

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

NOTA TECNICA nº 06 / DVS /SESPA

ASSUNTO: Restrições ao recebimento de corpos no Serviço de Verificação de óbitos (SVO) do Estado do Pará (Região Metropolitana)

Publicada em 06 de maio de 2020

CONSIDERANDO que, de acordo com o Centers for Disease Control* (CDC), " necropsias de falecidos com COVID-19 conhecidos ou suspeitos só devem ser realizadas em salas de isolamento de infecções transportadas por via aérea (AIIRs) (salas com pressão negativa para as áreas circundantes);

CONSIDERANDO que NOTA TECNICA nº 05 / DVS /SESPA define para óbitos hospitalares suspeitos de covid-19, caso não tenha sido realizado exame para detecção, o serviço de saúde, deve coletar amostra, preencher as fichas de notificação (conforme estabelecido no protocolo de coleta), preencher a Declaração de Óbito (DO) pelo médico do estabelecimento de saúde, como causa informar "suspeito de covid-19";

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de medidas que promovam a redução do risco de disseminação do COVID-19 a servidores da saúde, aos familiares do morto e aos agentes funerários com manuseio desnecessário do corpo, fica determinado que:

1. O SVO não receberá corpos de pacientes suspeitos de covid-19 oriundos de hospital ou outros estabelecimentos de saúde. Nesses casos, a coleta da amostra de nasofaringe (SWAB) deve ser realizada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito (pós morte), preferencialmente nas primeiras 6 horas, sendo encaminhadas imediatamente ao LACEN-PA, acompanhadas das fichas de notificação e cadastro no GAL, de acordo com NT nº 05 / DVS /SESPA.

2. Casos confirmados de COVID-19 devem ser liberados com este diagnóstico pelo médico assistente.

3. Casos que chegarem em óbito aos estabelecimentos de saúde a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço. Se a causa

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

da morte for desconhecida, informar que não prestou assistência e registrar "causa indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento. Deverá preencher o documento "investigação de óbito por causa mal definida – IOCMDH" (Anexo I).

4. Óbitos ocorridos no domicílio sem assistência médica ou em via pública (sem sinais de violência ou outras causas externas e não esteja em avançado estado de putrefação): a **família deve realizar Boletim de ocorrência na Delegacia mais próxima da ocorrência, e acionar o Serviço de verificação de óbitos domiciliar através dos telefones (91) 980155818.**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Anexo I

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica		IOCMD-H	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO (Códigos Garbage) - HOSPITALAR			
Município _____ UF _____		Data de Investigação _____	
INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO			
1	Nº da Declaração de Óbito _____ - _____	2	Código de causa básica original _____
3 Nome do(a) falecido(a) _____			
4 Nome da mãe _____			
5 Data do nascimento _____		6 Data do óbito _____	
INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO			
7 Nome do Estab. de Saúde _____		8 Nº do Procedim. _____	
9 Data de internação _____			
10 Estado do paciente no momento de hospitalização: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agorizante <input type="checkbox"/> Sem vida <input type="checkbox"/> Escala de Coma de Glasgow (ECO) _____			
11 Circunstância do encaminhamento para internação (após óbito, crise convulsiva, insuficiência respiratória e outros) _____			
12 Atendimento pré-hospitalar (SAMU, Posto Médico, ambulância, outros) _____			
13 Achados clínicos (tais como tosse, febre, hipotensão, dor precordial, outros) _____			
14 Resultados dos exames relevantes para identificar a causa básica do óbito _____			

15 Procedimentos realizados durante a internação (tais como cirurgia, intubação, acesso venoso e outros) _____			
16 Causas do óbito especificadas no registro médico _____			
17 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Outros: Especificar _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica			
18 Informações relevantes que podem contribuir para a qualificação da Causa Básica de morte - (marque com X quantas opções julgar importantes)			
<input type="checkbox"/> Acidente de transporte. Especificar se carro, moto, atropelamento, outros _____			
<input type="checkbox"/> Câncer. Especificar o sítio primário _____ <input type="checkbox"/> Cirurgia. Especificar qual _____			
<input type="checkbox"/> Doença cerebral. Especificar se AVC isquêmico ou hemorrágico: _____ <input type="checkbox"/> Sequela de AVC _____			
<input type="checkbox"/> Doença renal. Especificar se hipertensiva, por diabetes, outros _____ <input type="checkbox"/> Doença respiratória crônica _____			
<input type="checkbox"/> Doença infecciosa. Especificar o sítio primário _____ <input type="checkbox"/> Doença hepática. Especificar _____			
<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio _____			
<input type="checkbox"/> Suicídio. Especificar se de próprio punho, outros _____ <input type="checkbox"/> Diabetes _____			
<input type="checkbox"/> Traumatismo mental ou comportamental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Tuberculose _____			
<input type="checkbox"/> Violência. Especificar se homicídio, suicídio, outros _____			
19 Óbito de mulher em idade fértil: <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"/> Sem informação			
20 Outras observações (informações complementares): _____			
REVISÃO DAS CAUSAS DA MORTE APÓS INVESTIGAÇÃO (PREENCHIMENTO PELO MÉDICO)			
Parte I: Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte			
a	Causas infecciosas	b	Devido ou como consequência de
Estado mórbido, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionada-se em outro lugar a causa básica		c	Devido ou como consequência de
		d	Devido ou como consequência de
Parte II: Outras condições agudas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			
21 Grau de certeza do diagnóstico: <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Ausência de informações			
22 Justificar (quais achados clínicos e exames foram mais relevantes para o diagnóstico): _____			
23 Nome do Investigador _____ Telefone de contato _____			
24 Médico Abastecido _____ CRM _____ Telefone de contato _____			
ALTERAÇÃO DA CAUSA BÁSICA NO SIM (DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)			
Data de alteração de causa básica no SIM _____		Causa básica no SIM pós-investigação _____	

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Departamento de Epidemiologia/Diretoria de Vigilância em Saúde