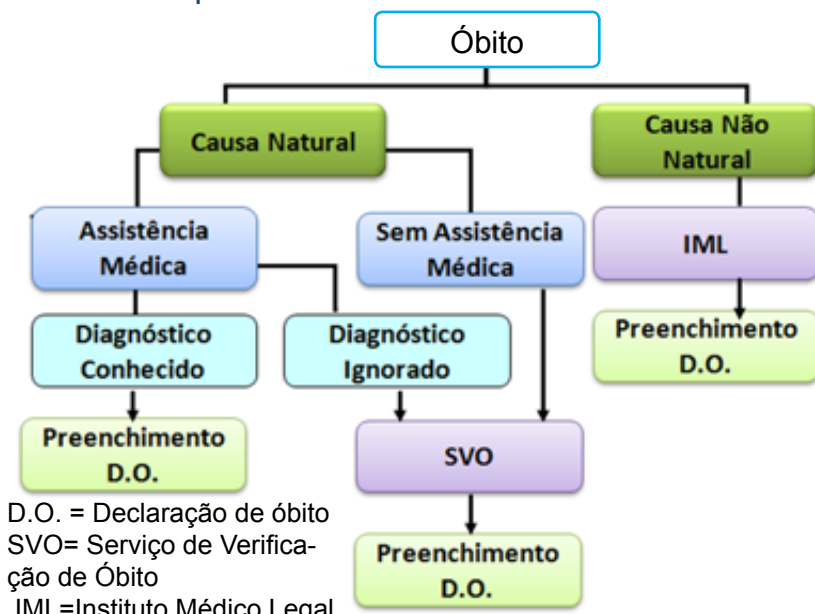


Fluxo para o atendimento nos óbitos ocorridos no Hospital de Base/FUNFARME/FAMERP



D.O. = Declaração de óbito
SVO= Serviço de Verificação de Óbito
IML=Instituto Médico Legal

Nota: Nos casos de encaminhamento para o SVO relatar doenças prévias e história clínica e se houver possível suspeita diagnóstica, como por exemplo Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Quando encaminhado para o IML detalhar informações do acidente, quando possível data de acidente.

As atribuições do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e do Instituto Médico Legal (IML) são distintas, cabe ao SVO, a emissão de documento de caráter sanitário e bioestatístico. A partir do conhecimento das causas das mortes é possível definir estratégias de vigilância em saúde que visam melhorar a qualidade de vida da população. Também no caso de morte de desconhecido, cabe à Polícia Técnico Científica proceder a identificação, devendo portanto o cadáver ser encaminhado ao IML.

Referência:

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Mortalidade. 2. Sistema de Informações. I. Título. II. Série
² Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM nº 1.779, de 5 de dezembro 2005.

³ Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.

⁴Ministério da Saúde - Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010.

⁵Ministério da Saúde - Portaria nº 1119, de 05 de junho de 2008.

⁶ Corregedoria Permanente dos Cartórios de Registro Civil das Pessoas Naturais de São José do Rio Preto-1º Vara da Família das Sucessões da Comarca de São José do Rio Preto – Portaria nº 02/2010. Fonte: SIM/SVS/MS-GVE29-SJRP/CVE/CIVS/CCD/SES/SP NHE/HB/FAMERP - PRO-AIM – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade município de São Paulo.

Exemplo 1: Feminino, 50 anos, portadora de Diabetes Mellitus há 20 anos e hipertensa há 10 anos, há 5 anos foi diagnosticado aterosclerose coronária. Em acompanhamento na UBS, há 6 meses apresenta dor precordial aos esforços físicos, hoje deu entrada na UPA com quadro de fibrilação ventricular e faleceu após 1 hora.

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



Expediente

Dr. Horácio José Ramalho

Diretor Executivo

Dr. Jorge Fares

Diretor Administrativo

Equipe de elaboração deste Boletim:

Dra Fátima Grisi Kuyumjian

Gestora de dados e informações - NHE

Dra Gislaíne Fusco Fares

Coordenadora da Comissão de Óbitos

Dr. João Fernando Picollo de Oliveira

Diretor Clínico

Dra Maria Lúcia Machado Salomão

Coordenadora do NHE

Dra Tânia Perinazzo

SMS-SJRP

Projeto Gráfico: **Intermídia** Publicações

Patrocínio: Ministério da Saúde

Apoio: Secretaria de Estado da Saúde
Tiragem: 1.500 exemplares

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA
NHE / HB / FAMERP



Preenchimento da Declaração de Óbito

Boletim Epidemiológico
NHE/HB/FAMERP
Nº 9 - Ano 5 - 2013



Importância da declaração de óbito

A Declaração de Óbito (DO) é o documento padrão utilizado em todo o Brasil para a captação dos dados referentes ao óbito e alimenta o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), portanto, é necessário que a DO seja preenchida completamente, de forma correta, legível e sem abreviaturas.

