

# Dados de nascimentos

Prof. Alexandre Chiavegatto Filho

## Definição de nascido vivo

OMS (1950):

“Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta qualquer outro sinal de vida.”

## Definição de nascido vivo

OMS (1950):

“Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta qualquer outro sinal de vida.”

Sinal de vida: pulsação do cordão umbilical, respiração, batimento cardíaco ou contração efetiva de músculo de contração voluntária.

## Definição de nascido vivo

OMS (1950):

“Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta qualquer outro sinal de vida.”

Importante: independência do tempo de gestação  
- Não leva em consideração a viabilidade.

## Registro civil

Todo nascimento que ocorrer no território nacional deve ser feito o registro no cartório do local em que tiver ocorrido o parto dentro de 15 dias.

Amplia-se para até 3 meses nos lugares mais distantes de 30 km da sede do cartório mais próximo.

Gratuitos a partir de 1997.

Sem multa (lei de 2001).

Até 2015: mãe só podia registrar após 15 dias.

# Registro civil

## Problemas de registro:

- Registro extemporâneo:
  - Ano seguinte ao nascimento.
  - 2003: 17,4%
  - 2013: 4,9%

# Registro civil

## Problemas de registro:

- Registro tardio:

- Fora do prazo estabelecido por lei.

- 2001: 33%

- 2008: 8,9%

# Registro civil

## Problemas de registro:

- Subregistro:

- Nascimentos não registrados no próprio ano ou até o fim do primeiro trimestre do próximo ano.

- 2003: 18,8%

- 2013: 5,1%

## Declaração de Nascido Vivo

- Documento fundamental para o registro civil.
- Ministério da saúde responsável pela impressão e distribuição gratuita das DNs às secretarias municipais de saúde.
- Três vias autocopiativas.

# Fluxo da DN

0,7% domicílio e 0,6% outro estabelecimento de saúde

Parto hospitalar (98,3% em 2020):

- 1ª via (branca):

- Secretaria Municipal de Saúde recolhe, arquiva e digita os dados (DATASUS).

- 2ª via (amarela):

- Pai ou mãe leva para o Cartório de Registro Civil para obtenção da Certidão de nascimento.

- 3ª via (rosa):

- Fica no estabelecimento de saúde, que arquiva por pelo menos 20 anos.

## Fluxo da DN

DN pode ser preenchida por médico, enfermeiro, ou qualquer profissional de saúde treinado para isso.

No caso de óbito fetal: sem DN, só declaração de óbito fetal.

Nasceu, respirou e morreu: precisa de DN e DO.

## Fluxo da DN

- Coeficiente de mortalidade infantil (CMI).

$$\frac{\text{Número de óbitos de menores que 1 anos, local X, ano Y}}{\text{Número de nascidos vivos, local X, ano Y}} \times 1000$$

## Outros indicadores com dados de nascimento

- Coeficiente de natalidade

$$\frac{\textit{Nascimentos vivos,local X,ano Y}}{\textit{População,local X,ano Y}} \times 1000$$

## Fluxo da DN

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- Implementado em 1990, padronizou as DN's em todo o país.
  
- Fase de transição para a nova DN: 2011.
- Em 2011 nova DN (58%):
  - 17% em SP.
  - 1% no Paraná.
  - 88% no Nordeste.

Automação FONE/FAX: (51) 3504-4334 • e-mail: roberto@automacons.br • 072767.CDR - AM VISITE NOSSA Home Page: www.automacons.br

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

**Declaração de Nascido Vivo** 00-00000000-0

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN  
000 0000 0000 000

**Identificação do Recém-nascido**

1 Nome do Recém-nascido (RN)

2 Data e hora do nascimento Hora 3 Sexo  M - Masculino  F - Feminino  I - Ignorado 4 Raça cor do Recém-nascido  1 Branca  2 Preta  3 Amarela  4 Parda  5 Indígena

