

OFICINA DE VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS RELACIONADO AO TRABALHO

São Paulo
Outubro/2024





Declaração de Óbito DO

Campos e Variáveis

I Identificação

1 Tipo de óbito
1 Fetal
2 Não fetal

2 Data do óbito
Hora
3 Cartão SUS
4 Naturalidade

5 Nome do Falecido
Município / UF (se estrangeiro informar país)

6 Nome do Pai
7 Nome da Mãe

8 Data de nascimento
Idade
Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado
9
10 Sexo
1 M - Masc.
2 F - fem.
3 I - Ignorado
11 Raça/Cor
1 Branca 4 Parda
2 Preta 5 Indígena
3 Amarela
12 Situação conjugal
1 Solteiro 4 Viúvo
2 Casado 5 União estável
3 Viúvo 6 Ignorado

13 Escolaridade (última série concluída)
Nível
0 Sem escolaridade
1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)
2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)
3 Médio (antigo 2º grau)
4 Superior incompleto
5 Superior completo
Ignorado
Série
9

14 Ocupação habitual
(Informar anterior, se aposentado / desempregado)
Código CBO 2002

II Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)
Número
Complemento
16 CEP

17 Bairro/Distrito
Código
18 Município de residência
Código
19 UF

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito
1 Hospital
2 Outros estab. saúde
3 Domicílio
4 Via pública
5 Outros
6 Ignorado
21 Estabelecimento
Código CNES

22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)
Número
Complemento
23 CEP

24 Bairro/Distrito
Código
25 Município de ocorrência
Código
26 UF

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)
28 Escolaridade (última série concluída)
Nível
0 Sem escolaridade
1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)
2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)
3 Médio (antigo 2º grau)
4 Superior incompleto
5 Superior completo
Ignorado
Série
9

29 Ocupação habitual
(Informar anterior, se aposentada / desempregada)
Código CBO 2002

30 Número de filhos tidos vivos
Nascidos vivos
31 Nº de semanas de gestação
32 Tipo de gravidez
1 Única
2 Dupla
3 Tripla e mais
9 Ignorada
33 Tipo de parto
1 Vaginal
2 Cesáreo
9 Ignorado
34 Morte em relação ao parto
1 Antes
2 Durante
3 Depois
9 Ignorado
35 Peço ao nascer
36 Número da Declaração de Nascimento

V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez
2 No parto
3 No aborto
4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
6 Não ocorreu nestes períodos
7 Ignorado
8 Não

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim
2 Não
9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Neóplasia?
1 Sim
2 Não
9 Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE
PARTI I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
a Devido ou como consequência de:
b Devido ou como consequência de:
c Devido ou como consequência de:
d Devido ou como consequência de:
CID
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

PARTI II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VI Médico

41 Nome do Médico
42 CRM
43 Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)
44 Data do atestado
45 Assinatura
46 Óbito atestado por Médico
1 Neóplasia
2 Substância
3 M.L.
4 SVO
47 Município e UF do SVO ou IML
UF

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo
1 Acidente
2 Suicídio
3 Homicídio
4 Outros
Ignorado
49 Acidente de Trabalho
1 Sim
2 Não
Ignorado
50 Fonte da Informação
1 Boletim de Ocorrência
2 Hospital
3 Família
4 Outra
Ignorado

51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)
Código

VIII Cartório

53 Cartório
Código
54 Registro
55 Data
56 Município
UF

IX Localidade do Médico

57 Declarante
58 Testemunhas
A
B

DECLARAÇÃO DE ÓBITO	QUANTIDADE DE VARIÁVEIS
BLOCO I - Identificação	14
BLOCO II - Residência	5
BLOCO III - Ocorrência	7
BLOCO IV - Fetal menor 1 ano	10
BLOCO V - Condições e Causas	4
BLOCO VI - Médico	7
BLOCO VII - Causas Externa	5
BLOCO VIII - Cartório	5
BLOCO IX - Local sem médico	2
TOTAL DE VARIÁVEIS	59
TOTAL DE VARIÁVEIS do SISTEMA	139



Declaração de Óbito

Funções da DO

- ✓ Documentar o desaparecimento da pessoa
- ✓ Jurídicas (heranças, seguros, etc.)
- ✓ Saúde Pública : análises para o bem público

Comparações são fundamentais para análise

- ✓ Entre locais (cidades, estados, regiões, países)
- ✓ Avaliações temporais
- ✓ Avaliações de eficácia (antes e depois de intervenção)

A padronização das causas de morte é fundamental

- ✓ Acordada entre todos os países membros da OMS
- ✓ A seleção da causa básica do óbito (CID-6, 1948)
- ✓ SIM tem codificadores treinados para extrair a causa básica da DO

I Identificação

1) Tipo de óbito
 1 Fetal
 2 Não Fetal

2) Data do óbito
 Hora 3) Cartão SUS 4) Naturalidade

5) Nome do Falecido
 Município / UF (de estacionário reformar País)

II Residência

6) Nome do Pai 7) Nome da Mãe

8) Data de nascimento
 Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos
 9) Idade
 10) Sexo
 M - Masc.
 F - Fem.
 9 Ignorado

11) Raça/Cor
 Branca
 Preta
 Amarela
 Indígena
 9 Ignorado

12) Situação conjugal
 Solteiro
 Casado
 Viúvo
 9 Ignorado

13) Escolaridade (última série concluída)
 0 Sem escolaridade
 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)
 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)
 3 Médio (antigo 2º grau)
 4 Superior Incompleto
 5 Superior completo

14) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)
 Código CBO 2002

15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)
 Número Complemento 16) CEP

17) Bairro/Distrito
 Código 18) Município de residência
 Código 19) UF

III Ocorrência

20) Local de ocorrência do óbito
 1 Hospital
 2 Outros estab. saúde
 3 Domicílio
 4 Via pública
 5 Outros
 6 Aldeia indígena
 9 Ignorado

21) Estabelecimento
 Código CHES

22) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)
 Número Complemento 23) CEP

24) Bairro/Distrito
 Código 25) Município de ocorrência
 Código 26) UF

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27) Idade (anos) 28) Escolaridade (última série concluída)
 nível
 0 Sem escolaridade
 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)
 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)
 3 Médio (antigo 2º grau)
 4 Superior Incompleto
 5 Superior completo

29) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)
 Código CBO 2002

30) Número de filhos vivos
 Nascidos vivos Perdas fetais abortos

31) Nº de semanas de gestação
 9 Ignorado

32) Tipo de gravidez
 1 Única
 2 Dupla
 3 Tripla e mais
 8 Ignorada

33) Tipo de parto
 1 Vaginal
 2 Cesáreo
 9 Ignorado

34) Morte em relação ao parto
 1 Antes
 2 Durante
 3 Depois
 9 Ignorado

35) Peso ao nascer (gramas)
 9 Ignorado

36) Número da Declaração de Nascimento Vivo

V Condições e causas do óbito

37) A morte ocorreu
 1 Na gravidez
 2 No parto
 3 No abortamento
 4 AM 42 dias após o término da gestação
 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação
 9 Ignorado

38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
 1 Sim
 2 Não
 9 Ignorado

39) Necropsia?
 1 Sim
 2 Não
 9 Ignorado

40) CAUSAS DA MORTE
 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
 PARTE I
 Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
 a) Devido ou como consequência de:
 b) Devido ou como consequência de:
 c) Devido ou como consequência de:
 d)

41) CAUSAS ANTECEDENTES
 Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

42) PARTE II
 Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VI Médico

43) Nome do Médico
 CRM 44) Óbito atestado por Médico
 1 Assistente
 2 Substituto
 3 IML
 4 SVO
 5 Outro

45) Município e UF do SVO ou IML
 UF

46) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)
 47) Data do atestado
 48) Assinatura

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

49) Tipo
 1 Acidente
 2 Suicídio
 3 Homicídio
 4 Outros
 9 Ignorado

50) Fonte de Informação
 1 Ocorrência Policial Nº.
 2 Hospital
 3 Família
 4 Outro
 9 Ignorado

51) Descrição sumária do evento
 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
 1 Via pública
 2 Estabelecimento comercial
 3 Endereço de residência
 4 Outros
 5 Ignorado

52) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA
 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)
 Número Bairro Município UF

VIII Cartório

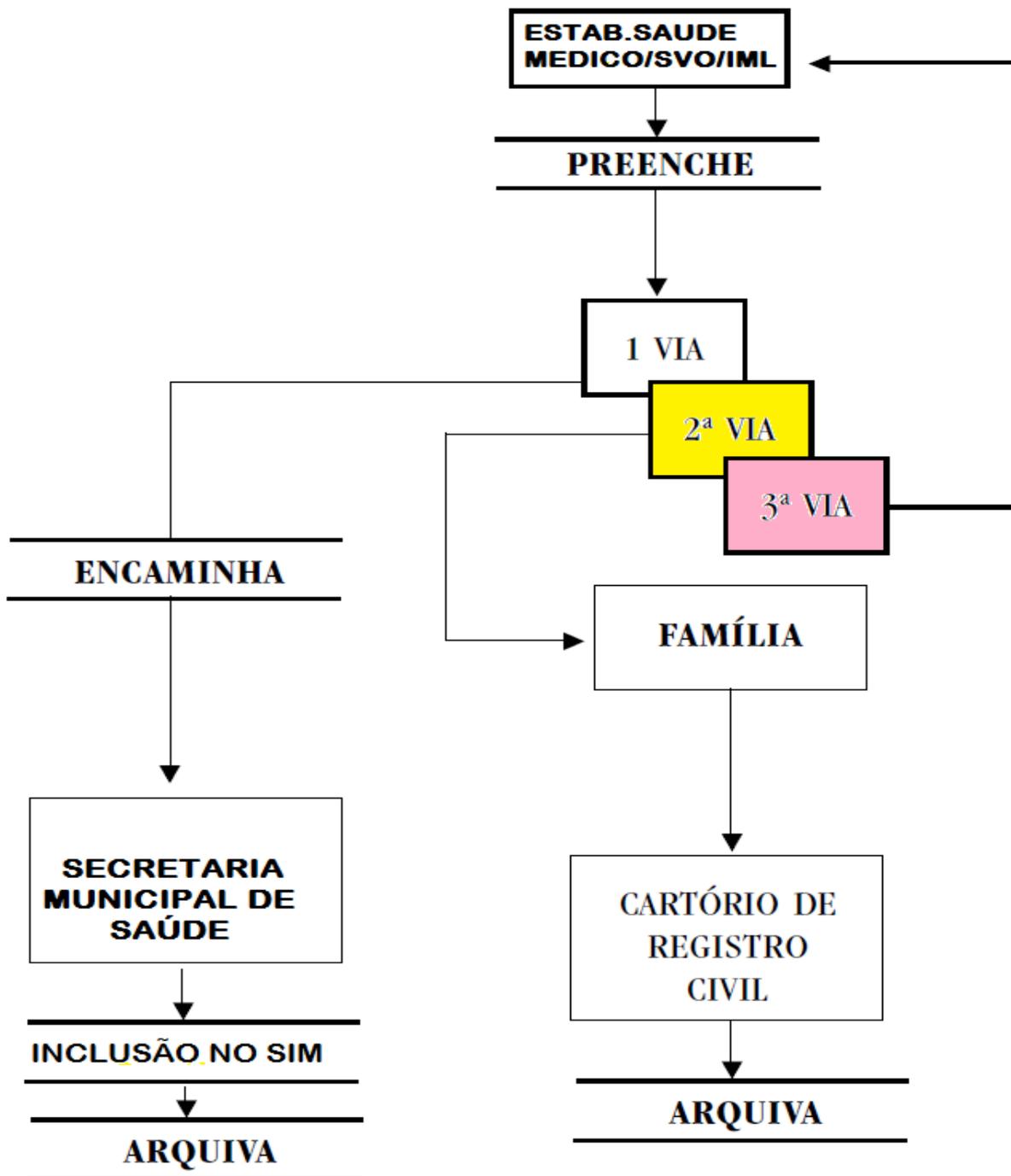
53) Cartório
 Código 54) Registro
 55) Data

