistência direta ao caso que evoluiu para óbito;
- ✓ Entrevistas com familiares/responsáveis – quando necessário;
- ✓ Outras – quaisquer fontes consideradas relevantes para investigar o óbito.

Recomenda-se que, para os óbitos de doença/agravo de notificação compulsória abordados neste protocolo, seja realizada uma procura pelo paciente nos sistemas de notificação (SINAN, E-SUS etc.) a fim de:

- Verificar se houve notificação;
- Verificar se há confirmação do caso para doença/agravo;

Vale salientar que as doenças/agravos abordados neste protocolo apresentam diferentes fontes e especificidades que orientarão a notificação e a definição dos óbitos que devem ser investigados.

## 10. INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

Os óbitos devem ser investigados conforme critérios elencados nos cadernos de cada doença/agravo, baseando-se na coleta sistemática de dados clínicos e epidemiológicos e utilizando-se a ficha de investigação padronizada específica nele contida, além disso deve-se levar em consideração as possíveis fontes de coleta de dados já citadas.

O levantamento das informações proporciona a correta identificação dos fatores que contribuíram para a ocorrência do óbito e que servirão de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para a prevenção de mortes.

Em linhas gerais cada doença/agravo possui instrumentos para a investigação do óbito em estabelecimentos de saúde seja da internação, ambulatorial (atenção primária à saúde, consultório geral ou especializado, policlínica, pronto atendimento, entre outros) e entrevista domiciliar com os familiares/responsáveis. A adoção de um roteiro para a investigação dos óbitos contribui para a qualidade, completude e consistência dos dados.

A investigação deverá ser iniciada a partir do local de ocorrência do óbito, que no caso das doenças/agravs tratados neste protocolo, tem como maior possibilidade de ocorrer em unidade hospitalar ou na residência, portanto, é sugerido um fluxograma que converge e indica os passos para essas duas situações (figura 4).

Uma vez que o óbito tenha ocorrido em ambiente hospitalar, a equipe da VEH ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (na ausência de equipe da VEH), deve iniciar a investigação por meio da ficha específica contida no caderno de cada doença/agravo. A complementação dos dados deve ser realizada por outros serviços de saúde que prestaram assistência ao paciente, em especial pela atenção primária, que pode contribuir com o histórico clínico para a elucidação dos fatores condicionantes e determinantes para o desfecho óbito, além de possuir vínculo com a família, caso seja necessário realizar entrevista domiciliar.

Para outros locais de ocorrência do óbito, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e da Vigilância Epidemiológica (VE) devem ser os responsáveis pela investigação.

Em locais onde não há ESF, a vigilância epidemiológica deverá assumir a investigação, compartilhando a responsabilidade com os profissionais dos estabelecimentos de saúde que atenderam o paciente.

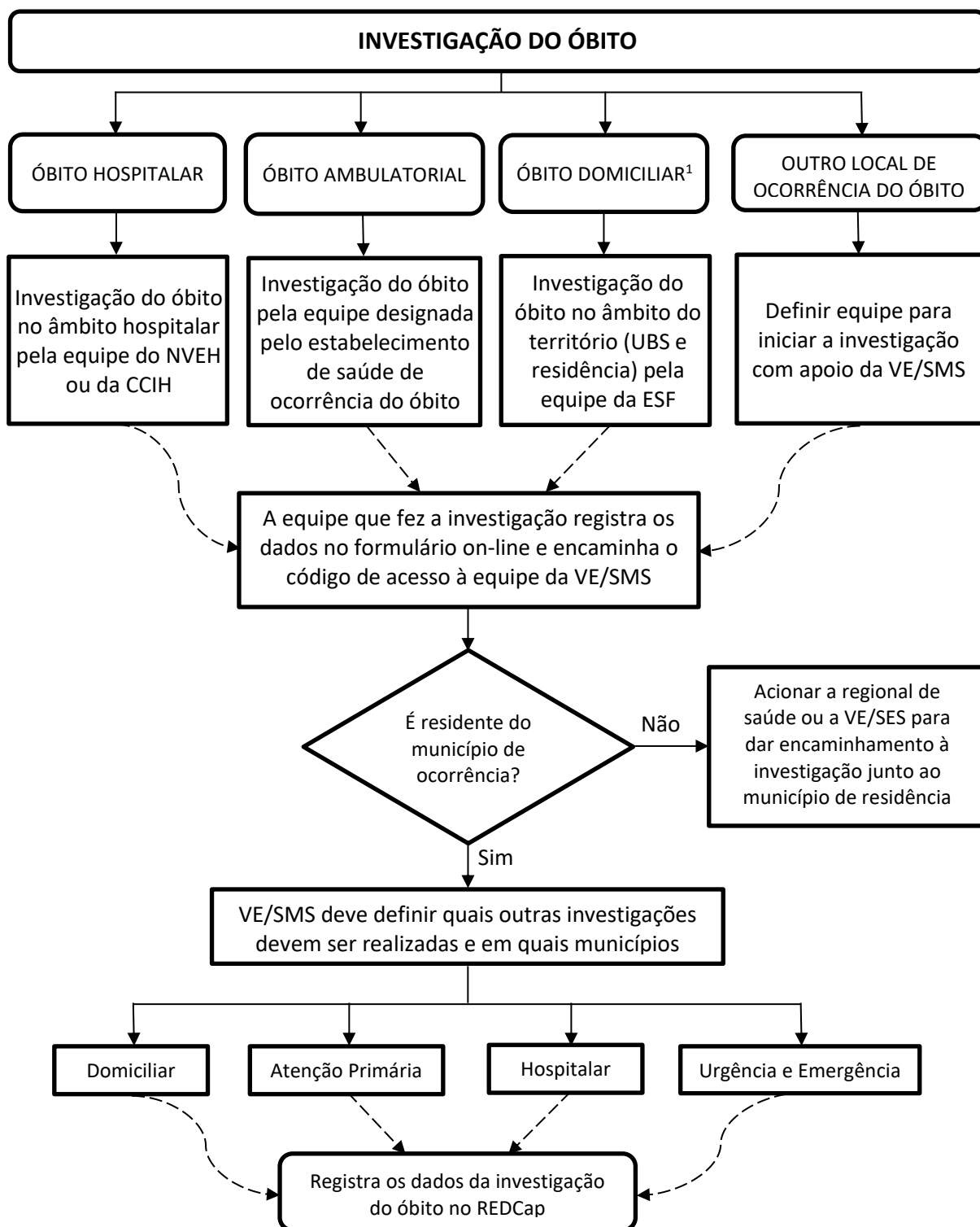
A investigação de óbito infantil, materno e de mulher em idade fértil (MIF) por essas doenças/agravos deve ocorrer conforme já preconizado na legislação (Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010), assim como a de outras doenças/agravos preconizadas por outras áreas (ex.: tuberculose, HIV/Aids, Arboviroses etc.) acrescido da investigação orientada neste protocolo em conjunto com a vigilância responsável por este grupo.

