

**NOTA TECNICA nº 07 / VS / SESP**

**ASSUNTO: Organização do processo de verificação de óbito nos municípios do Estado do Pará**

**Publicada em 19 de maio de 2020**

A verificação de óbito é necessária quando o falecimento ocorre sem assistência médica e sua causa não é por situações externas, como acidentes e violência, cuja verificação nestes casos se dá através do Instituto Médico Legal. Ou seja, situações nas seguintes:

- Casos de morte natural de causa desconhecida;
- Óbitos domiciliares sem assistência médica e não suspeitos de causa externa.

Nesses casos há necessidade da realização de ações que visem a elucidação da causa do óbito ocorrido nessas circunstâncias. Essas ações podem ser realizadas basicamente através de duas estratégias:

A primeira é executada pelas Secretarias Municipais de Saúde, as quais organizam seus serviços assistenciais para avaliar a causa do óbito por componentes do seu corpo médico. A principal metodologia da execução dessa ação é autópsia verbal, que consiste na abordagem aos familiares do falecido sobre as manifestações clínicas que antecederam o óbito.

A segunda estratégia é a implantação de Serviço de Verificação de Óbito, a qual baseia-se na PORTARIA Nº 1.405 DE 29 DE JUNHO DE 2006, que Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). Essa estratégia, conforme o parágrafo 1º do Artigo 1º deve ser preferencialmente subordinada à área responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES), pois os requisitos necessários em termos de Recursos Humanos, equipamentos e área física, só se justificam para uma abrangência regional.

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 só há um SVO instituído no Pará na conformidade da Portaria 1405, que é o da Região Metropolitana de Belém;

Considerando que as demandas da grande maioria dos municípios num panorama de normalidade epidemiológica não justificam a instituição e o custeio de uma estrutura de acordo com o padrão da portaria 1405;

Considerando que há estudos pela Secretaria Estadual de Saúde para implantação de pelo menos mais dois SVOs em Santarém e Marabá, mas que a previsão não é de imediato;

Considerando, conforme a Portaria nº 2.663, de 9 de outubro de 2019, que define os valores anuais do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), do Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, destinados às Secretarias Municipais de Saúde que dentre as atividades a serem desenvolvidas pelos municípios está a investigação de casos e óbitos sem definição de suas causalidades; e

Considerando que no momento que haja uma situação epidemiológica em que o Sistema municipal de saúde seja insuficiente para a contenção da mesma, que o nível estadual deverá complementar as ações necessárias para o controle do problema instalado;

**Vimos dar as seguintes orientações aos municípios do Estado do Pará sobre como organizar a verificação de óbitos em seu território:**

Belém, Ananindeua, Marituba, Santa Bárbara e Benevides são atendidos pelo SVO da região metropolitana, sendo assim submetidos às regras do mesmo de acordo com NT Nº 06 de 06 de maio de 2020.

Os demais municípios devem realizar suas verificações de óbitos conforme já o fazem hoje, isto é, através do corpo médico constituído em sua rede assistencial de acordo com organização interna de cada secretaria municipal.

Neste momento de pandemia de COVID 19 recomenda-se, caso haja um número de óbitos sem assistência médica, acima do número esperado, que o município busque apoio da Secretaria Estadual de Saúde (inicialmente a regional de saúde a qual está vinculada) para analisar a situação através de análise epidemiológica para se verificar a necessidade de complementação pelo estado a atuação frente a essa nova demanda.

**Nesse sentido, abaixo seguem as orientações para o desenvolvimento prático da verificação de óbitos em nível municipal:**

- A Declaração de Óbito (DO) deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde do município (ESF e demais unidades de saúde), do local mais próximo onde ocorreu o evento e na sua ausência, por qualquer médico da localidade designado pelo município.
- Se a causa da morte for desconhecida, o médico poderá registrar "causa indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO e marcar na variável "assistência médica" que não prestou assistência ao paciente.
- Se causa for natural e do conhecimento do médico que irá preencher a DO informar os eventos que envolvem a morte do paciente na parte I da DO e demais comorbidade na parte II.
- Enquanto perdurar a pandemia por COVID 19 recomenda-se:

Que segundo a NOTA TECNICA nº 05 / DVS /SESPA, que define para óbitos hospitalares suspeitos de covid-19, caso não tenha sido realizado exame para detecção, que o

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

Secretaria de  
Saúde Pública



GOVERNO DO  
PARÁ

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”;

Que 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, foi determinado que:

Óbitos ocorridos em domicílio sem assistência médica ou em via pública (sem sinais de violência ou outras causas externas e que não estejam em avançado estado de putrefação): a família deve realizar Boletim de ocorrência na Delegacia mais próxima da ocorrência, e acionar o Serviço definido pelo município para realizar a autópsia verbal e preenchimento da DO;

Casos que evoluam a óbito ou que cheguem em óbito aos estabelecimentos de saúde, com suspeita de COVID 19, deverá ser realizada a coleta da amostra de nasofaringe (SWAB), pelo 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 e a declaração de óbito deve ser emitida pelo mesmo com a causa “suspeita de COVID 19”;

Óbitos por outras causas ou desconhecida, em estabelecimento de Saúde, o médico deverá informar que não prestou assistência ao falecido e investigar a causa de morte, preenchendo a ficha de “investigação de óbito por causa mal definida – IOCMDH” (Anexo I). Se o profissional médico não chegar a causa básica do óbito, deverá registrar "causa indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO,

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

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

Secretaria de  
Saúde Pública



**GOVERNO DO**  
**PARÁ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Procedimentos realizados durante a internação (tais como cirurgias, entubação, acesso venoso e outros) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Causas do óbito especificadas no registro médico _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Encaminhamento <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outro. 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)<br><input type="checkbox"/> Acidente de transporte. Especificar se carro, moto, atropelamentos, outros. _____<br><input type="checkbox"/> Câncer. Especificar o sítio primário _____ <input type="checkbox"/> Cirurgia. Especificar qual _____<br><input type="checkbox"/> Derrame cerebral. Especificar se AVC isquêmico ou hemorrágico: _____ <input type="checkbox"/> Sequela de AVC<br><input type="checkbox"/> Doença renal. Especificar se hipertensiva, por diabetes, outros _____ <input type="checkbox"/> Doença respiratória crônica<br><input type="checkbox"/> Doença infecciosa. Especificar o sítio primário _____ <input type="checkbox"/> Doença hepática. Especificar _____<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio<br><input type="checkbox"/> Queda. Especificar se da própria altura, outros. _____ <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Transtorno mental e/ou comportamental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Tuberculose<br><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<br><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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CID-10<br>(CODIFICADOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| Parte I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte<br><br>Causas antecedentes<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">a</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">b</td> <td>Devido ou como consequência de: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">c</td> <td>Devido ou como consequência de: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d</td> <td>Devido ou como consequência de: _____</td> </tr> </table> | a | _____ | b | Devido ou como consequência de: _____ | c | Devido ou como consequência de: _____ | d | Devido ou como consequência de: _____ |
| a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| b                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Devido ou como consequência de: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| c                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Devido ou como consequência de: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| d                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Devido ou como consequência de: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| Parte II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Outras condições significativas 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"/> Possível <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 Atestante _____ CRM _____ Telefone de contato _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| ALTERAÇÃO DA CAUSA BÁSICA NO SIM (DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |
| Data de alteração da causa básica no SIM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Causa Básica no SIM pós-investigação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |   |                                       |   |                                       |   |                                       |