56) Município
 Código 57) UF

IX Local de Registro

58) Declarante
 59) Testemunhas
 A
 B

Versão 07/13 - 1ª impressão 06/2013
 www.cobdata.com.br tel: (11) 2107-0300



FLUXO DOS IMPRESSOS APÓS EMISSÃO

PT SVS/MS 116/2009 - Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para o Sistema de Informações em Saúde

Causas de morte: definição universal

- **Causas de morte** : doenças ou estados mórbidos ou lesões que produziram a morte ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu estas lesões
- **Causa básica de morte**
 - O óbito geralmente não é consequência de um evento único, mas de uma cadeia de eventos concatenados.
 - A causa básica é doença ou circunstância **que iniciou** a cadeia de eventos mórbidos que levou diretamente à morte
- **Causas intermediárias**
 - estados mórbidos que produziram a causa terminal
- **Causa terminal**
 - doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte
- **Causas associadas** (outras condições)
 - Outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram porém na sequência que determinou a morte

Onde encontrar estas causas de morte?

Atestado de óbito

Causa básica de morte

MORTE NATURAL: doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte

CAUSA EXTERNA: as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

1 Na gravidez 3 No abortamento 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 9

2 No parto 4 Até 42 dias após o término da gestação 8 Não ocorreu nestes períodos

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

1 Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?

1 Sim 2 Não 9 Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a **causa imediata ou terminal**

Devido ou como consequência de:

b **causa intermediária**

Devido ou como consequência de:

c **causa intermediária**

Devido ou como consequência de:

d **CAUSA BÁSICA DA MORTE**

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ CID _____

Condições e causas do óbito

- Apendicite que levou a peritonite, sepsis e choque séptico, em paciente com diabetes
- Atropelamento com traumatismo craniano, hemorragia e edema cerebral, em pedestre alcoolizado

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

***Guia de Encaminhamento de Cadáver**

ÓBITO

CAUSA NATURAL

CAUSA EXTERNA

Sem assistência médica

Com assistência Médica

GEC*

- Suicídio
- Homicídio
- Acidente
- Morte suspeita
- Cadáver s/ identificação
- Morte de detento
- Necessidade de perícia

Causa mal definida

Causa conhecida

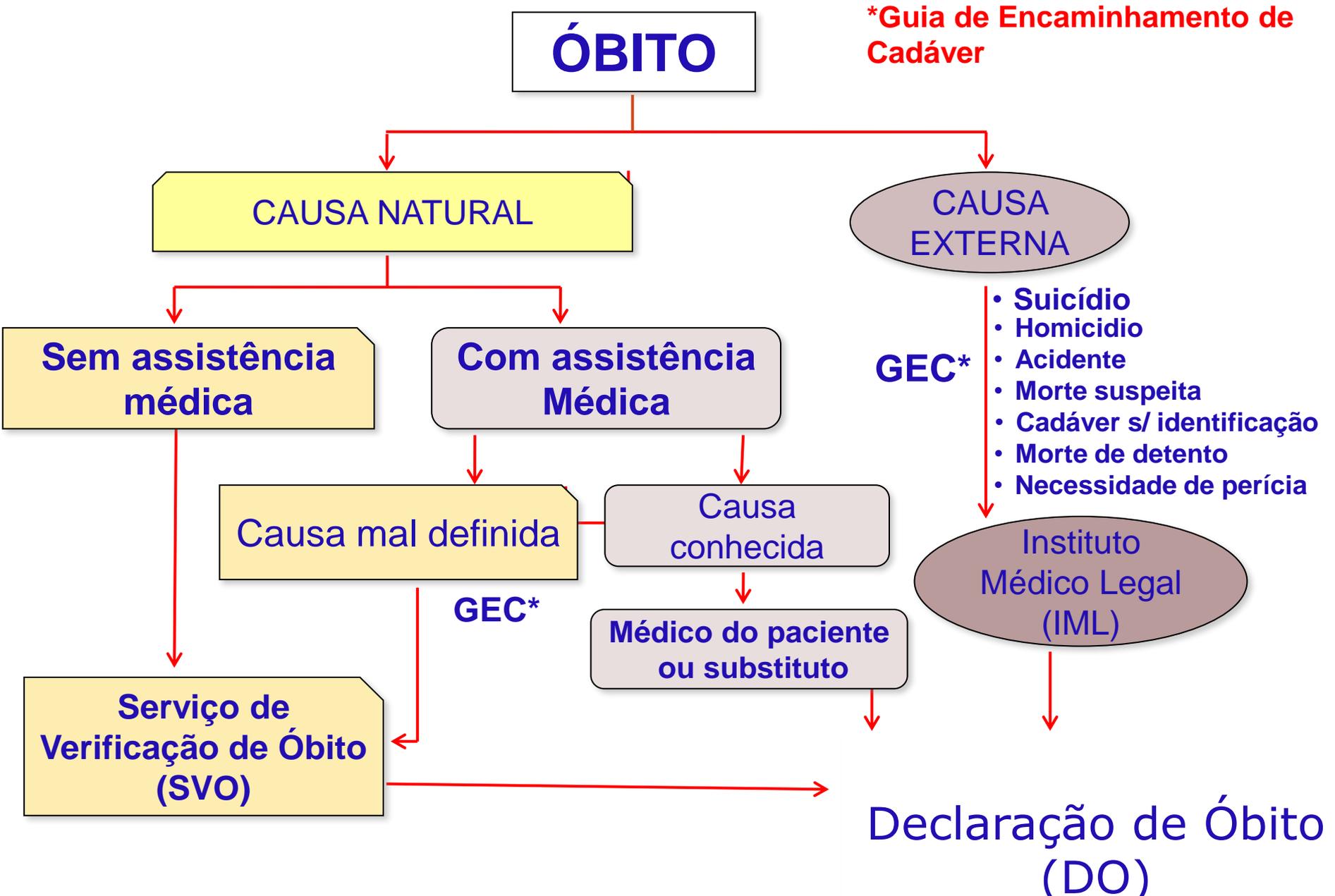
Instituto Médico Legal (IML)