Óbito hospitalar: óbito ocorrido em estabelecimento de saúde hospitalar

Óbito ambulatorial: óbito ocorrido em estabelecimento de saúde como UPA, UBS, clínica geral e especializada, policlínica etc.

Óbito domiciliar: óbito ocorrido em residência.

Outro local de ocorrência do óbito: óbito ocorrido em vias públicas/privadas, qualquer outro estabelecimento que não de saúde ou da residência etc.



**Figura 4.** Fluxograma do processo inicial da investigação do óbito das doenças/agravos que compõem a estratégia de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis. **Fonte:** Autoria própria.

**Legenda:** NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; VE – Vigilância Epidemiológica; SMS – Secretaria Municipal da Saúde; SES – Secretaria Estadual da Saúde.

<sup>1</sup>Diante da identificação de um óbito ocorrido em domicílio e que cumpra pelo menos um dos critérios para a investigação do óbito por uma das doenças/agravos contempladas neste protocolo, a equipe da VE do município deve encaminhar a solicitação de início da investigação do óbito à ESF responsável pela área adstrita que abrange a residência do falecido.

## 11. REGISTRO DOS DADOS

Os dados registrados são essenciais para a vigilância do óbito, uma vez que, analisados, fornecerão informações necessárias para subsidiar as recomendações direcionadas aos determinantes dos óbitos.

A ferramenta utilizada para o registro e construção do banco de dados da vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis será o REDCap® (Research Eletronic Data Capture), que é uma plataforma online. O acesso ao banco de dados do seu respectivo estado/município é restrito e está condicionado ao cadastro de usuário, que deve ser autorizado pela equipe do MS mediante o envio de **Termo de Responsabilidade** preenchido e assinado.

Após o encerramento da investigação de óbito pelos GT-VO, as vigilâncias devem atualizar os dados na plataforma REDCap® e no SIM e no SINAN, caso haja recomendação.

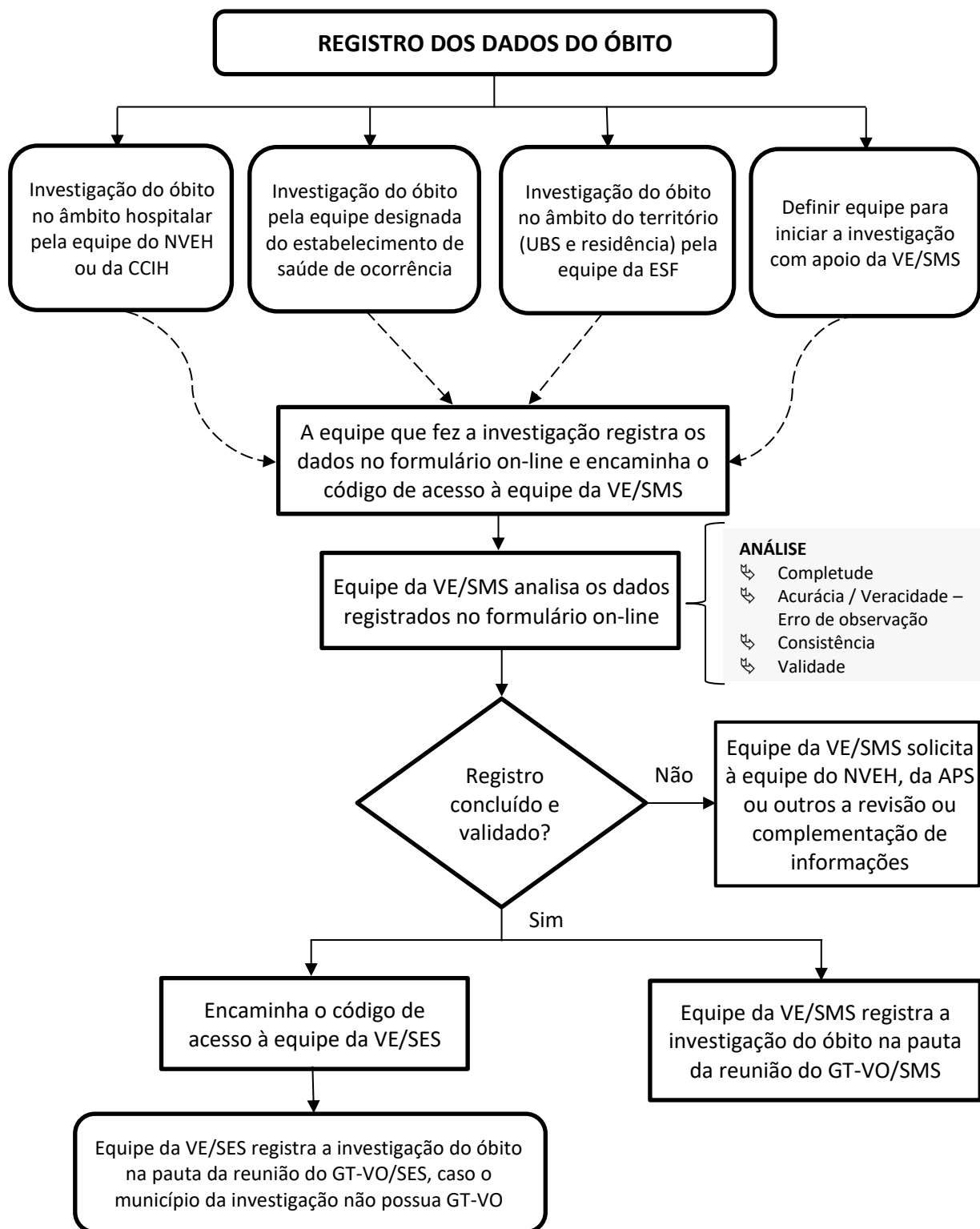
### 11.1. Procedimento para o registro dos dados

O formulário para o registro online na plataforma REDCap® pode ser encontrado no site do MS, na página “Saúde de A a Z” da referida doença/agravo, acessando o seguinte link: <https://www.gov.br/saude> e no seu respectivo caderno.

À medida que os dados forem coletados e após as discussões dos óbitos pelo GT-VO instituído, as informações deverão ser registradas e atualizadas no formulário online. Para cada óbito registrado será gerado um código exclusivo, que deve ser utilizado para a complementação dos dados. Deve-se observar que a completude e a consistência das variáveis são de fundamental importância para garantir a qualidade da análise dos óbitos.

