



Protocolo de acionamento do Serviço de Verificação de Óbitos do Estado do Tocantins para casos de óbitos naturais mal definidos de interesse epidemiológico

O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) do Tocantins, registrado no Ministério da Saúde (parágrafo IV, do art. 8º da Portaria MS/GM Nº. 1.405 de 2006), tem como finalidade elucidar causas de óbitos naturais mal definidas mediante a realização de exames necroscópicos; subsidiar a implementação de políticas de saúde pública com ênfase no desenvolvimento de ações em Vigilância Epidemiológica e esclarecer a “causa mortis” de todos os óbitos, inclusive os casos de morte natural com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, para definir políticas públicas de saúde e fidelidade estatística do Sistema de Informação de Mortalidade.

Os casos de óbitos naturais mal definidos com interesse epidemiológico serão encaminhados aos Serviços de Verificação de Óbitos em Palmas e em Araguaína, seguindo as normativas descritas abaixo:

A) No ambiente Nosocomial (Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimentos, Hospitais Privados e Públicos)

- Constatação do óbito mal definido de interesse epidemiológico pelo médico assistente, substituto ou diretor técnico da unidade hospitalar;
- Identificação do falecido através de documentação oficial com foto;
- Preenchimento médico do formulário de encaminhamento de óbitos de interesse epidemiológico ao SVO (Anexo 1);
- Autorização do familiar de primeiro grau ou do responsável legal pelo falecido para realização do exame necroscópico por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Anexo 2);
- Contato verbal via telefone do médico solicitante com o médico necropsista para ratificar a solicitação da necropsia e para disponibilizar informações médicas sobre o caso.

B) No Serviço de Verificação de Óbitos:

- Remoção do cadáver pelo SVO, após ratificação da completude documental e contato do médico solicitante (identificação do cadáver, Anexo 1 e Anexo 2);
- Realização da necropsia no SVO pelo médico necropsista 6 horas após a hora do óbito, constatada pelo médico solicitante, segundo Artigo 142 do Código Penal Brasileiro;
- Liberação do cadáver ao familiar enlutado de primeiro grau ou responsável legal após emissão de declaração de óbitos pelo médico necropsista do SVO;
- Formulação e liberação do laudo à família e à unidade médica solicitante em até 45 dias, após a realização da necropsia, salvo em casos de risco de epidemias, nos quais a liberação do laudo será o mais precoce possível.

Exclui-se do encaminhamento ao Serviço de Verificação de Óbitos os seguintes casos

1. Casos de óbitos naturais definidos;
2. Casos de óbitos naturais sem identificação cadavérica,
3. Casos de óbitos naturais sem autorização de familiar de primeiro grau ou do responsável legal para exame necroscópico;
4. Casos de óbitos fetais (PORTARIA 116 DE FEVEREIRO DE 2009/MINISTÉRIO DA SAÚDE);
5. Casos de óbitos de nascidos vivos que pouco tempo depois falecem (PORTARIA 116 DE FEVEREIRO DE 2009/MINISTÉRIO DA SAÚDE);
6. Casos de óbitos em estado de decomposição;
7. Casos de óbitos suspeitos de erros médicos, ou suspeitos de erros procedimentais hospitalares;
8. Casos de óbitos suspeitos ou confirmados de causas externas (violência, intoxicação exógena, afogamentos, acidentes de trabalho, acidentes em geral).

Fluxograma

Óbitos Naturais Mal Definidos de Interesse Epidemiológico



Nas Unidades Nosocomiais: Pronto Atendimento; Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Públicos e Privados:

- 1- Médicos constataam os casos de óbitos naturais mal definidos
- 2- Médicos Identificam o paciente através de documento com foto;
- 3- Familiar de primeiro grau ou responsável legal assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 4- Médicos preenchem o Encaminhamento Médico ao SVO;
- 5- Médicos entram em contato com o SVO (Recepção do SVO).