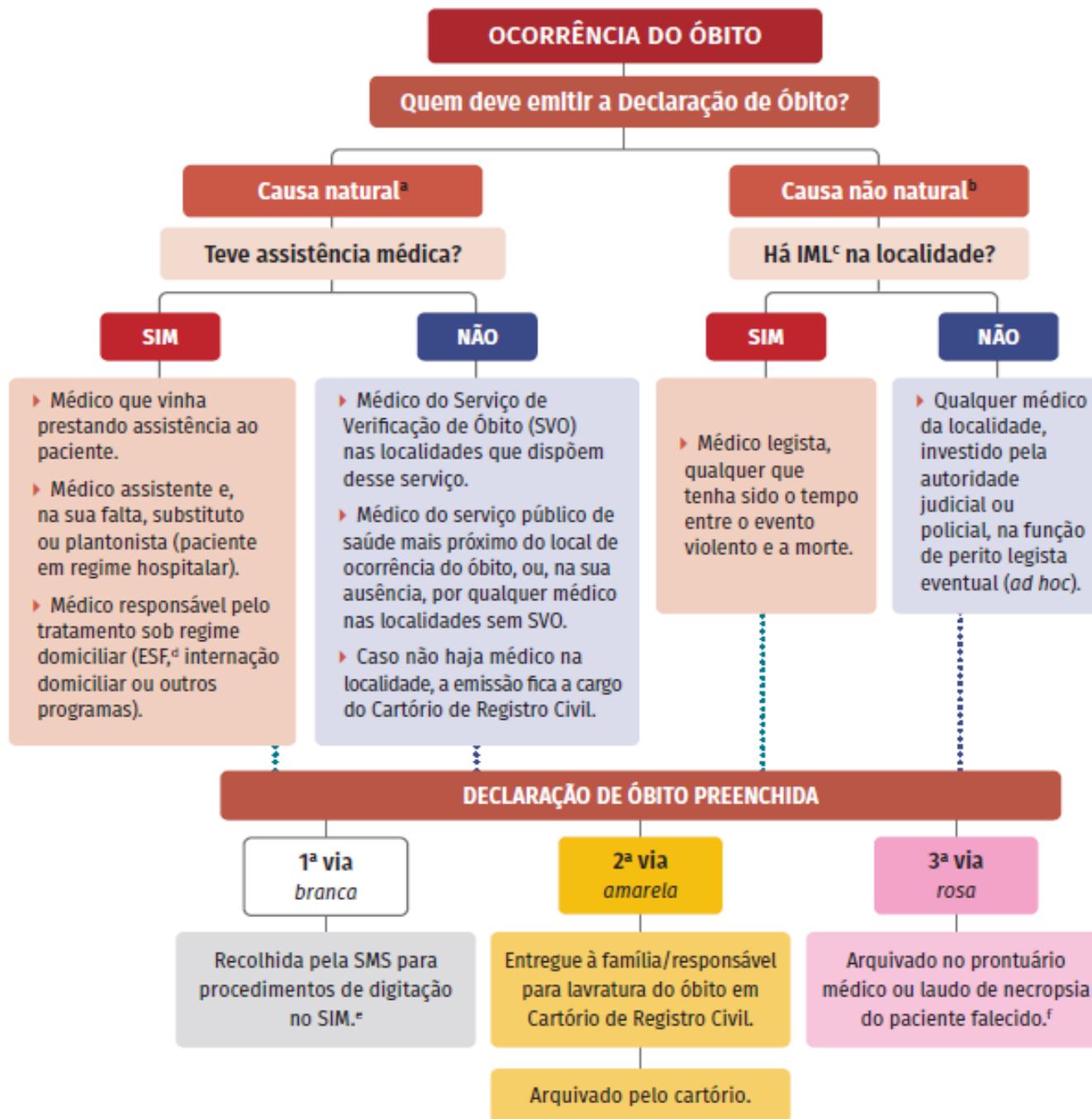
GEC*

Médico do paciente ou substituto

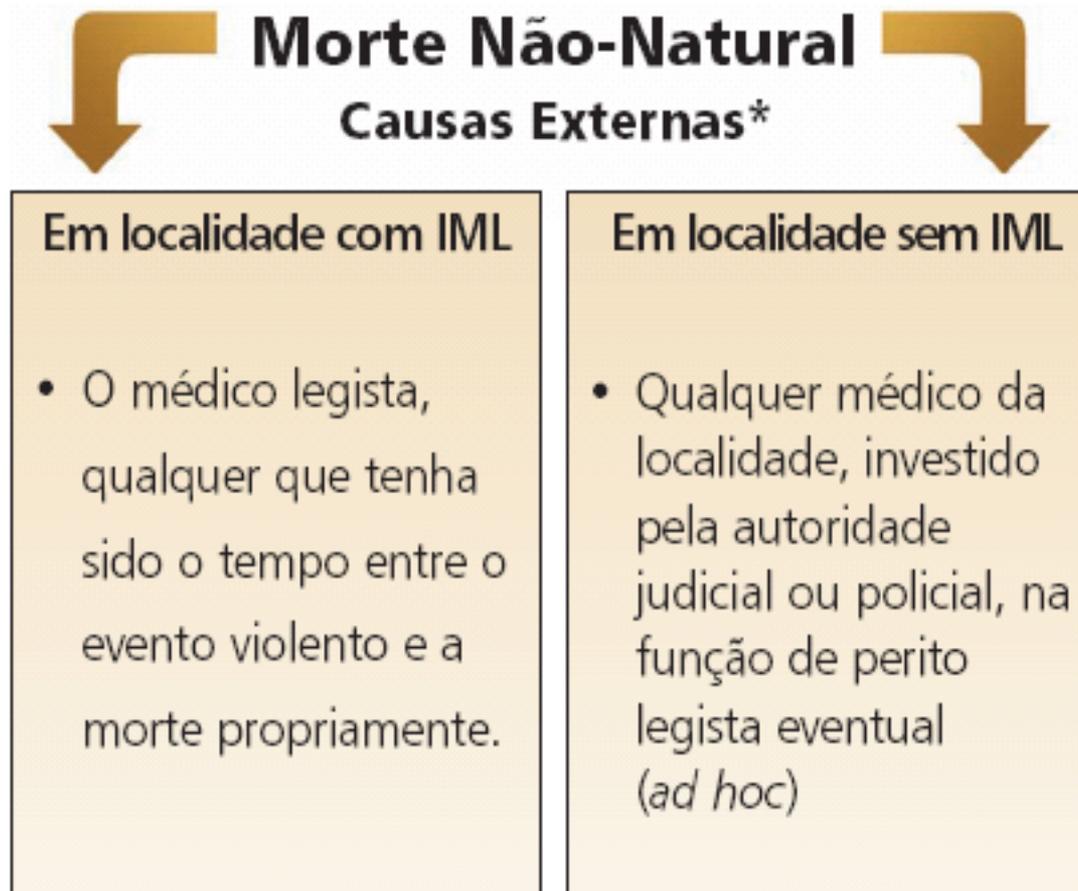
Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Declaração de Óbito (DO)





Mortes violentas em localidades sem IML



*Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas.

Óbito por Acidente de Trabalho Fatal

Acidente de Trabalho Fatal

Acidente que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente (Brasil, 2006).

Acidente de Trabalho Confirmado

Acidente que, na Declaração de Óbito, encontra-se assinalada a opção “sim” no campo Acidente de Trabalho.

Acidente de Trabalho Descartado

Acidente de trabalho que não se confirma como sendo relacionado ao trabalho após a investigação epidemiológica.

Campos a serem considerados na seleção do Óbito presumível de AT

I Identificação

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro, informar País)
5 Nome do Falecido			
6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe	
8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		13 Escolaridade (última série concluída) Nível Série	
0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto		9	
2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		9	

II Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16 CEP
17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código
			19 UF

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outras estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeias Indígena	21 Estabelecimento Código CNES		
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	23 CEP
24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código
			26 UF

Bloco V da DO – Condições e Causas do óbito

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:				
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		9 <input type="checkbox"/> Ignorado 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a							
		b							
		c							
		d							
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.									

PARTE I – Destinada ao preenchimento da doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte (as linhas devem ser preenchidas de cima para baixo, seguindo a ordem de “devido a” ou “como consequência de”).

PARTE II – Destinada a outras condições significativas que contribuíram para a morte, mas não entraram na cadeia inserida na parte I. As causas registradas nesta parte são denominadas contribuintes.