Na figura 5 são apresentados os passos para facilitar a compreensão quanto à conduta para o registro, contribuindo assim, com a organização e execução das atividades. Se não houver internet no local, sugere-se que a equipe de vigilância epidemiológica do nível regional ou estadual entregue previamente fichas de investigação de óbito (Anexo A de cada caderno) impressas de cada uma das doenças/agravs aos serviços de saúde. Nesse caso, as vigilâncias devem recolher essas fichas preenchidas para registro online via REDCap®.





**Figura 5.** Fluxograma do processo de registro dos dados da investigação do óbito. **Fonte:** Autoria própria.

**Legenda:** NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; VE – Vigilância Epidemiológica; APS – Atenção Primária à Saúde; SMS – Secretaria Municipal da Saúde; SES – Secretaria Estadual da Saúde.

## 12. ANÁLISE DOS DADOS

O principal objetivo do GT-VO é analisar os óbitos por causas evitáveis ou reduzíveis em tempo oportuno e propor medidas de prevenção direcionadas aos fatores de evitabilidade do óbito. Deve ter atuação ética, técnico científica, não coercitiva ou punitiva, com funções educativas e propositivas.

Para a reunião do GT-VO, a área técnica da vigilância epidemiológica responsável pela doença/agravo deverá convocar, de forma oficial e oportuna, os representantes, bem como coordená-la.

- ✓ GT-VO/SMS: representantes das áreas envolvidas para a discussão, análise e conclusão das investigações de óbitos da sua área de abrangência.
- ✓ GT-VO/SES: representantes das áreas envolvidas para a discussão, análise e conclusão das investigações de óbitos inconclusivos no âmbito municipal ou de municípios que não instituíram o GT-VO/SMS.
- ✓ GT-VO/CGZV: representantes das áreas envolvidas para a discussão, análise e conclusão das investigações de óbitos inconclusivos no âmbito estadual.

O GT-VO deverá analisar cada óbito, na perspectiva da evitabilidade, considerando o perfil social e cultural do indivíduo, quadro clínico, antecedentes clínicos e epidemiológicos, a assistência à saúde e medidas terapêuticas, exames laboratoriais específicos e inespecíficos e a evolução para o desfecho e, desta forma, concluir se o óbito poderia ou não ter sido evitado, conforme critérios elencados na **Ficha de Conclusão da Investigação de Óbito**.

Para os óbitos classificados como evitáveis, deve-se selecionar os fatores de evitabilidade que podem ter impactado diretamente na sua ocorrência a fim de prevenir mortes por causas similares no futuro.

É recomendado que a reunião do GT-VO seja realizada como rotina trimestralmente, tanto no âmbito municipal quanto no estadual, conforme Quadro 2 e extraordinariamente quando necessário.

**Quadro 2.** Proposta de periodicidade das reuniões do GT-VO no âmbito municipal ou estadual.

Óbitos investigados no período	Reunião do GT-VO
01/01 a 30/03	Primeira semana de abril
01/04 a 30/06	Primeira semana de julho
01/07 a 30/09	Primeira semana de outubro
01/10 a 30/12	Primeira semana de janeiro

### 13. QUALIFICAÇÃO DA CAUSA BÁSICA

Até fins do século XIX, cada país possuía um modelo diferente de atestado de óbito, fato que fez com que a Organização de Saúde da Liga das Nações Unidas constituísse uma comissão para o estudo do problema. Em 1925, foi publicado um informe sugerindo um modelo único de atestado de óbito, para a declaração de morte. Em 1948 adotou-se esse modelo como Modelo Internacional de Atestado de Óbito, que passou a ser utilizado a partir de 1950 praticamente por todos os países do mundo para a anotação das causas da morte.

No Brasil, em 1976, o Ministério da Saúde adotou uma Declaração de Óbito (DO) padronizada para todo o território nacional. Esta, mantendo o modelo internacional na parte relativa às causas de morte, uniformizava a maneira de registrar todos os demais tipos de informações. A finalidade foi permitir a comparabilidade dos dados, consolidando-os em nível nacional através do Sistema de Informação de Mortalidade, permitindo então maior racionalização das atividades baseadas nas informações coletadas.

Em princípio, a responsabilidade quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito é atribuída ao profissional médico, conforme o disposto no artigo 84 do Código de Ética Médica, Capítulo X que expressa: “é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”<sup>10</sup>.

A Declaração de Óbito tem dois grandes objetivos:

- ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009;
- atender ao artigo 77 da Lei nº. 6.216, de 30 de junho de 1975 – que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante a Declaração de Óbito.

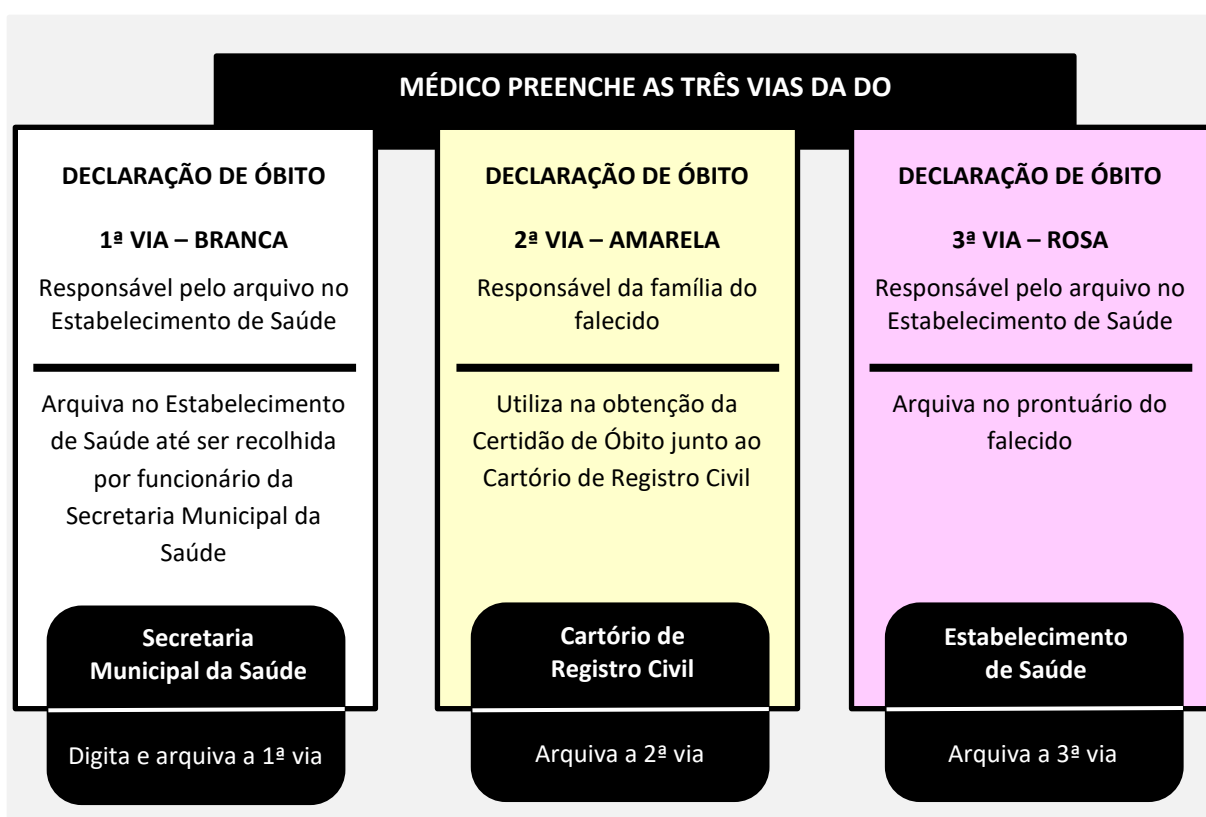
Os dados informados na Declaração de Óbito (Figura 1) alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. A partir das informações extraídas das DO são definidas grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Por esta razão, a Declaração de Óbito precisa se garantir, cada vez mais, como um instrumento de amplitude máxima, capaz de captar informações nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Além disto, precisa ser corretamente preenchida, de modo que as