5 Índice de Apgar 1º minuto 5º minuto

6 Detectada alguma anomalia congênita? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las  1 Sim  2 Não  9 Ignorado

7 Local da ocorrência  1 Hospital  2 Outros estab. saúde  3 Domicílio  4 Outros  5 Aldeia Indígena  6 Ignorado  9

8 Estabelecimento Código CNES

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 10 CEP

11 Bairro/Distrito Código 12 Município de ocorrência Código 13 UF

**Local da ocorrência**

14 Nome da Mãe 15 Cartão SUS

16 Escolaridade (última série concluída) Nível  0 Sem escolaridade  1 Fundamental I (1ª a 4ª série)  2 Fundamental II (5ª a 8ª série)  3 Médio (antigo 2º grau)  4 Superior incompleto  5 Superior completo  9 Ignorado Série

17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) Código CBO 2002

18 Data nascimento da Mãe 19 Idade (anos) 20 Naturalidade da Mãe Município / UF (se estrangeiro informar País)

21 Situação conjugal  1 Solteira  2 Casada  3 Viuva  4 Separada judicialmente/divorciada  5 União estável  9 Ignorada

22 Raça / Cor da Mãe  1 Branca  2 Preta  3 Amarela  4 Parda  5 Indígena

Residência da Mãe 23 Logradouro Número Complemento 24 CEP

25 Bairro/Distrito Código 26 Município Código 27 UF

**Mãe**

28 Nome do Pai 29 Idade do Pai

**Pai**

30 Histórico gestacional

■ Nº gestações anteriores \_\_\_\_\_ ■ Nº de partos vaginais \_\_\_\_\_ ■ Nº de cesáreas \_\_\_\_\_ ■ Nº de nascidos vivos \_\_\_\_\_ ■ Nº de perdas fetais / abortos \_\_\_\_\_

**Gestação e parto**

31 Data da Última Menstruação (DUM) / /

32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada \_\_\_\_\_ Método utilizado para estimar  1 Exame Físico  2 Outro método  9 Ignorado

33 Número de consultas de pré-natal \_\_\_\_\_  99 Ignorado

34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal \_\_\_\_\_  99 Ignorado

35 Tipo de gravidez  1 Única  2 Dupla  3 Tripla ou mais  9 Ignorado

36 Apresentação  1 Cefálica  2 Péloca ou Podálica  3 Transversa  9 Ignorado

37 O Trabalho de parto foi induzido?  1 Sim  2 Não  9 Ignorado

38 Tipo de parto  1 Vaginal  2 Cesáreo  9 Ignorado

39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?  1 Sim  2 Não  3 Não se aplica  9 Ignorado

40 Nascimento assistido por  1 Médico  2 Enfermeira/Obstetra  3 Parteira  4 outros  9 Ignorado

**Anomalia congênita**

41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas

**Preenchimento**

42 Data do preenchimento 43 Nome do responsável pelo preenchimento 44 Função  1 Médico  2 Enfermeiro  3 Parteira  4 Func. Cartório  5 Outros (descrever)

45 Tipo documento  1 CNES  2 CRM  3 COREN  4 RG  5 CPF 46 Nº do documento 47 Órgão emissor

**Cartório**

48 Cartório Código 49 Registro 50 Data 51 Município 52 UF

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

8 blocos de variáveis:

- Recém-nascido
- Local de Ocorrência
- Mãe
- Pai
- Gestação e parto
- Anomalia congênita
- Preenchimento
- Cartório

1 Nome do Recém-nascido		
Data e hora do nascimento		
2 Data	Hora	3 Sexo
	:	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
4 Peso ao nascer	5 Índice de Apgar	6 Detectada alguma anomalia congênita?
em gramas	1º minuto    5º minuto	Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las
		1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado

Peso ao nascer:

- < 2500g é baixo peso ao nascer.
- < 1500g é muito baixo peso ao nascer.

Índice de Apgar:

- Avaliação de 5 sinais objetivos do nascido vivo no primeiro e quinto minuto de vida:
  - Frequência cardíaca.
  - Respiração.
  - Tônus muscular.
  - Cor.
  - Irritabilidade reflexa ao cateter nasal.