Bloco VI da DO – Médico



VI Médico	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Obito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	44 Município e UF do SVO ou IML UF
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura	

Bloco VII da DO – Causas de Óbito

VII

Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo	<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Homicídio	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	49 Acidente do trabalho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	50 Fonte da informação	<input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Outra	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
----------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

51 Descrição sumária do evento	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência	
	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial
	<input type="checkbox"/> Endereço de residência	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Outro domicílio	<input type="checkbox"/> Ignorada

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA			
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	UF



Guia de Encaminamento 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
I 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: _____			
II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Óbito <input type="checkbox"/> Fetal (natimorto) <input type="checkbox"/> Não fetal		Nº Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____	
	Nome: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado	
	Escolaridade (níveis últimos série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série <input type="checkbox"/> Ocupação Habitual (se aposentada/desempregado, informar anterior) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)			
III MORTE FEMINEA	Óbitos de mulheres em idade fértil a morte ocorreu		<input type="checkbox"/> Ignorado	
	<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			
IV ÓBITOS FETAIS SEM MENOS DE 1 ANO	Preenchimento exclusivo para óbitos fatais 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"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série <input type="checkbox"/> Ocupação Habitual (se aposentada/desempregado, informar anterior) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)			
V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS	Número de Filhos vivos nascidos vivos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado		Nº semanas de gestação <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	
	Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (ou agressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal		Peso ao Nascer _____ Gramas Número da Declaração Nascimento Vivo _____	
VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	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			
	Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____			
	Afogamento <input type="checkbox"/> Fogos/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: _____			
VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS	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"/> Outras 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			
VIII MÉDICO RESPONSÁVEL	Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	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): _____ _____ _____ 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				

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER - 10/2018 - CORES



REALIZAR INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde em seu art. 6., Paragrafo 2. :

Vigilância epidemiológica é um conjunto de ações , a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionante de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (Brasil,1990).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de prevenção e controle.

✓ **Notificação** - Informar as autoridades sanitárias sobre os eventos adversos .

✓ **Investigação** – Buscar em diversos locais informações sobre os eventos.

✓ **Análise das informações** – Analisar as informações e dados coletados para identificar as causas da ocorrência e adotar medidas que previnam novas episódios.

INVESTIGAÇÃO de ÓBITOS

Objetivo Geral

Avaliar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos e propor medidas para melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução.

Objetivos Específicos

- ➡ Identificar o momento do óbito e corrigir dados
- ➡ Chegar aos determinantes – **porque morreu?**
- ➡ Avaliar a atenção prestada nos diferentes níveis
- ➡ Classificar os óbitos – **qual a real causa da morte?**
- ➡ Definir intervenções
- ➡ Recomendar ações
- ➡ Divulgar material / relatório

QUANDO INVESTIGAR ?

PRAZO PARA REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO:

- ➔ PRAZO MÁXIMO DE ATÉ TRÊS MESES,
- ➔ DIMINUIR VIÉS DE MEMORIAS
- ➔ RESPONDER AS QUESTÕES que cheguem a real causa básica da morte



FIGURA 5 Notícias veiculadas na internet sobre mortes por causas externas/não naturais

Motociclista morre após perder controle e bater em poste no canteiro de avenida

Este é o segundo caso do tipo registrado só neste fim de semana. Samsuária foi chamada, mas não conseguiu salvar a vítima.

O motociclista Rubim da Silva Oliveira, de 56 anos, morreu após perder o controle da moto e bater em um poste. O acidente aconteceu na tarde deste domingo (20) no setor Bela Vista, em **Gurupi**, no sul do estado. Este foi o **segundo acidente do tipo e com morte registrado no fim de semana**.

Morre mulher baleada por ex em condomínio de luxo do Recife



Foi sepultado, na noite de hoje, o corpo da empresária Lize Regina de Albuquerque Melo, 54, morta a tiros pelo ex-companheiro, Edson Alexandre Reis, 50, que ficou a própria vítima após o crime. O enterro foi realizado na Cemitério Morada da Paz, no município do Paulista, na região metropolitana do Recife. O crime ocorreu na Condomínio Morada dos Mareantes, prédio de luxo localizado no bairro de Boa Viagem, na zona sul da capital pernambucana.

Criança de 2 anos morre afogada em piscina, no DF

Segundo família, menino caiu por cerca de 20 minutos e foi encontrado boiando na piscina de um vizinho, com peito virado para baixo. Bombeiros e Samsu fizeram manobras de reanimação, mas vítima não resistiu.

Uma criança, de 2 anos, morreu afogada no Incra 09, em **Brazlândia**, no Distrito Federal, nesta quinta-feira (17). Segundo a família, o menino sumiu por cerca de **20 minutos** e foi encontrado boiando em uma piscina da vizinhança, com o peito virado para baixo.

Mulher que teve 80% do corpo queimado pelo ex morre após 21 dias em hospital em Fortaleza

Talita Lopes Felício, 34 anos, estava internada no Instituto Doutor João Riberto (IJD) desde o dia 12 de junho.

Camargo: mulher morre em acidente de trabalho com máquina agrícola

@G1NOTICIAS

COMPARTILHE

Por volta das 11h desta quarta-feira (01/03/2023) a agricultora Tereza Dias de Santana, 30 anos de idade, perdeu a vida no pátio da sede da propriedade onde reside na Comunidade de Turris, interior do município de Camargo, DF. A vítima estava na direção de um pequeno caminhão e auxiliava o filho que trabocava com um tator para dar partida e, como no terreno havia um pequeno declive.

A mulher, sem o auxílio do caminhão e foi prensada entre a porta e o cabado do tator, o que lhe causou morte instantânea.

Acidente de Trabalho Presumível

Acidente cujas características sugerem possível relação com o trabalho, mas que, na Declaração de Óbito (DO), o campo Acidente de Trabalho não foi preenchido, ou tem assinalada a opção “não” ou “ignorado”. Para identificação dos casos suspeitos, a DO deve ser analisada por completo.

Quais seriam as causas externas presumíveis de óbito por acidente de trabalho fatal?