informações dela extraídas estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país.

#### Saiba Mais

##### Saúde de A a Z

Para mais informações, acesse o [Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito](#).



**Figura 1.** Demonstrativo das finalidades das vias da declaração de óbito. Fonte: Autoria própria.

#### 4.1. Codificação das Causas da Morte

A codificação das causas da morte é realizada por profissionais treinados (codificadores) que preenchem com os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referente a cada diagnóstico anotado na DO.

No processo de seleção e codificação, podem ocorrer falhas que comprometem a qualidade das informações de mortalidade. Uma das falhas possíveis é o erro no registro das

“causas da morte” nas “Partes I, II e causa básica” da DO, que pode levar a erros de codificação pela falta de especificação da doença/agravo. Outra falha possível ocorre na seleção da causa básica, uma vez que as regras de seleção são complexas e abrangentes. A possibilidade de interpretar de formas diferentes as regras e a necessidade de considerar as numerosas exceções podem tornar difícil a determinação da causa básica, mesmo para codificadores treinados e experientes.

Após a investigação do óbito, caso concorra para alteração da causa de morte, faz-se necessária a participação do codificador na reconstrução da DO e qualificação no SIM.

Não havendo informações suficientes para a alteração das causas da morte, incluindo a básica, mesmo após criteriosa investigação, a doença/agravo deve permanecer no SIM como a causa assinalada pelo médico atestante da DO.

### 13.1. Causa básica da morte

A causa básica da morte tem por definição: doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. O médico atestante deve se abster de utilizar diagnósticos vagos como “parada cardíaca”, “parada cardiorrespiratória”, “falência de múltiplos órgãos”, entre outros, que são modos e não causas de morte, não devendo ser computados como causa básica do óbito.

**Os dados sobre causa básica ou associada do óbito contidos no SIM podem ser alterados desde que cuidadosamente investigados. Para isso, a investigação deve contemplar resultados consistentes.**



#### Vigilância do Óbito

Ressalta-se que a DO (física) emitida pelo médico, não pode ser alterada. Para mais informações, acesse a página da Vigilância do Óbito no seguinte link:  
<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/>

### 13.2. Qualificação - SIM

Uma vez que a conclusão da investigação do óbito aponte a necessidade da alteração das causas da morte (Parte I; Parte II), ou seja, com menção ou causa básica, caberá à equipe do GT-VO (SMS ou SES) identificar um código da CID-10 que qualifique as causas incluindo a básica. O representante da equipe do SIM no GT-VO deve proceder junto ao setor responsável pela codificação do município de ocorrência do óbito, para a atualização da base de dados do SIM apenas para fins epidemiológicos a partir da ficha de conclusão da investigação do óbito e a cópia da DO original.

### 13.3. Qualificação - Sinan

Os óbitos por doenças/agravs de notificação compulsória que compõe a estratégia devem ser investigados conforme especificidades do Caderno correspondente.

Após a análise e conclusão da investigação do óbito poderá haver a necessidade de qualificação do caso no Sinan conforme descrito no quadro 3.

**Quadro 3.** Qualificação do Sinan a partir da conclusão das causas da morte.

Conclusão das causas da morte	Cenário	Qualificação - Sinan
Causa básica pela doença/agravo	Notificado no Sinan para a doença/agravo	Notificar no Sinan e classificar a “Evolução do caso” como Óbito pela doença/agravo
	Notificado no Sinan para a doença/agravo e com “Evolução do caso” como Óbito por outra doença/agravo ou em branco (não encerrado) ou ignorado	Classificar a “Evolução do caso” como Óbito pela doença/agravo
Menção pela doença/agravo	Não notificado no Sinan para a doença/agravo	Notificar no Sinan e classificar a “Evolução do caso” como Óbito por outra causa e informar nas