Nota de 8 a 10 (86,9% em 2020):

- Ótimas condições.

Nota de 0 a 2 (0,7% em 2020):

- Situação grave.

<b>7 Local da ocorrência</b> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	<b>8 Estabelecimento</b> _____		Código CNES _____	
<b>9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)</b> _____			Número _____	Complemento _____	<b>10 CEP</b> _____	
<b>11 Bairro/Distrito</b> _____		Código _____	<b>12 Município de ocorrência</b> _____		Código _____	<b>13 UF</b> _____

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Análise de dados de nascidos vivos: residência ou ocorrência?

- Residência!
- Se for ocorrência, haverá muitos mais nascimentos em cidades com maternidades.

<b>14 Nome da Mãe</b>			<b>15 Cartão SUS</b>				
<b>16 Escolaridade (última série concluída)</b> <b>Nível</b> 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade      3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série)      4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série)      5 <input type="checkbox"/> Superior completo			<b>17 Ocupação habitual</b> <b>Código CBO 2002</b> (Informar anterior, se aposentada/desempregada)				
<b>18 Data nascimento da Mãe</b>	<b>19 Idade</b> (anos)	<b>20 Naturalidade da Mãe</b>		<b>21 Situação conjugal</b>		<b>22 Raça / Cor da Mãe</b>	
		Município / UF (se estrangeiro informar País)		1 <input type="checkbox"/> Solteira      4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/ divorciada 2 <input type="checkbox"/> Casada      5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúva      9 <input type="checkbox"/> Ignorada		1 <input type="checkbox"/> Branca      4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta      5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
<b>Residência da Mãe</b>			<b>23 Logradouro</b>		<b>24 CEP</b>		
<b>25 Bairro/Distrito</b>			<b>Código</b>	<b>26 Município</b>		<b>Código</b>	<b>27 UF</b>

<b>28 Nome do Pai</b>	<b>29 Idade do Pai</b>
-----------------------	------------------------

Gestações anteriores									
[30] Histórico gestacional									
■ Nº gestações anteriores _____		■ Nº de partos vaginais _____		■ Nº de cesáreas _____		■ Nº de nascidos vivos _____		■ Nº de perdas fetais / abortos _____	
Gestação atual					Parto				
Idade Gestacional									
[31] Data da Última Menstruação (DUM) _____/_____/_____		[33] Número de consultas de pré-natal _____	[34] Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____*	[35] Tipo de gravidez	[36] Apresentação	[37] O Trabalho de parto foi induzido?	[38] Tipo de parto	[39] Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	[40] Nascimento assistido por
[32] Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____				1 <input type="checkbox"/> Única	1 <input type="checkbox"/> Cefálica	1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Vaginal	1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Médico
Método utilizado para estimar		[33] Ignorado	[34] Ignorado	2 <input type="checkbox"/> Dupla	2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica	2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Cesárea	2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetra
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 3 <input type="checkbox"/> Ignorado				3 <input type="checkbox"/> Triplacemais	3 <input type="checkbox"/> Transversa	3 <input type="checkbox"/> Ignorado	3 <input type="checkbox"/> Ignorado	3 <input type="checkbox"/> Não se aplica	3 <input type="checkbox"/> Parteira
				9 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	4 <input type="checkbox"/> outros
									9 <input type="checkbox"/> Ignorado

### Idade gestacional:

- Medida a partir do primeiro dia de menstruação do último período menstrual normal.
- Normalmente expressa em número completos de semanas.
- Pré-termo: menos de 37 semanas completas.
- Termo: 37 semanas a menos que 42 semanas completas.
- Pós-termo: 42 semanas completas ou mais.

