

Coordenadoria de Controle de Doenças

Portaria CCD - 09, de 29-03-2019

Disciplina as atribuições do Responsável Técnico Municipal dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade - SIM, no âmbito do Estado de São Paulo e dá outras providências;

O Secretário da Saúde, considerando a Constituição Federal (Art. 196), que estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

O Código Civil Brasileiro (Art.21), que estabelece que “A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma”;

O Código Penal Brasileiro (Art. 153 e 154), que estabelece penas para a violação de sigilo de documentos ou de informações contidas em sistemas de informação, e violação do sigilo profissional;

A Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, que assegura às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério a Saúde, como suporte ao processo de gestão permitindo a gerência informatizada das contas e disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares (Art.39, parágrafo 8º).

O Código de Ética Médica (Art. 85), que veda ao médico permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade;

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.605/2000, que garante a privacidade do paciente, impedindo que o médico revele dados e informações do prontuário ou ficha do paciente sem autorização do mesmo;

A Portaria SVS/MS nº.116/ 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão de vigilância em saúde;

A Deliberação CIB 37 de 11-03-2005, que estabeleceu que a base de dados dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) serão abastecidos pelas bases municipais,

A Lei Federal nº. 12.527 de 18-11-2011 de Acesso a Informação que regulamenta o acesso a informações e dispõem de procedimentos a serem observados pela União, Estados e Municípios com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º art. 216 da Constituição Federal;

A Resolução SS nº. 139 de 07-11-2014 que disciplina o cadastro e acesso de responsáveis técnicos e usuários às bases de dados dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade-SIM e sobre Nascidos Vivos – SINASC, no âmbito do Estado de São Paulo e dá outras providências;

A Resolução SS nº 140 de 07-11-2014, que descentraliza o processo de gestão dos formulários de Declaração de Óbito e Nascidos Vivos, no âmbito do estado de São Paulo e dá outras providências, e a Portaria MS nº47 de 03-05-2016, que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade – SIM, para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do bloco de Vigilância em Saúde, resolve:

Artigo 1º – Normatizar as atividades do Responsável Técnico Municipal - RT e equipe, dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade – SIM com as seguintes recomendações:

I – Conhecer as Legislações, Portarias e Orientações Técnicas - OT relacionadas ao programa e manter a consonância com as normas e diretrizes nacionais e estadual;

II - Conhecer e acessar os sistemas SIM e SINASC;

III – Cadastrar digitadores e investigadores de óbito (Materno, Mulher em Idade Fértil, Infantil e Fetal), utilizando a documentação exigida nas Resoluções acima citadas e Termo de Sigilo e Confidencialidade, fornecer as senhas, enfatizando que são de uso pessoal e intransferível;