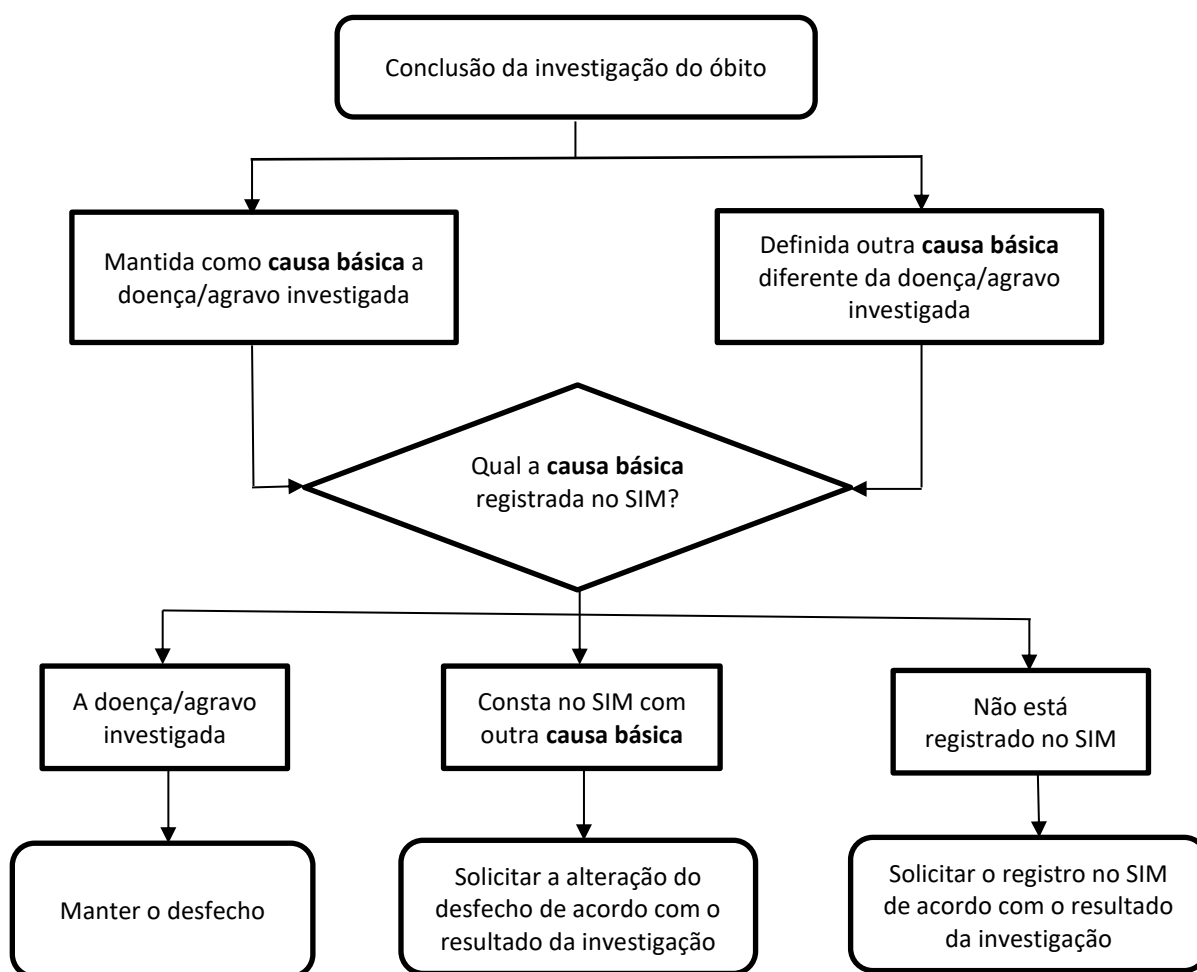
		“Observações” a causa básica do óbito
	Notificado no Sinan para a doença/agravo	Classificar a “Evolução do caso” como Óbito por outra causa e informar nas “Observações” a causa básica do óbito
Excluído da causa básica e menção pela doença/ agravo	Não notificado no Sinan para a doença/agravo	Não notificar no Sinan
	Notificado no Sinan para a doença/agravo	Classificar a “Evolução do caso” como Óbito por outra causa e informar nas “Observações” a causa básica do óbito

Há possibilidade do óbito em investigação não ter sido notificado no Sinan bem como se notificado a evolução do óbito esteja por outra causa ou ainda óbito pela doença.

Uma vez que a conclusão da investigação do óbito aponte a causa da morte do óbito por alguma doença/agravo que compõem a estratégia e que seja de notificação compulsória no Sinan ou ainda na qualificação da variável “Evolução”

Caso necessário deve-se proceder com a qualificação da variável da “Evolução do caso” (Óbito pela doença; Óbito por outra causa) necessidade da alteração das causas da morte (Parte I; Parte II), caberá à equipe do GT-VO (SMS ou SES) identificar um código da CID-10 que qualifique as causas incluindo a básica. O representante da equipe do SIM no GT-VO deve proceder junto ao setor responsável pela codificação do município de ocorrência do óbito, para a atualização da base de dados do SIM apenas para fins epidemiológicos a partir da ficha de conclusão da investigação do óbito e a cópia da DO original.

Na figura 6 é apresentado o fluxograma de ações para nortear a qualificação da evolução e encerramento do caso da investigação do óbito. A referência para início dessa atividade é o SIM, com dados acerca da causa básica do óbito. Seguindo as questões indicadas no fluxograma, será possível qualificar as informações no SIM e no Sinan.



**Figura 6.** Fluxograma de ações para a qualificação do óbito. **Fonte:** Autoria própria.

## 14. ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES

As recomendações consistem em ações que o GT-VO/SMS, SES ou MS indicam às unidades do setor saúde, visando corrigir desconformidades, tratar riscos e aperfeiçoar processos de trabalho. É por meio principalmente das recomendações que a vigilância do óbito agrega valor à gestão dos serviços de saúde. O trabalho de investigação do óbito só atinge seus objetivos após o atendimento das recomendações dela decorrentes. Portanto, elas exigem muito cuidado na sua elaboração.

Para recomendar adequadamente, as equipes devem conhecer bem as unidades de saúde. Posteriormente, as recomendações são elaboradas pela equipe do GT-VO com base nos achados, especialmente nas condições, nas causas e nas consequências, as quais são identificadas na fase da investigação do óbito.



Podemos concluir, portanto, que uma boa investigação do óbito é essencial para que a equipe do GT-VO elabore recomendações consistentes, capazes de contribuir de fato para o aperfeiçoamento da gestão e da atenção ao paciente.

#### **14.1. Características desejáveis para as recomendações**

É preciso estar atento às características desejáveis para as recomendações que, se respeitadas, permitem que as finalidades sejam atingidas. Abaixo são apresentadas todas essas características:

- **As recomendações devem ter as seguintes características desejáveis para que possam ser incorporadas**
  - **Viável e prática:** A recomendação deve indicar ações objetivas, de forma que sua realização não possua obstáculos intransponíveis, sejam eles de ordem financeira, legal, operacional, temporal, de pessoal, etc.
  - **Boa relação custo-benefício:** Uma boa relação custo-benefício significa que o custo de implementação de uma recomendação deve ser baixo em relação ao benefício que dela advém.
  - **Considerar alternativas:** É importante que os gestores analisem as alternativas de recomendação possíveis, propostas pelo GT-VO, e optem por aquelas que melhor atendam aos requisitos aqui expressos. Quando não existir uma base clara para a seleção de uma alternativa em detrimento das outras, todas devem ser incluídas em conjunto, avaliando-se os prós e os contras de cada uma.
  - **Monitorável:** A recomendação deve trazer os elementos suficientes que permitam verificar posteriormente se o que se pretendia por meio da sua emissão foi alcançado. Para tanto, é importante que sejam previstos: o prazo para atendimento; a forma que será aferido o desempenho das ações a serem implementadas e quais evidências serão apresentadas pelo GT-VO ou levantadas pela gestão do serviço de saúde para medir a sua efetiva implementação. É essencial que a recomendação possa ser acompanhada e que sua efetividade possa ser medida posteriormente por meio dos custos de implementação e dos benefícios proporcionados.
  - **Atuar preferencialmente na causa raiz:** Quando a recomendação tem foco na causa raiz, sua eficácia tende a ser maior, devido a seu caráter preventivo, ou seja: as chances de a condição ocorrer novamente diminuem. A atuação em causas intermediárias, embora seja muitas vezes necessária e, outras vezes, a única possível, tende a corrigir aspectos pontuais da condição e, via de regra, não impede que essa se repita.

