

# 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  
Município / UF (se estrangeiro informar país)

5 Nome do Falecido

6 Nome do Pai

7 Nome da Mãe

8 Data de nascimento  
Anos completos Menores de 1 ano  
Meses Dias Horas Minutos Ignorado

9 Idade

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

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

**II Residência**

15 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)

16 Número

17 Complemento

18 CEP

19 Bairro/Distrito

20 Código

21 Município de residência

22 Código

23 UF

**III Ocorrência**

24 Local de ocorrência do óbito  
1  Hospital 3  Domicílio 5  Outros Ignorado  
2  Outros estab. saúde 4  Via pública

25 Estabelecimento

26 Código CNES

27 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)

28 Número

29 Complemento

30 CEP

31 Bairro/Distrito

32 Código

33 Município de ocorrência

34 Código

35 UF

**IV Fetal ou menor que 1 ano**

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

36 Idade (anos)

37 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

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

39 Número de filhos tidos vivos

40 Nº de semanas de gestação

41 Tipo de gravidez  
1  Única  
2  Dupla  
3  Tripla e mais  
9  Ignorada

42 Tipo de parto  
1  Vaginal  
2  Cesáreo  
9  Ignorado

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

44 Peço ao nascer

45 Número da Declaração de Nascimento

**V Condições e causas do óbito**

**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

46 A morte ocorreu  
1  Na gravidez 3  No aborto 5  De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado  
2  No parto 4  Até 42 dias após o parto 6  Não ocorreu nesses períodos 9  Ignorado

**ASSISTÊNCIA MÉDICA**

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

**DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:**

48 Neóplasia?  
1  Sim 2  Não 9  Ignorado

49 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

**CAUSAS DA MORTE**

**PARTE I**  
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

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

a Devido ou como consequência de: CID

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.

**VI Médico**

50 Nome do Médico

51 CRM

52 Óbito atestado por Médico  
1  Neóplasia 4  SVO  
2  Substância 5  Outro  
3  M.

53 Município e UF do SVO ou IML

54 UF

55 Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)

56 Data do atestado

57 Assinatura

**VII Causas externas**

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

58 Tipo  
1  Acidente 3  Homicídio Ignorado 5  Acidente do Trabalho Ignorado  
2  Suicídio 4  Outros 9  Ignorado

59 Fonte da Informação  
1  Boletim de Ocorrência 3  Família Ignorado  
2  Hospital 4  Outra 9  Ignorado

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

**VIII Cartório**

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

63 Código

64 Cartório

65 Código

66 Registro

67 Data

68 Município

69 UF

**IX Localidade do Médico**

70 Declarante

71 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
<b>TOTAL DE VARIÁVEIS</b>	<b>59</b>
<b>TOTAL DE VARIÁVEIS do SISTEMA</b>	<b>139</b>



# 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 estatizar informar 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. 11) Raça/Cor Branca Parda Preta Indígena Amarela 12) Situação conjugal Solteiro Casado Viúvo Separado judicialmente União estável Ignorada

13) Escolaridade (última série concluída) Nível 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 7) Estabelecimento Código CHES

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

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

**IV Fetal ou menor que 1 ano**

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

26) Idade (anos) 27) Escolaridade (última série concluída) Nível 28) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002

29) Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior completo Médio (antigo 2º grau) Ignorado

30) Número de filhos vivos Nascidos Perdidos fetais abortos 31) Nº de semanas de gestação 32) Tipo de gravidez 33) Tipo de parto 34) Morte em relação ao parto 35) Número da Declaração de Nascimento Vivo

36) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 37) Necropsia?

**V Condições e causas do óbito**

38) A morte ocorreu 1) Na gravidez 2) No parto 3) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 4) Não ocorreu nestes períodos 5) Não abortamento 6) AM 42 dias após o término da gestação 7) Não ocorreu nestes períodos

39) Obito de mulher em idade fértil

40) CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

41) PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. Devido ou como consequência de:

42) CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. Devido ou como consequência de:

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

**VI Médico**

44) Nome do Médico 45) CRM 46) Óbito atestado por Médico 47) Município e UF do SVO ou IML

48) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 49) Data do atestado 50) Assinatura

**VII Causas externas**

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

51) Tipo 1) Acidente 2) Suicídio 3) Homicídio 4) Outros 5) Sim 6) Não 7) Fonte de Informação 8) Ocorrência Policial Nº. 9) Hospital 10) Família 11) Outros