Gestações anteriores									
30 Histórico gestacional									
■ Nº gestações anteriores _____		■ Nº de partos vaginais _____		■ Nº de cesáreas _____		■ Nº de nascidos vivos _____		■ Nº de perdas fetais / abortos _____	
Gestação atual					Parto				
Idade Gestacional									
31 Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____		33 Número de consultas de pré-natal _____	34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____*	35 Tipo de gravidez	36 Apresentação	37 O Trabalho de parto foi induzido?	38 Tipo de parto	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	40 Nascimento assistido por
32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____				1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Triplêmicas 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetra 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
Método utilizado para estimar									
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado									
99 <input type="checkbox"/> Ignorado									

Consultas pré-natal:

- Ministério da saúde: mínimo de 6 consultas.
- Uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro.

Apresentação: ideal é cefálica.

Parto induzido: ocitocina.

41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas

---

---

---

42 Data do preenchimento	43 Nome do responsável pelo preenchimento	44 Função
<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)
45 Tipo documento	46 N° do documento	47 Órgão emissor
1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF	<input type="text"/>	<input type="text"/>

48 Cartório	Código	49 Registro	50 Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
51 Município			52 UF
<input type="text"/>			<input type="text"/>

## Definição de óbito

OMS (1950):

“Morte é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer depois do nascimento vivo.”

## Definição de óbito

OMS (1950):

“Morte é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer depois do nascimento vivo.”

Sinal de vida: respiração, batimento cardíaco ou contração efetiva de músculo de contração voluntária.

# Declaração de óbito (DO)

- Três vias autocopiativas.
- Distribuição gratuita pelo Ministério da Saúde.
- Padronização a partir de 1975 – documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

# Declaração de óbito (DO)

- Três vias autocopiativas.
- Distribuição gratuita pelo Ministério da Saúde.
- Padronização a partir de 1975 – documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Duas funções principais:
  - Calcular estatísticas vitais e epidemiológicas.
  - Caráter jurídico: documento indispensável para as formalidades legais do sepultamento.

## Declaração de óbito (DO)

- Médico: responsabilidade jurídica pelo preenchimento e assinatura da DO.

# Declaração de óbito (DO)

- Médico: responsabilidade jurídica pelo preenchimento e assinatura da DO.
- Quais óbitos precisam de DO:
  - Todos.

# Declaração de óbito (DO)

- Médico: responsabilidade jurídica pelo preenchimento e assinatura da DO.
- Quais óbitos precisam de DO:
  - Todos.
- No caso de óbito fetal:
  - Gestação igual ou superior a 20 semanas. Ou:
  - Feto com peso igual ou superior a 500g. Ou:
  - Feto com estatura igual ou superior a 25cm.

## Declaração de óbito (DO)

### Morte por causa natural (doença ou estado mórbido)

- Com assistência médica:
  - Em 2020, 66,26% dos óbitos em hospitais, 6,44% em outros estabelecimentos de saúde e 20,91% em domicílio.
  - Preenchida pelo médico que vinha prestando atenção ao paciente.

## Declaração de óbito (DO)

### Morte por causa natural (doença ou estado mórbido)

- Sem assistência médica ou dificuldade no estabelecimento do quadro clínico:
  - Corpo enviado ao Sistema de Verificação de Óbitos (SVO):
    - Órgão oficial responsável pela realização de necropsias em pessoas que morreram sem assistência médica ou com diagnóstico de moléstia mal definida.

## Declaração de óbito (DO)

### Morte por causa externa (lesões provocadas por violência)

- Em localidades com IML (Instituto Médico Legal – “órgão oficial que realiza necropsias em casos de morte decorrente de causas externas”):
  - DO preenchida pelo médico legista.
- Em localidades sem IML:
  - Qualquer médico da localidade.

# Declaração de óbito (DO)

## Fluxo da DO:

- 1ª via (branca): vai para a secretaria de saúde (DATASUS).
- 2ª via (amarela): entregue à família para registrar o óbito no cartório -> certidão de óbito -> sepultamento.
- 3ª via (rosa): unidade notificadora (arquivo): hospital, IML, SVO.

## Declaração de óbito (DO)

Mudança decidida em 2009 para se adequar às mudanças da DN:

- A partir de 2011: fase de transição.
- Adequação mais rápida do que a DN.
  - 2011: 70% novas (58% no caso da DN).
  - SP: 58% novas (17% no caso da DN).
  - Nordeste: 84,5% (88% no caso da DN).