- **Específica:** Cada recomendação deve informar o que deve ser feito e/ou o resultado a ser alcançado. Isso não significa que as recomendações devam indicar, por exemplo, como desenvolver um sistema, mas sim que determinado sistema precisa ser aperfeiçoado e quais objetivos devem ser alcançados por meio da alteração.
- **Significativa:** É necessário que as recomendações contribuam de fato para o aperfeiçoamento dos serviços e abordem temas relevantes, como gestão de riscos, governança e controles internos, afinal, uma recomendação somente será significativa se estiver relacionada a um escopo e a achados relevantes. Por esse motivo, é essencial que a equipe do GT-VO reflita sobre os possíveis benefícios que poderão advir das recomendações antes de as propor.
- **Positiva:** As equipes devem utilizar preferencialmente frases afirmativas, em lugar das negativas, e tom positivo, orientado para resultados. Essa prática ajuda a convencer os gestores da unidade auditada da necessidade e da utilidade da recomendação e a garantir assim a sua implementação.
- **Convincente:** As recomendações devem se apoiar em fatos robustos e fluir logicamente desses fatos. Essa conexão pode ser feita por meio da inserção de orações que indiquem a finalidade da recomendação, como "*Para ajudar a reduzir o número de aquisições dispendiosas e demoradas de software, recomenda-se...*". Expressões como "*deve-se considerar*", "*sugere-se*", "*é aconselhável*" indicam pouca convicção de que é necessário agir, portanto, devem ser evitadas.
- **Direta:** É necessário que fique claramente identificado no relatório que o texto se trata de uma recomendação. Seu conteúdo e sua linguagem também devem ser claros e, portanto, não gerar dúvidas quanto às ações necessárias para a sua implementação e/ou ao resultado que se espera que a unidade alcance.
- **Direcionada:** As recomendações devem ser direcionadas ao (s) agente (s) que detenha(m) a responsabilidade e a competência legal para colocá-las em prática; dessa forma, evitamos perda de efetividade em sua implementação. Para identificar o agente responsável, as equipes devem conhecer a estrutura regimental dos serviços de saúde.

#### 14.2. Tipos de recomendações

As recomendações podem incidir sobre a condição, sobre a causa ou sobre as consequências dos achados. Um ou mais desses focos irá determinar o tipo das recomendações, como demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 4.** Tipos de recomendações e exemplos.

TIPO	CONTEXTO	RECOMENDAÇÃO
<b>Foco na condição:</b> consistem em medidas cuja finalidade é corrigir a condição encontrada.	<b>Condição:</b> Na unidade de saúde (hospital), verificou-se significativo aumento de óbitos pela doença/agravo no último trimestre.	Realizar treinamentos com os profissionais da saúde para sensibilização e conscientização sobre o manejo adequado de casos suspeitos da doença/agravo.
<b>Foco na causa:</b> tratam das causas passíveis de medidas; têm como finalidade evitar/impedir que a condição ocorra novamente. Podem não ser necessárias nos achados de menor relevância.	<b>Causa:</b> falta de insumos para diagnóstico laboratorial da doença/agravo no mesmo município da suspeita.	Redimensionar a aquisição de insumos para o diagnóstico laboratorial da doença/agravo considerando as condições adequadas para o acesso oportuno dos pacientes.
<b>Foco na consequência:</b> consistem em medidas para corrigir os prejuízos decorrentes da condição.	<b>Consequência:</b> atraso na aquisição de medicamentos.	Manter um planejamento estratégico junto aos serviços responsáveis pela aquisição e distribuição de medicamentos para reduzir o prejuízo decorrente do atraso nas entregas.

Dos três focos, o mais desejável é o que está voltado para a causa, especialmente para a causa raiz (primária), pois possibilita eliminar as desconformidades relatadas ou, ao menos, reduzir a possibilidade de elas ocorrerem novamente. Para tanto, é importante que as equipes planejem testes para identificar as causas e analisem as relações de causalidade de cada achado, de forma que as respectivas causas raízes possam ser identificadas. Nos casos em que forem identificadas somente causas intermediárias ou próximas, a equipe do GT-VO avaliará a conveniência de elaborar recomendações relacionadas às causas intermediárias.

#### **14.3. Cuidados na elaboração das recomendações**

As recomendações constituem a essência do trabalho da vigilância do óbito. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais envolvidos dediquem atenção especial à sua elaboração. Elas devem indicar ações objetivas, possíveis de serem implementadas e que contribuam de fato para solucionar o(s) problema(s) e tratar o risco(s) identificado(s).

Para alcançar essa finalidade, é importante que a equipe do GT-VO, além de atenderem às características desejáveis, realizem também as seguintes verificações:

**Quadro 5.** Checklist para a verificação das características das recomendações.

VERIFICAÇÃO		SIM	NÃO
1. As recomendações indicam:	- o que deverá ser feito (por exemplo, “elaborar indicadores de desempenho...”)?		
	- os objetivos a serem atingidos?		
	- os riscos a serem tratados ou		
	- os controles a serem implementados, aperfeiçoados ou, se for constatada sua inutilidade, descontinuados?		
2. As recomendações estão fundamentadas nas evidências dos achados?			
3. Foco na consequência:	- consistem em medidas para corrigir os prejuízos decorrentes da condição?		
4. As recomendações apresentam os benefícios esperados e esses são significativos?			
5. A recomendação está descrita por meio de verbo no infinitivo, precedido por oração que indique a sua finalidade, por exemplo: “ <i>Para evitar o risco XXX, a unidade XX deverá elaborar plano de capacitação com vistas a...</i> ”?			
6. A equipe acordou com o(a) gestor(a) prazo razoável para a implementação das medidas a serem adotadas?			
7. As recomendações indicam claramente aos(as) gestores(as) quais evidências deverão ser apresentadas pela unidade a fim de que sejam consideradas atendidas?			
8. A equipe reconheceu as ações em curso ou concluídas adotadas pelo(a) gestor(a) que contribuem para a solução do problema?			

Após elaboradas, as propostas de recomendações devem ser discutidas com os (as) gestores (as) em “reunião para apresentação dos achados e discussão das possíveis soluções”, ou “reunião de busca conjunta de soluções”. Essa etapa é essencial para:

- Obter informações que contribuam para a elucidação de erros e de omissões e para a confirmação das causas dos achados;
- Certificar-se de que as soluções propostas pelas equipes são exequíveis;
- Demonstrar aos representantes da(s) unidade(s) de saúde a necessidade e as vantagens das soluções propostas e os riscos que podem advir se essas medidas não forem implementadas;
- Aperfeiçoar a interlocução com os (as) gestores(as) das unidades de saúde.