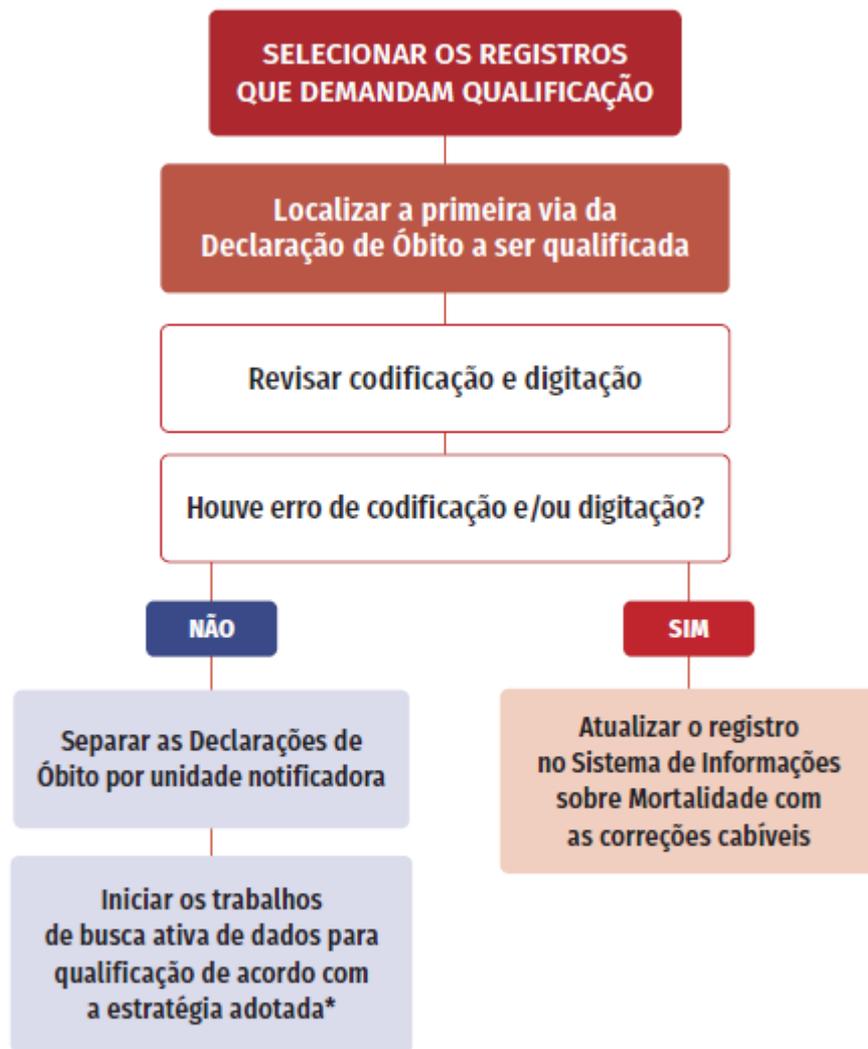
CAUSA INESPECÍFICAS

CID.10 - Y10-Y34

CID.10 - X59

CID.10 - R99 - IML

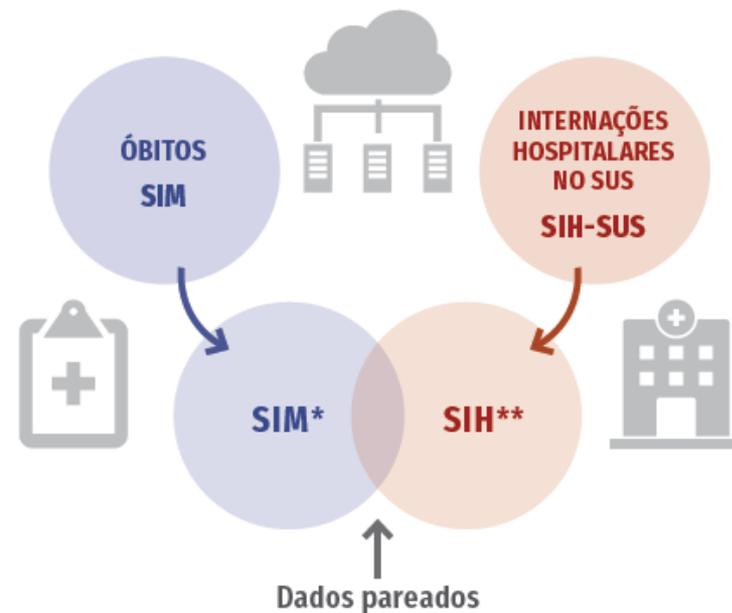
FIGURA 7 Organização para o trabalho de busca ativa de dados



Fonte: elaboração dos autores.

*Algumas opções estão descritas neste protocolo.

FIGURA 8 Relacionamento (*Linkage*) entre as bases de dados



Fonte: elaboração dos autores.

*Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.



FIGURA 10 Correspondência de termos relativos à mortalidade por causas externas utilizados pelas áreas da Saúde e da Segurança Pública

 TERMOS UTILIZADOS NA JUSTIÇA/SEGURANÇA PÚBLICA	 TERMOS UTILIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acidente de trânsito ▶ Homicídio culposo na direção de veículo automotor¹ ▶ Lesão corporal culposa seguida de morte na direção de veículo automotor* 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acidente de transporte ▶ Acidente de trânsito
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suicídio ▶ Lesões autoprovocadas ▶ Autoexterminio 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suicídio ▶ Lesões autoprovocadas intencionalmente
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Homicídio ▶ Homicídio simples ▶ Homicídio qualificado ▶ Homicídio doloso ▶ Feminicídio ▶ Lesão corporal dolosa seguida de morte ▶ Roubo ou extorsão seguidos de morte ▶ Latrocínio ▶ Maus-tratos seguidos de morte 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agressão ▶ Homicídio ▶ Outras síndromes de maus-tratos
<p>Qualquer termo que expresse morte provocada por agente da lei. Ex. resistência/auto de resistência, entrevero com a polícia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervenção legal

Fonte: SVSA-MS.