52) Descrição sumária do evento Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) Via pública 2) Endereço da residência 3) Outros 4) Estabelecimento comercial 5) Outros 6) Ignorada

53) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 54) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF

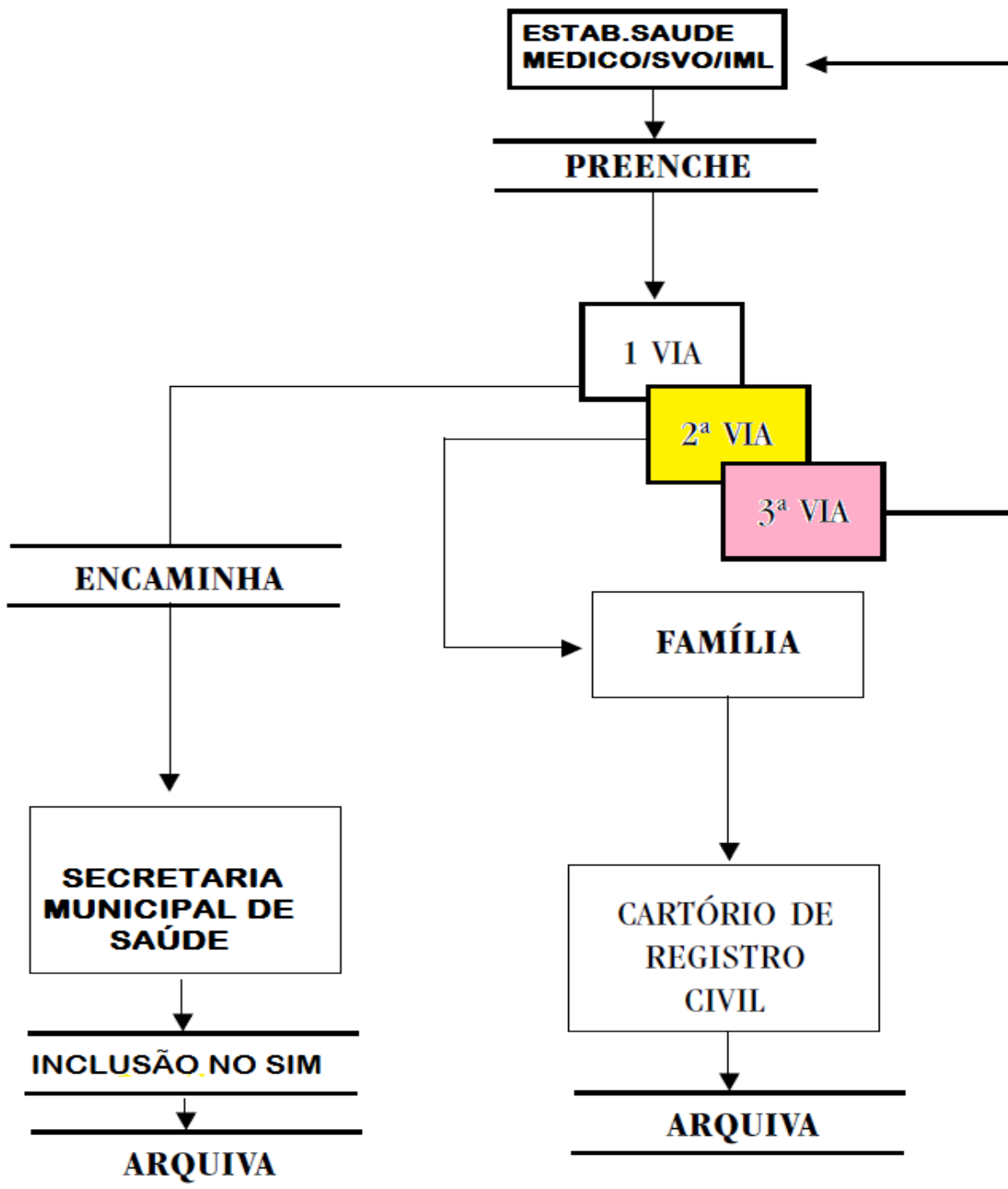
**VIII Cartório**

55) Cartório Código 56) Registro 57) Data

58) Município Código 59) UF

**IX Local de Registro**

60) Declarante 61) Testemunhas



# 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**

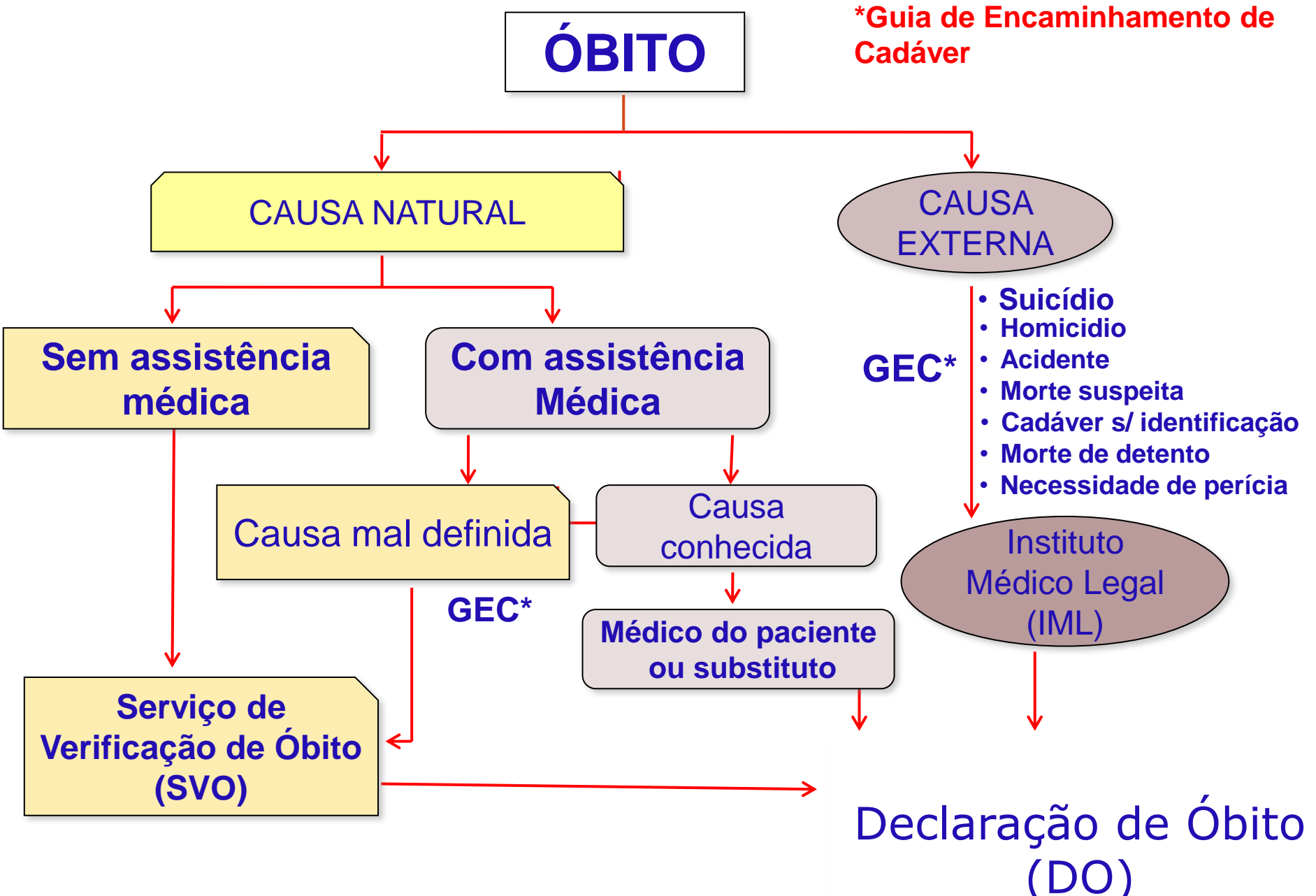
**Instituto Médico Legal (IML)**

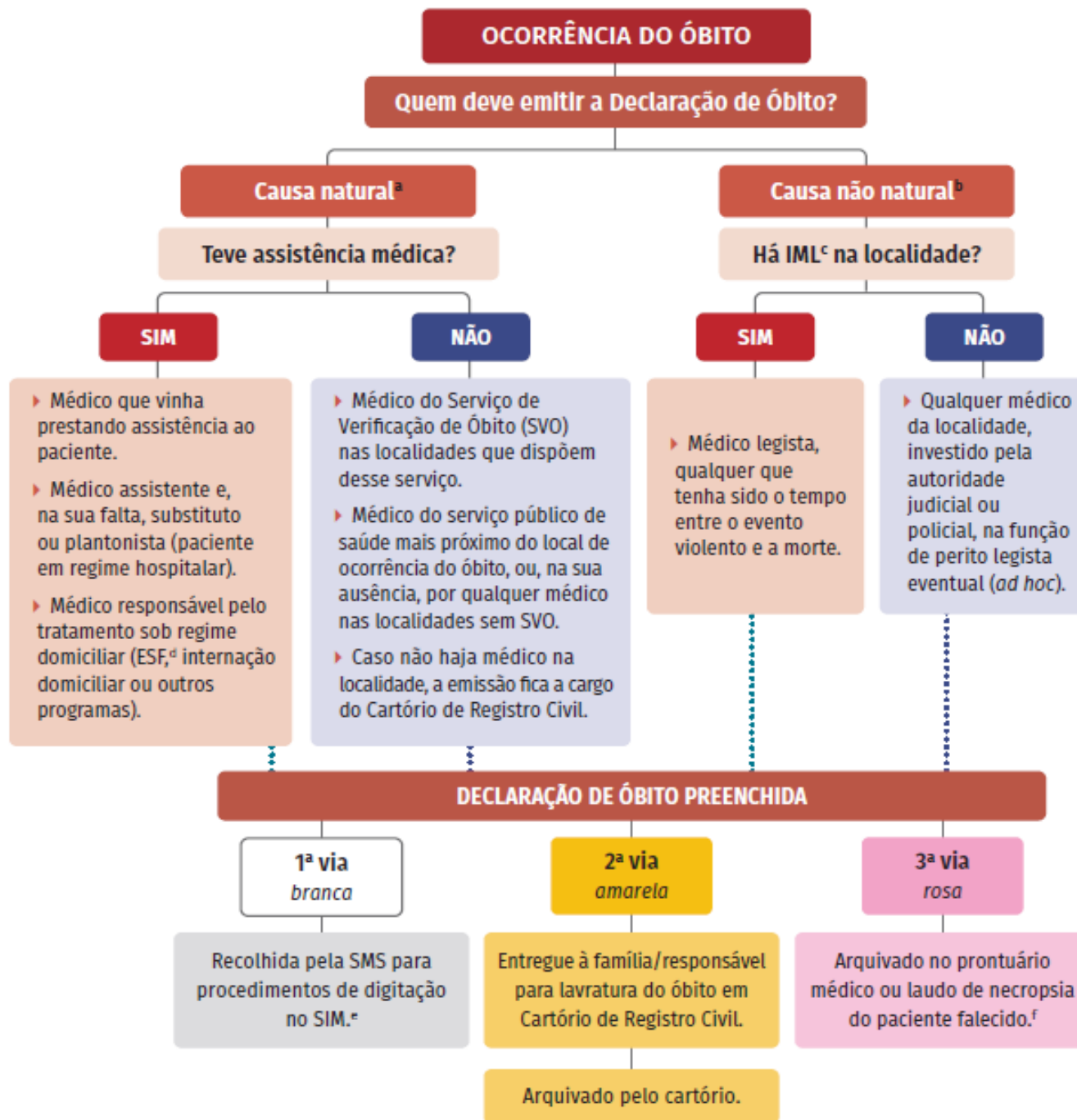
**GEC\***

**Médico do paciente ou substituto**

**Serviço de Verificação de Óbito (SVO)**

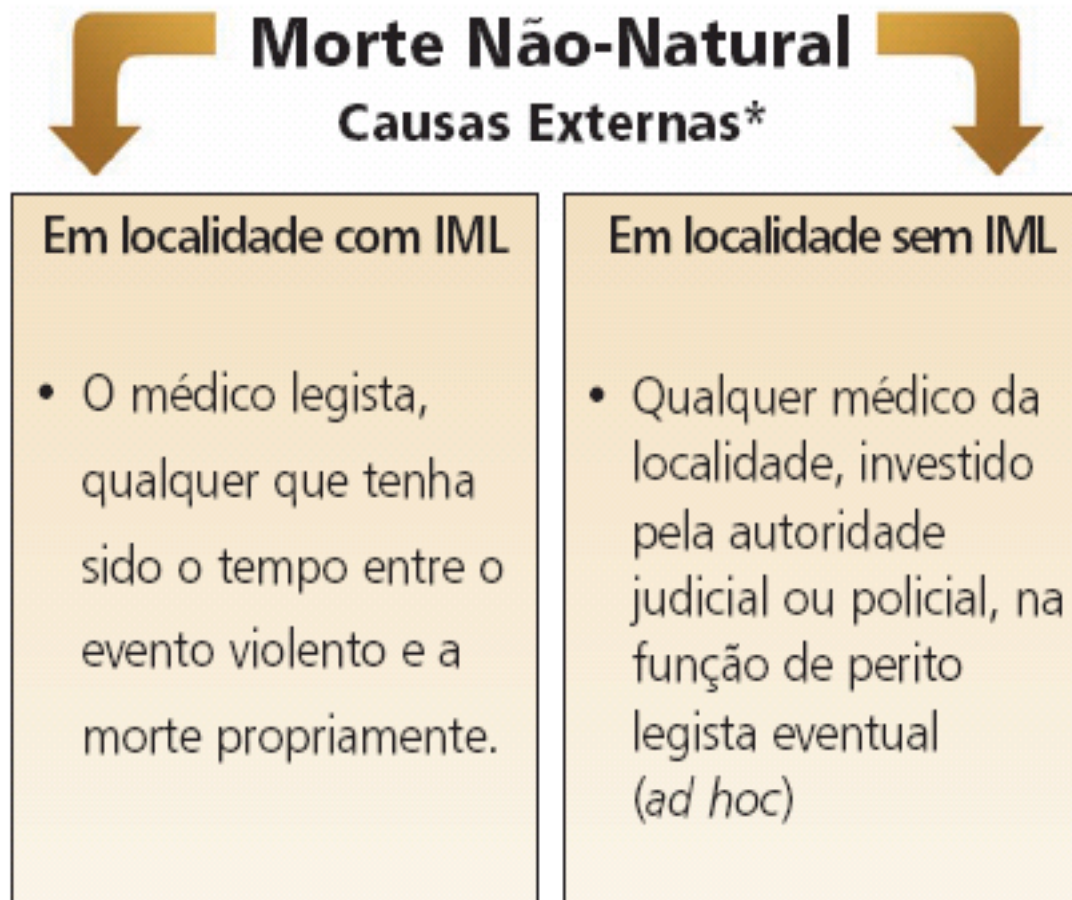
**Declaração de Óbito (DO)**







# 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 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade    3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)    Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)    4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)    5 <input type="checkbox"/> Superior completo	
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 <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