Posteriormente, as recomendações, fruto do acordo entre os representantes do GT-VO e os (as) gestores(as) da unidade de saúde, são registradas no relatório e publicadas. Finalmente, passam a ser monitoradas pela equipe da vigilância da doença/agravo para a verificação do seu atendimento. A ação por parte dos(as) gestores(as) deve ser capaz de solucionar os problemas identificados, e então, poderá ser considerado atingido o objetivo da investigação do óbito.

O processo é bastante complexo e é necessário, ter especial atenção na elaboração das recomendações, para que elas realmente agreguem valor à vigilância do óbito. Para isso, os (as) envolvidos (as) devem conhecer a condição, a causa e as consequências dos achados, pois é sobre eles que as recomendações devem incidir, esse conhecimento será adquirido mais especificamente na fase de realização da investigação do óbito. A preparação das recomendações perpassa todas as etapas do processo da vigilância do óbito.

#### 14.4. Classificação das recomendações

A classificação das recomendações por meio de categorias é sugerida, tendo em vista a diversidade das recomendações a serem emitidas pelo GT-VO, veja que ela apresenta algumas vantagens:

- a) A lista de categorias funciona como um elenco que auxilia os técnicos do GT-VO a definirem a recomendação mais adequada para cada situação;
- b) As categorias auxiliam na reflexão a respeito dos benefícios esperados como resultado da recomendação;
- c) As categorias podem servir de base para as extrações que subsidiarão as avaliações de qualidade das recomendações e até para a avaliação da efetividade dos trabalhos desenvolvidos no contexto da vigilância do óbito.

**Quadro 6.** Categorias e detalhamento para subsidiar a elaboração das recomendações.

CATEGORIA	DETALHAMENTO
<b>1. Dificuldade do paciente relacionada ao acesso ao serviço assistencial</b>	Avaliação do número adequado e capacitação dos profissionais para atendimento da demanda;
	Avaliação da cobertura das portas de entrada disponíveis aos pacientes considerando a localidade e as condições socioeconômicas;
	Avaliar a cobertura de antivenenos disponíveis para atendimento da demanda;

	<p>Estabelecimento de outras portas de entrada acessível aos pacientes da área de abrangência;</p> <p>Aumento do número de vagas de pronto atendimento nas Unidades de Saúde de Família.</p>
<b>2. Atendimento inoportuno ou não resolutivo</b>	<p>Estabelecimento de protocolos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar o estado de hidratação do paciente com diarreia e estabelecer o tratamento adequado oportuno;</li> <li>- Identificar casos graves que necessitam de encaminhamentos;</li> <li>- Avaliar o paciente após a instituição do tratamento a fim de que apenas tenha alta após convalescença.</li> </ul>
<b>3. Problemas na regulação do paciente – referência e contra-referência</b>	<p>Correção de problemas de regulação</p> <p>Transferência de paciente?</p>
<b>4. Possíveis falhas na utilização de protocolos</b>	Realização de campanhas, treinamentos, divulgação de materiais a fim de sensibilizar os profissionais para a necessidade de utilização de protocolos adequadamente.
<b>5. Negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam o paciente</b>	<p>Realização de treinamentos, reuniões individuais/coletivas.</p> <p>Supervisões a fim de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância do cuidado do paciente.</p>
<b>6. Falta de medicamentos, insumos</b>	<p>Identificação e correção do problema que ocasionou a falta, aquisição de medicamentos e insumos.</p> <p>Contato com o Ministério da Saúde para apoiar a aquisição de alguma forma.</p>
<b>7. Necessidade de visita domiciliar</b>	Encaminhamento de relatório ao setor de saúde ambiental com informações sobre a ocorrência de óbito causado por escorpião ou aranha, solicitando visita de agentes de combate a endemias à localidade de ocorrência do óbito, a fim de realizar busca-ativa destes animais peçonhentos e informar aos moradores sobre o manejo do ambiente, de forma a desfavorecer a ocorrência de novos acidentes.
<b>8. Demora ou recusa na procura de atendimento médico</b>	<p>Realização de campanhas de divulgação sobre a importância de procurar o serviço de saúde na ocorrência de sinais e sintomas da doença/agravo.</p> <p>Treinamento de profissionais de saúde, com enfoque no agente comunitário/indígena de saúde para dialogar e orientar as famílias da área adstrita quanto ao reconhecimento dos</p>

	sinais e sintomas da doença/agravo, a procura pelo serviço de saúde.
<b>9. Recusa de tratamento proposto</b>	Realização de campanhas de divulgação sobre a importância de realizar o tratamento proposto;
	Treinamento dos profissionais de saúde para realizar explicação adequada do tratamento de acordo com o entendimento do paciente e responsáveis e estabelecimento de parceria entre serviço de saúde e comunidade, principalmente quando se tratar de populações tradicionais que também utilizam medicina tradicional para que os tratamentos se complementem;
	Treinamento de profissionais de saúde, com enfoque no agente comunitário/indígena de saúde para orientar as famílias da área adstrita quanto à realização do tratamento proposto.
<b>10. Condições inadequadas de saneamento básico</b>	Encaminhamento de relatório ao setor de saneamento com informações sobre a ocorrência de óbitos causados por DDA que apresentaram o saneamento básico inadequado como determinante a fim de subsidiar a necessidade de aprimorá-lo.
<b>11. Desemprego, baixa renda familiar</b>	Encaminhamento de relatório à Secretaria de Assistência Social com informações sobre a ocorrência de óbitos causados por DDA que apresentaram condições de renda desfavoráveis como determinante a fim de subsidiar a necessidade de estabelecer medidas de apoio às famílias mais vulneráveis a fim de evitar óbitos com semelhantes determinantes;
	Encaminhamento de relatório ao setor de saneamento/meio-ambiente com informações sobre a necessidade de limpeza de terrenos urbanos, de forma a desfavorecer a ocorrência de animais peçonhentos sinantrópicos.
<b>12. Condições relacionadas à comunidade e indivíduo</b>	Realização de atividades de educação em saúde, como palestras em escolas, igrejas ou associações comunitárias, conscientizando a população sobre as ações para prevenção das doenças/agravs;
	Utilizar meios de comunicação (televisão, rádio, jornais) para informar à população sobre as estratégias de prevenção das doenças/agravs.

## **15. DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

Após as etapas de investigação, análise dos óbitos e discussão pelo GT-VO, o próximo passo é a elaboração de um relatório descritivo – estudo de caso ou série de casos – daquela área de abrangência (município ou estado). A equipe da vigilância epidemiológica da doença/agravo deve ser a responsável pela consolidação e elaboração do relatório da vigilância do óbito que deverá incluir as recomendações definidas pelo grupo de trabalho.

Destaca-se que o relatório não deve conter dados sensíveis, com o objetivo de preservar a confidencialidade e o sigilo das informações. Cópias do relatório final devem ser enviadas aos gestores e, de preferência, apresentado e discutido com os diversos setores envolvidos, dos diferentes níveis de gestão, visando à implementação das recomendações e intervenções para a diminuição dos óbitos pela doença/agravo.