## Declaração de óbito (DO)

Nove blocos de variáveis:

I – Identificação.

II – Residência.

III – Ocorrência.

IV – Fetal ou menor que 1 ano.

V – Condições e causas do óbito.

VI – Médico.

VII – Causas externas.

VIII – Cartório.

IX – Localidade sem médico.



**I - Identificação**

Nome do falecido: GIENEZ SUARES FARIAS

Nome da mãe: LUZIA FARIAS GARCIA

**II - Identificação**

Data de nascimento: 19/06/1948

Local de nascimento: FORQUILHEIRA DO POZUEIRO

**III - Ocupação**

Profissão: TRABALHADOR RURAL

**IV - Fato de morrer que é fatal**

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

**V - Causas da morte**

CAUSAS DA MORTE (PARTO): INFECÇÃO SÉPTICA

CAUSAS ANTERIORES: INFECÇÃO INTRINSECA  
INFECÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR  
CANCER DE CERVIX

**VI - Médico**

Assinatura do médico: [assinatura]

**VII - Causas externas**

PROVÁVELS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL

**VIII - Outros**

# Declaração de óbito (DO)

## Bloco I – Identificação.

<b>1 Tipo de óbito</b> 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal		<b>2 Data do óbito</b> Hora			<b>3 Cartão SUS</b>			<b>4 Naturalidade</b> Município / UF (se estrangeiro informar país)			
<b>5 Nome do Falecido</b>											
<b>6 Nome do Pai</b>						<b>7 Nome da Mãe</b>					
<b>8 Data de nascimento</b>			<b>9 Idade</b> Anos completos    Menores de 1 ano Meses    Dias    Horas    Minutos    Ignorado 9			<b>10 Sexo</b> <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		<b>11 Raça/Cor</b> 1 <input type="checkbox"/> Branca    4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta    5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		<b>12 Situação conjugal</b> 1 <input type="checkbox"/> Solteiro    4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ Divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado    5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo    9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>13 Escolaridade (última série concluída)</b> Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade    3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)    Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)    4 <input type="checkbox"/> Superior In completo    9 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)    5 <input type="checkbox"/> Superior completo						<b>14 Ocupação habitual</b> (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002					

# Declaração de óbito (DO)

International Journal of Public Health (2020) 65:29–36

<https://doi.org/10.1007/s00038-019-01321-1>

ORIGINAL ARTICLE

## Blurred lines: racial misclassification in death certificates in Brazil

Hellen Geremias dos Santos<sup>1</sup>  · Carla Ferreira do Nascimento<sup>2</sup> · Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>3</sup>  
Ichiro Kawachi<sup>4</sup> · Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho<sup>2</sup>

- Estudo SABE da FSP/USP.
- Entre as pessoas que se consideravam pardas em vida, 55,7% apareciam como brancas na DO.
- Após a correção, brancos com maior expectativa de vida.

# Declaração de óbito (DO)

## Bloco II – Residência.

15 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)		Número	Complemento	16 CEP		
17 Bairro/Distrito		Código	18 Município de residência		Código	19 UF

## Bloco III – Ocorrência.

20 Local de ocorrência do óbito			21 Estabelecimento			
1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado	Código CNES		
2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	9 <input type="checkbox"/>				
22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)		Número	Complemento	23 CEP		
24 Bairro/Distrito		Código	25 Município de ocorrência		Código	26 UF

## Declaração de óbito (DO)

Análise de dados de óbitos: residência ou ocorrência?

- Residência!
- Se for ocorrência, haverá muitos mais óbitos em cidades com melhores hospitais.
- Única exceção: acidentes de trânsito.