O SIM fornece dados de mortalidade, por residência, ocorrência, identificando condições e causas de morte e oferece recursos para o monitoramento das investigações de óbitos, como a análise e vigilância da situação epidemiológica por grupos populacionais¹.

O papel do médico nesse processo é fundamental, pois ele é o responsável pelo preenchimento da DO como consta na Resolução CFM nº 1.779/2005², em seu Artigo 1º determina: “o preenchimento dos dados constantes da DO é da responsabilidade do médico que atestou a morte”.

“O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento” ¹.

A DO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais.

As Secretarias Municipais de Saúde distribuem formulários para as seguintes Unidades Notificantes:

- Estabelecimento e Serviço de Saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar.
- Instituto Médico Legal
- Serviço de Verificação de Óbito - SVO
- Médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde
- Cartório de Registro Civil - somente em localidades onde não exista médico

É vedada a distribuição da Declaração de Óbito para as empresas funerárias (art.13 da Portaria nº 116MS/SVS de 11/02/2009³)

A quem cabe atestar o óbito

1. MORTES POR CAUSAS NATURAIS

a) Com assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

- Causa conhecida: cabe ao médico que vinha assistindo o paciente ou na sua ausência, ao médico plantonista do serviço de saúde que atendeu o paciente.

- Causa mal definida: encaminhar o corpo ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

b) Sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

- encaminhar o corpo ao SVO, a quem cabe emitir a DO.

2. MORTES POR CAUSAS EXTERNAS

(homicídios, suicídios, acidentes e eventos de intenção ignorada), independentemente do tempo decorrido entre o evento e a morte.

- encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML)

(artigo 2º da Resolução CFM nº 1.779/2005), pois a DO só poderá ser emitida pelo médico legista - IML.

Situações específicas

ÓBITO FETAL

- Quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou quando o feto tiver peso igual ou superior a 500 gramas ou estatura igual ou superior a 25 cm¹, os óbitos fetais devem ter DO preenchidas pelo médico que prestou assistência à gestante ou ser encaminhados ao SVO, se a causa for desconhecida. Nesses casos, preencher os campos do Bloco IV da DO (óbitos fetais e menores de 1 ano). Se o feto (natimorto) apresentar parâmetros/dimensões menores que os citados, o corpo pode ser destinado ao resíduo hospitalar, sem necessidade de preenchimento da DO, entretanto é facultado ao médico emitir uma DO nestes casos para atender solicitação da família, quando houver intenção de sepultá-lo.

NASCIDOS VIVOS

- Para óbitos de crianças menores de 1 ano, independentemente da viabilidade, do tempo de gestação ou de sobrevida, deverão ser preenchidas a declaração de nascido vivo (DN) e a declaração de óbito (DO). Nesses casos, preencher os campos do Bloco IV da DO (óbitos fetais e menores de 1 ano, incluindo o número da DN).

ÓBITOS INFANTIL E FETAL

Portaria N° 72, de 11 de janeiro de 2010⁴ estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) - Art. 3º Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

(10 a 49 anos) Portaria N° 1.119 de 05 de junho de 2008⁵ - Art. 2º Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

Preenchimento Das Causas da Morte

O campo 40 da DO¹ – Causas da Morte dispõe de duas partes:

Parte I, com quatro linhas (“a”, “b”, “c”, “d”) e Parte II.

Na Parte I do atestado devem ser registradas as causas que levaram à morte, organizadas numa sequência lógica.

Deve-se registrar na linha “a” a causa imediata ou terminal e nas linhas subsequentes as causas que deram origem às declaradas na linha imediatamente anterior. Assim, a causa básica da morte deverá ser registrada na última linha preenchida da Parte I e dará origem às causas registradas nas linhas acima.

Causa básica da morte: é “a 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” (OMS, 1948).

A sequência de causas registrada na Parte I deve ser coerente do ponto de vista fisiopatológico e também sob o aspecto temporal. Assim, é importante preencher as caselas à direita das causas, registrando-se, sempre que possível, o tempo entre o início da doença e a morte, em horas, dias, meses ou anos. Observe que existe a frase “Devido ou como consequência de” impressa entre as linhas da Parte I. Esta frase se aplica à sequência de causas, relacionando o evento da linha anterior ao da linha subsequente, dando consistência ao atestado. (Exemplos no final do texto).

- Na Parte II do atestado devem ser registradas outras causas que contribuíram para a morte, mas que não estejam relacionadas com a cadeia de eventos registrada na Parte I.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Registrar apenas uma causa ou diagnóstico em cada linha da Parte I. Caso não haja certeza do diagnóstico, mas uma hipótese diagnóstica, termos como “suspeita de” ou “provável” podem ser acrescentados ao diagnóstico.