- IV – Ter sob sua guarda todas as autorizações de acesso ao sistema SIM e SINASC e mantê-las atualizadas;
- V – Manter sigilo profissional frente aos dados dos sistemas e manter sua equipe sempre informada sobre o sigilo do mesmo;
- VI – Alterar senhas de acesso quando na suspeita de violação ou conhecimento de terceiros;
- VII – Descadastrar do sistema o técnico da equipe do SIM e SINASC, mediatamente, no seu desligamento das funções;
- VIII - Realizar a gestão dos impressos de Declaração de Nascidos Vivos - DNV e Declaração de Óbitos – DO, a partir do recebimento estadual, por meio do módulo de distribuição dos documentos padrões do sistema informatizados, a fim de mapear e monitorar cada impresso de DNV e DO;
- IX – Fazer Boletim de Ocorrência Policial - BO no extravio, roubo, ou perda de um impresso, a fim de evitar uso indevido, com posterior envio do mesmo ao nível central do SIM e SINASC;
- X - Realizar gestão do uso da Guia de Encaminhamento de Cadáver, padrão do Estado de São de São Paulo (Anexo I);
- XI - Coletar, codificar causas de morte na DO e anomalias congênitas na DNV, digitar nos sistemas, processar os dados e cancelar Declarações de Nascidos Vivos e de Óbitos inutilizadas ou extraviadas, roubadas ou perdidas;
- XII - Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;
- XIII - Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificadoras ao nível municipal;
- XIV - Remeter regularmente os dados ao nível estadual do sistema, dentro dos prazos estabelecidos pela portaria CCD, publicada anualmente com o cronograma de envio de arquivos de transferência - AT;
- XV – Realizar rotina backup dos sistemas SIM e SINASC, diariamente em servidor de uso exclusivo;
- XVI - Realizar rotina de retroalimentação dos dados por residência e ocorrência semanalmente;
- XVII – Realizar rotina de auditoria no sistema em conjunto com o nível estadual (regional e central), mensalmente;
- XVIII – Avaliar mensalmente a qualidade dos dados coletados pela unidade notificadora, a fim de dirimir falhas na informação;
- XIX - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- XX – Elaborar, mensalmente, relatórios sobre estatísticas vitais ao gestor municipal;
- XXI - Divulgar informações e análises em saúde;
- XXII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação dos níveis estadual e federal.
- XXIII – Realizar busca ativa de nascidos vivos e óbitos não notificados no sistema, comparando com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme critérios de regularidade estabelecido em portaria acima citada;
- XXIV – Realizar, mensalmente, busca ativa de nascidos vivos e óbitos em Cartórios de Registro Civil do município;
- XXV – Realizar, mensalmente, busca ativa de óbitos de assentamentos de corpos em cemitérios do município sem a devida notificação no sistema;
- XXVI- Estabelecer parcerias com os Institutos Médicos Legais - IML e Serviços de Verificação de Óbitos – SVO, com a finalidade do complemento e aprimoramento das informações sob ótica da vigilância epidemiológica;
- XXVII – Estabelecer parcerias com outras Secretarias e Instituições a fim de promover Políticas Públicas, sempre respeitando as Leis estabelecidas acima citadas;
- XXVIII – Estabelecer parcerias com Unidades de Saúde (Hospitais, UPA, SAMU, UBS, Ambulatórios e outros) a fim de realizar a vigilância dos nascimentos e dos óbitos, sempre que necessitar de esclarecimento ou complemento de informações;
- XXIX – Participar de reuniões técnicas como representante dos Sistemas SIM e SINASC (Comitês, Comissões, Grupos de trabalhos entre outros);
- XXX – Promover capacitações aos profissionais que: preenchem os documentos padrões de Declaração de Nascidos Vivos e Óbitos; realizam o aprimoramento das informações nas unidades notificadoras.

Parágrafo 1º – O RT não poderá divulgar ou publicar quaisquer dados ou informações que tenha tomado conhecimento, sem atender a Lei de Acesso à Informação.


Parágrafo 2º - O RT não deverá praticar qualquer medida fora de suas atribuições e responsabilidades.

Parágrafo 3º - O RT não deverá se ausentar da estação de trabalho sem encerrar a seção de uso dos sistemas, evitando o acesso indevido à terceiros.

Artigo 2º - Esta Portaria entra em vigor a partir da data desta publicação.

ANEXO I

Guia de Encaminhamento de Cadáver

	GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER	Nº _____	Cadáver destinado ao <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> Natureza do óbito <input type="checkbox"/> Morte natural <input type="checkbox"/> Causa Externa			
	Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____			
	Nome do Hospital / PS: _____ CNES: _____			
	Endereço: _____			
	Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Óbito <input type="checkbox"/> Fetal (natimorto) <input type="checkbox"/> Não fetal			
	N° Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____			
	Nome: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Escolaridade (nível/última série concluída)			
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série			
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto			
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo			
	Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)			
	Filiação: Mãe: _____			
	Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____			
	CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____			
SAÚDE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	Óbitos de mulheres em idade fértil a morte ocorreu			
	<input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Ignorado			
ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO	Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano – informações sobre a mãe			
	Idade Escolaridade			
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série			
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto			
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo			
	Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)			
	Número de Filhos Tidos Nascidos Perdas fetais Abortos			
	<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Nº semanas de gestação			
	<input type="checkbox"/> Ignorado			
	Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla			
	<input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo			
	<input type="checkbox"/> Ignorado			
	Morte em Relação ao Parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Peso ao Nascer _____ Gramas			
	Número da Declaração Nascido Vivo _____			
ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNA	Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (autoagressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal			
	Acidentes			
	<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito (informação sobre a vítima) <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Veículos envolvidos no acidente: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____			
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Suicídio <input type="checkbox"/> Intoxic./Enven.			
	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Agressão por terceiros			
	<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	Condição do paciente/falecido <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> Faleceu ao receber os Primeiros Socorros			
	<input type="checkbox"/> Faleceu durante o Internação: ____ dias <input type="checkbox"/> Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta			
	Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____			
	Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____			
ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS	Clínico ou Cirúrgico: _____			
	Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____			
	Causa(s) possível do Óbito: _____			
	Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____			
	Carimbo e Assinatura			