# Declaração de óbito (DO)

## V – Condições e causas do óbito.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
<b>37</b> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez    3 <input type="checkbox"/> No aborto 2 <input type="checkbox"/> No parto    4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto    Ignorado <input type="checkbox"/> g 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<b>38</b> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>39</b> Necrópsia ? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>40</b> CAUSAS DA MORTE <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, 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	Falência múltipla dos órgãos				
	Devido ou como consequência de:				
b	Caquexia				
	Devido ou como consequência de:				
c	Neoplasia de estômago				
	Devido ou como consequência de:				
d					
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

## Declaração de óbito (DO)

### Causa básica de óbito:

- Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos que levou diretamente ao óbito.

- Não é a causa terminal de óbito.

# Declaração de óbito (DO)

## V – Condições e causas do óbito.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
<b>37</b> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez    3 <input type="checkbox"/> No aborto 2 <input type="checkbox"/> No parto    4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto    8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos Ignorado <input type="checkbox"/> 9		<b>38</b> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>39</b> Necrópsia ? 1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>40</b> CAUSAS DA MORTE <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, 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		Falência múltipla dos órgãos			
		Devido ou como consequência de:			
b		Caquexia			
		Devido ou como consequência de:			
c		Neoplasia de estômago			
		Devido ou como consequência de:			
d					
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Obesidade			

## Declaração de óbito (DO)

### Principais causas de óbito no Brasil (2019):

- 1 – Neoplasias
- 2 – Doenças Isquêmicas do Coração
- 3 – Doenças Cerebrovasculares
- 4 – Gripe e Pneumonia
- 5 – Diabetes

## Declaração de óbito (DO)

### Principais causas de óbito no Brasil (2019):

#### Mulheres:

- 1 – Neoplasias
- 2 – Doenças Cerebrovasculares
- 3 – Doenças Isquêmicas do Coração
- 4 – Gripe e Pneumonia
- 5 – Diabetes

#### Homens:

- 1 – Neoplasias
- 2 – Doenças Isquêmicas do Coração
- 3 – Doenças Cerebrovasculares
- 4 – Acidentes
- 5 – Gripe e pneumonia

## Declaração de óbito (DO)

### Sub-registro de óbitos:

- Recém-nascidos.
- Cemitérios clandestinos:
  - Sem propriedade para passar adiante.
  - Sem pensão ou seguro de vida.
- Cobertura de registros: 96,1% (pesquisa do IBGE de 2011).
  - Era menor que 90% em 2001.

- Coeficiente de mortalidade infantil (CMI).

$$\frac{\text{Número de óbitos de menores que 1 anos, local X, ano Y}}{\text{Número de nascidos vivos, local X, ano Y}} \times 1000$$

# Mortalidade Perinatal

- Óbito perinatal: entre 22 semanas de gestação até 7 dias completos após o parto.

- Coeficiente de mortalidade perinatal:

$$\frac{\text{Óbitos fetais de 22 semanas e mais} + \text{óbitos de menores que 7 dias}}{\text{Número de nascidos vivos e perdas fetais de 22 semanas e mais}}$$

# Mortalidade materna

- Óbito de uma mulher durante a gestação ou entre um período de até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez.

- Razão de mortalidade materna:

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos}}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

1 - Utilizando a Tabela 1, calcule o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e a razão de mortalidade materna (RMM) do Brasil separadamente para cada um dos anos de 2015 a 2020. Faça dois gráficos que mostrem a mudança nos indicadores ao longo do tempo.

**Tabela 1:** Número de nascidos vivos, óbitos fetais, óbitos de menores que 1 ano, óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no Brasil, 2009 a 2014.

Ano	Nascidos vivos	Óbitos fetais	Óbitos de menores que 1 ano	Óbitos de mulheres em idade fértil	Óbitos maternos
2015	3.017.668	32.994	37.501	65.328	1.738
2016	2.857.800	30.210	36.350	67.147	1.670
2017	2.923.535	30.620	36.223	64.366	1.718
2018	2.944.932	30.690	35.864	63.693	1.658
2019	2.849.146	29.105	35.293	64.258	1.576
2020	2.730.145	28.993	31.439	73.843	1.965

2 - Defina causa básica de óbito. Por que ela é a causa que é analisada em estatísticas de saúde e não a causa que levou diretamente ao óbito?