No Serviço de Verificação de Óbitos:

- 1- Recepção aciona o Técnico de necropsia e o Médico do SVO
- 2- O médico autoriza a remoção e o técnico remove o corpo
- 3- Médicos e técnicos realizam a necropsia
- 4- Médicos elaboram a declaração de óbitos e o laudo necroscópico
- 5- Técnicos liberam o cadáver ao familiar de primeiro grau ou para responsável legal

Importante:

Para facilitar a coleta de informações médicas e aprimorar a qualidade dos exames necroscópicos realizados pelo SVO:

- 1- *Solicitamos aos Médicos solicitantes anotar o máximo de informações possíveis no formulário de Encaminhamento Médico*
- 2- *Atentarem e informarem ao SVO caso existam amostras biológicas já coletadas nas unidades nosocomiais;*
- 3- *Anotarem no formulário de encaminhamento médico um telefone para comunicação com o Médico Patologista no SVO.*



ANEXO 1:

| ÓBITO POR CAUSA MAL DEFINIDA OU DE INTERESSE DE SAÚDE PÚBLICA | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Nº ficha: | 2-Nº do ID SVO: | 3- Nº da DO: |
| I – IDENTIFICAÇÃO | | |
| 4-Data de admissão: __/__/____ | | 5-Ano |
| 6-Nome: | | |
| R.G.: | Órgão Expedidor: | Data de Expedição: |
| 9-Raça/Cor: () (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela | | |
| 7-Data de Nascimento: __/__/____ | 8-Sexo: () 1-masculino 2-feminino | Idade: |
| 10-Escolaridade: | | 11-Ocupação: |
| 12-Estado Civil: () 1-Solteiro(a) 2-Casado(a) 3-Viúvo(a) 4-Divorciado(a) 5-Outro _____ | | |
| 13-Nome da Mãe: | | |
| 14-Endereço: | | 15-Fone: () |
| 16-Bairro: | 17- Cidade: | 18- UF: |
| II - HISTÓRICO | | |
| 19-Local de ocorrência do óbito:() (1)Hospitalar (2)Outra Unidade de Saúde (3)Domicílio (4)Via Pública | | |
| 20-Município de ocorrência: | | 21-Bairro: |
| 22-Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde: | | |
| 23-Tempo de permanência na unidade: ____ dias | | 24-Com assistência medica: () 1-sim 2-não |
| 25-Data do óbito: __/__/____ | | 26-Hora do óbito: __ h __ min |
| 27-Resumo da Ocorrência Hospitalar/ Dados clínicos: | | |
| | | |
| 28-Exames realizados: | | |
| | | |
| 29- Hipótese Diagnóstica (Possível Causa Determinante do Óbito): | | |
| | | |
| 30- É doença/evento de Notificação Compulsória: () 1-sim 2-não | | |
| 31- É doença/evento de interesse para saúde pública:() 1-sim 2-não | | |
| 32-Assinatura/carimbo c/ CRM: | | Fone: |
| | | |



ANEXO 2:

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIMENTO

I- Dados do solicitante:

Nome: _____ Idade: _____

RG: _____ SSP/ _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____ Celular: _____

II- Dados sobre o falecido

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

Data de Internação: ____/____/____ Número do prontuário: _____

Local do óbito: _____ Escolaridade: _____

Data do óbito: ____/____/____ Hora do óbito: ____:____:____ Profissão: _____

Declaro que estou solicitando, de livre e espontânea vontade, que se proceda à necropsia do cadáver acima nominado, e se necessário for, a retirada de órgãos e/ou fragmentos de órgãos para exames complementares necessários no diagnóstico da morte.

Fui, suficientemente informado (a) que o exame será realizado por médicos do Serviço de Verificação de Óbito, anexo ao Instituto Médico Legal e que terei acesso ao exame a qualquer tempo.

Data ____/____/____.

Assinatura do Responsável

A presente autorização será utilizada exclusivamente para o exame necroscópico em causa, visando preservados direitos da família e evitando imputações criminosas indevidas.