A série de óbitos investigados evidencia a real situação da letalidade das doenças/agravos no Brasil, sendo importante para o fortalecimento da vigilância em todo território nacional. O constante monitoramento e atualização dos dados notificados nos sistemas oficiais de informações e o trabalho conjunto da vigilância do óbito com a vigilância das doenças/agravos potencializam os achados tanto para descarte quanto para confirmação de casos novos.

É imprescindível a atualização dessas informações no REDCap® e no SIM, assim como a publicação de boletins epidemiológicos periódicos com o cenário local, estadual e nacional para divulgação dos dados sobre a doença/agravo. Os profissionais de saúde devem se atentar para as novas informações e atualizações e, com isso, promover a notificação e debates que venham a trazer mais compreensão e ampliar o conhecimento sobre a doença para todos aqueles envolvidos na assistência e na vigilância em saúde.



## **16. MONITORAMENTO**

O monitoramento consiste no registro, análise periódica e sistemática dos dados e das atividades da estratégia de vigilância do óbito, com o objetivo de checar o cumprimento das atividades e os resultados conforme preconizado. Tem como finalidade produzir informações gerenciais e de referência sobre os componentes da vigilância do óbito, bem como dados de retroalimentação de gestão aos responsáveis quanto ao cumprimento de metas. Assim, possibilita-se o delineamento claro de eventuais modificações de atividades futuras. Compreende-se o monitoramento como um processo abrangente que se inicia por meio da pactuação entre os atores envolvidos na execução da vigilância do óbito. Essa pactuação faz-se necessária para que todos os atores responsáveis pela execução das atividades tenham clareza sobre: coleta, registro, armazenamento, análise e disseminação das informações. Deve-se proceder à mensuração sistemática das atividades e resultados das investigações, observando as mudanças nos resultados das ações no tempo e a retroalimentação para aprimoramento de suas diretrizes e intervenções nos diversos níveis de atuação.

### **16.1. Monitoramento indireto**

O monitoramento indireto, realizado em nível nacional, baseia-se na análise dos dados, permitindo avaliar os aspectos quantitativos do trabalho, identificar problemas e subsidiar o planejamento. Tem também o objetivo de identificar previamente locais (estados, municípios, serviços de saúde) que devam ser priorizados para realização de supervisão direta.

É fundamental que a rede de serviços seja retroalimentada com as conclusões das análises efetuadas.

### **16.2. Monitoramento direto**

O monitoramento direto envolve basicamente três etapas: planejamento, execução e avaliação. Como subsídios para avaliação são sugeridas visitas de monitoramento da equipe do GT-VO/CGZV aos estados e a avaliação indireta dos indicadores. As visitas de monitoramento devem ser organizadas e incluídas no cronograma de atividades de todas as instâncias de governo. Trata-se de uma ação educativa, que possibilita a análise e a avaliação da eficácia das estratégias e dos métodos de trabalho. Proporciona a oportunidade para orientar e motivar os profissionais, visando ao aperfeiçoamento de habilidades e de aprendizagem.

É importante que o (a) representante do GT-VO/CGZV tenha competência técnica e conhecimento da realidade, além de capacidade de comunicação e de relacionamento. Cabe a ele (a) saber ouvir, estimular, questionar e propor soluções. A visita de monitoramento não deve ser encarada como fiscalização, mas sim como oportunidade de informações no sentido de solucionar problemas para a melhoria das ações da vigilância do óbito da doença/agravo.

No monitoramento direto observa-se as atividades práticas desenvolvidas pela equipe local e avalia-se qualitativamente o desempenho do trabalho individual e coletivo. É possível, ainda, estabelecer e/ou ampliar a integração das equipes gerenciais dos serviços de saúde com as demais instâncias da vigilância do óbito. Apresentam os seguintes objetivos:

- Identificar áreas críticas nos aspectos técnicos e administrativos em relação à estratégia e às atividades de investigação do óbito;
- Monitorar a execução das atividades preconizadas para a vigilância do óbito;
- Proporcionar um espaço de educação continuada;
- Identificar serviços de saúde que necessitem de maior atenção, bem como outros que possam servir de modelo em possíveis treinamentos;
- Incentivar melhoria técnica e operativa em todos os níveis.

## **17. AVALIAÇÃO**

O processo de avaliação é contínuo, isto é, não deve ser realizado somente em ocasiões previamente estabelecidas para tal. Periodicamente, é preciso reavaliar os indicadores e redirecionar ações, detectando obstáculos ao bom desenvolvimento da estratégia de vigilância do óbito, propondo soluções, cronogramas e novas metas. Sugere-se que haja uma rotina de reavaliação periódica das equipes estaduais e municipais para revisão das metas e planejamento das ações. É importante também que a equipe das Secretarias Estaduais da Saúde e das Secretarias Municipais da Saúde realizem reuniões, pelo menos anual, para avaliação das atividades da vigilância do óbito com seus serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Malta, D. C. *et al.*; **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(4): 233-44.
2. Brasil. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 48 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Malta, D. C. *et al.*; **Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**; Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(2):173-176, abr-jun 2010.
4. Cunha, C. C. *et al.*; **Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no estado da Bahia, Brasil, em 2010**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(5):1831-1844, 2019.
5. LOPES, A. S. *et al.*; **Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014**. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2018, vol.27, n.4, e2018058.
6. França, E. *et al.*; **Evaluation of cause-of-death statistics for Brazil, 2002-2004**. Int J Epidemiol, 2008.
7. MARTINS, R. C.; BUCHALLA, C. M.; **Codificação e seleção automáticas das causas de morte: adaptação para o uso no Brasil do software Iris**. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2015, vol.18, n.4, pp.883-893. ISSN 1980-5497.
8. Lima, E. E. C.; Lanza, B. Q.; **Evolution of the deaths registry system in Brazil: associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, and ill-defined causes of death**. Cad Saude Publica, 2014 30(8):1721-1730.
9. Frias, P. G. *et al.*; **Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil**. Cad Saude Publica; 2010.
10. Brasil. Boletim epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Volume 50 | Nº 11 | Mar. 2019 . ISSN 9352-7864. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/29/2018-059.pdf>
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1.** FICHA DE CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO

**APÊNDICE 2.** INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR CAUSAS EVITÁVEIS OU REDUZÍVEIS

**APÊNDICE 3.** DICIONÁRIO DE DADOS - FICHA DE CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO POR CAUSAS EVITÁVEIS OU REDUZÍVEIS

**APÊNDICE 4.** INDICADORES

**APÊNDICE 5.** TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS

**Obs.:** Todos os apêndices serão avaliados individualmente, por este motivo, não são apresentados nesta versão do Protocolo Geral.