- Se for registrada insuficiência de órgão ou sistema, sempre declarar, quando conhecida, a sua etiologia na linha imediatamente abaixo (p. ex. insuficiência respiratória devido à doença pulmonar obstrutiva crônica), ou declarar como de causa desconhecida.

- Quando a morte for consequência de complicações cirúrgicas ou de procedimentos, declarar a causa que levou à indicação da cirurgia ou procedimento, pois esta é a causa básica da morte.

- No caso de neoplasias, sempre indicar a localização primária e a natureza (benigna ou maligna). Em caso de desconhecimento da localização primária, registrar como neoplasia maligna de sítio primário desconhecido.

- No caso de óbitos de recém-nascidos e natimortos devido a patologia materna, não esquecer de registra-la, pois ela é a causa básica da morte.

- As fraturas, exceto as patológicas, são consideradas lesões devidas a causas externas. Portanto, deverão ser atestadas por médico legista (IML), independentemente do tempo entre o acidente ou violência e a morte.

- No caso de mortes por causas externas ou não naturais, o legista deve registrar na última linha preenchida da Parte I a causa básica, ou seja, as prováveis circunstâncias da violência¹: homicídio, suicídio ou acidentes, detalhando o tipo de acidente e os instrumentos envolvidos. Essas informações são de finalidades epidemiológicas e podem ser obtidas da mensagem policial, da guia de encaminhamento do corpo morto, família, imprensa, etc., não significando conclusão do processo criminal. Nas linhas acima da causa básica devem ser registradas as lesões (fratura de crânio, rotura de fígado, esmagamento de tórax, etc.). Devem ser preenchidos os campos 48, 49 e 50¹, relativos ao tipo de causa externa, acidente de trabalho e fonte da informação. No campo 51¹, fazer uma descrição sumária do evento, indicando o local de ocorrência.

- Evitar o uso de abreviaturas. Evitar sinais, sintomas, resultados de exames laboratoriais e modos de morrer como parada cardiorrespiratória, assistolia, dissociação eletromecânica.

Dúvidas comuns

A CAUSA BÁSICA DEVE SER REGISTRADA NA LINHA “D”? É NECESSÁRIO TER TODAS AS LINHAS PREENCHIDAS NA PARTE I?

Não é necessário que a causa básica seja registrada na linha “d”. O importante é que ela seja registrada na última linha preenchida da Parte I, a partir da qual se inicia a sequência lógica que termina na causa registrada na linha “a”. Portanto, não é necessário que todas as linhas do atestado sejam preenchidas.

E SE NÃO HOUVER LINHAS SUFICIENTES PARA REGISTRAR TODA A SEQUÊNCIA DE CAUSAS NA PARTE I?

As estatísticas de mortalidade são elaboradas a partir da causa básica da morte. Portanto, deve-se sempre preservar a causa básica, excluindo outras de menor interesse epidemiológico, como por exemplo, sinais, sintomas, resultados anormais de exames laboratoriais ou de imagem e afecções mal definidas. Caso os diagnósticos sejam fundamentais para a elaboração da sequência de causas, podem-se informar dois diagnósticos em uma mesma linha, tornando clara a relação causal. Por exemplo, hemorragia digestiva por varizes de esôfago.

Recomendações

- É vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico legal (Cap. 10, artigo 83 do Código de Ética Médica).

- A responsabilidade legal de todos os dados contidos na DO é do médico (artigo 1º da resolução CFM nº. 1.779/2005).

Portanto, nunca assinar uma DO em branco. Verificar se todos os campos foram devida e corretamente preenchidos.

- Nenhum sepultamento será realizado sem a Certidão de Óbito, que deverá ser expedida pelo Cartório a partir da DO emitida pelo médico (Lei nº 6015/1973, alterada pela Lei nº 6216/1975, artigo 77); exceto nas Comarcas onde as declarações possam ser anotadas pelo serviço funerário do município, mediante convênio firmado entre os registradores civis, corregedoria permanente e o município, em São José do Rio Preto é regulamentado pela Portaria nº02/2010 da primeira Vara da Família e Sucessões da Comarca de São José do Rio Preto.

- O atestado de óbito por causas não naturais foge à competência do médico que assistia o doente, passando para os serviços médico-legais (artigo 2º da resolução CFM nº 1.779/2005²).

- Às vezes é necessário o contato com o médico que assinou a DO para a elucidação de algumas dúvidas. É importante o registro do telefone para contato.

As secretarias municipais de saúde são responsáveis pelo fornecimento e controle da utilização dos formulários entregues às Unidades Notificantes, as quais são responsáveis solidárias pela série numérica recebida e fluxo segundo a portaria N° 116/MS-SVS, de 11/02/2009³. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), menores de 1 ano e óbito fetal são de investigação obrigatória e devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica do município, em até 48 horas após a ocorrência.