*Terminologia usada pelo Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503 de 21/9/1997 e alterações subsequentes).

FIGURA 13 Conjunto mínimo de variáveis para compartilhamento da Segurança Pública para a equipe gestora do Sistema de Informações sobre Mortalidade

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO MAIS UTILIZADA NA SAÚDE PÚBLICA	TERMO UTILIZADO NA MEDICINA LEGAL
 Circunstância do óbito	Verificação do tipo de causa externa: suicídio, homicídio, acidente.	Tipos: suicídio, homicídio, acidente, natural, indeterminada.
 Local de ocorrência do acidente ou da violência	Trata-se do local onde a causa externa aconteceu, que não necessariamente foi onde ocorreu o óbito. As possibilidades são: residência, habitação coletiva, área para prática de esportes, via pública, áreas de comércio e de serviços, áreas industriais e em construção, outros locais especificados.	As possibilidades são: residência, via pública, áreas comerciais, unidades de saúde, sistema prisional, lagos/rios/cachoeiras/praias, outros.
 Resultado de exame toxicológico	Registro das substâncias ou dos contaminantes envolvidos: medicamento, agrotóxico, produtos de uso doméstico, drogas lícitas ou ilícitas, bebidas, entre outros.	Registro das substâncias ou dos contaminantes envolvidos: medicamentos psicotrópicos, outros medicamentos, agrotóxicos/praguicidas, drogas ilícitas, álcool e outros.
 Tipo de arma utilizada	Arma de fogo, objeto cortante, objeto contundente, outros.	Instrumento/meio utilizado.
 Condição da vítima de acidente de transporte	Pedestre, condutor, passageiro.	***
 Melo de locomoção da vítima de acidente de transporte	A pé, bicicleta, motocicleta, automóvel, ônibus, transporte pesado, trem, charrete, cavalo.	***
 Outra parte envolvida no acidente de transporte, caso haja	A pé, bicicleta, motocicleta, automóvel, ônibus, transporte pesado, animal, objeto fixo.	***
 Causas acidentais que não o trânsito	Queda, afogamento, envenenamento.	Queda, afogamento, envenenamento.
 Acidente de trabalho	Acidente de trabalho típico, de trajeto.	Acidente de trabalho.

Fonte: elaboração dos autores.

***Essas variáveis são menos frequentes entre os registros da Segurança Pública, no entanto foram mantidas dada a importância.

Visita Domiciliar

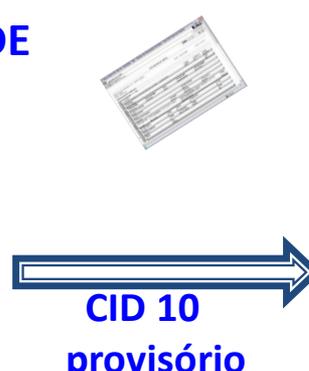


FIGURA 14 Resumo do protocolo para qualificação dos registros de mortes por causas externas

OBJETIVO		Elucidar a circunstância da causa externa de morte e qualificar o preenchimento do bloco VII da Declaração de Óbito.
RESPONSÁVEIS		Equipes de vigilância epidemiológica do óbito/gestora do Sistema de Informações sobre Mortalidade.
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		Os mais diversos profissionais dos serviços de saúde, codificadores de causas de morte, médico legista.
ETAPAS		<ol style="list-style-type: none">1. Selecionar os registros de óbito que precisam de qualificação.2. Identificar o que focar na busca ativa.3. Identificar a estratégia a ser utilizada e iniciar a busca ativa dos dados.<ul style="list-style-type: none">▶ Relacionamento (<i>linkage</i> de base de dados).▶ Busca em dados da mídia (<i>clipping</i>).▶ Busca em instituições da saúde e/ou da segurança pública▶ Inspeção em ambiente de trabalho a ser realizada pela equipe de vigilância da saúde do trabalhador.▶ Visita domiciliar.4. Concluir os trabalhos.5. Atualizar o Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Fluxo da Informação do Óbitos

UNIDADE



CID 10 provisório

SMS



SES - GVE

Semanal



balcao.saude.sp.gov.br

Login do Gerenciador de Arquivos

Conectar em: FTP Server

Usuário

Senha

Conectar

SES - CIVS



Semanal

CID 10 provisório

SISNET



Mensal
CID 10
definitivo

CID 10 provisório



Equipe de investigação



CID 10 definitivo



MS

Maiores desafios

- ➡ Preenchimento adequado da Declaração de Óbito;
- ➡ Vinculação com os dados do SINAN
- ➡ Identificação dos casos de acidente de trabalho;
- ➡ Fluxo de informação
- ➡ Construção de processos de trabalho desde a notificação, investigação e conclusão dos casos
- ➡ Elaboração de indicadores para formulação de Políticas Públicas

COMITE DE MORTALIDADE DE
ÓBITO FATAL DO Saúde do trabalhador

Cátia Martinez

*Centro de Informações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica – CIVS
Coordenadoria de Controle de Doenças CCD/SES-SP*

*E mail - cmartinez@saude.sp.gov.br
Fone: 11 3066-8912 e 3066-8793*