<b>V</b> Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>		<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>				
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		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 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b>		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>				Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a							
		b							
		c							
		d							
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.									
<b>PARTE II</b> 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 Óbito 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)

<b>48</b> Tipo	<input type="checkbox"/> 1 Acidente	<input type="checkbox"/> 3 Homicídio	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	<b>49</b> Acidente do trabalho	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	<b>50</b> Fonte da informação	<input type="checkbox"/> 1 Ocorrência Policial Nº _____	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	
	<input type="checkbox"/> 2 Suicídio	<input type="checkbox"/> 4 Outros			<input type="checkbox"/> 2 Não			<input type="checkbox"/> 2 Hospital	<input type="checkbox"/> 3 Família	<input type="checkbox"/> 4 Outra

<b>51</b> Descrição sumária do evento	<b>Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência</b>	
	<input type="checkbox"/> 1 Via pública	<input type="checkbox"/> 4 Estabelecimento comercial
	<input type="checkbox"/> 2 Endereço de residência	<input type="checkbox"/> 5 Outros
	<input type="checkbox"/> 3 Outro domicílio	<input type="checkbox"/> 9 Ignorada

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



# Guia de Encaminhamento 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: _____			
	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: ____ Anos ____ Meses ____ Dias ____ Horas ____ Minutos ____ Segundos Escolaridade (nível última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série <input type="checkbox"/> Ocupação Habitual (se aposentada, informar anterior) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo Filiação: Mãe: _____ Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____ CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____			
II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	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			
III MORTE MATERNA	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"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série <input type="checkbox"/> Ocupação Habitual (se aposentada, informar anterior) <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo			
IV ÓBITOS FETAIS SEM MENOS DE 1 ANO	Número de Filhos Vivos: _____ Nº semanas de gestação: _____ Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado Nascidos vivos: _____ Abortos: _____ Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <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 Peso ao Nascer: _____ Gramas      Número da Declaração Nascido Vivo: _____			
V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS	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			
	<b>Acidentes</b> <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 <input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____ <input type="checkbox"/> 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: _____			
	<b>Agressão por terceiros</b> <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Ugo 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 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	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: _____ _____			
VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS	Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____ _____ _____			
VIII	_____ _____ _____			

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 Fátima, 34 anos, estava internada no Instituto Doutor João Ribes (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 trabocou com um tator para dar partida e, como no terreno havia um pequeno declive.

A mulher, sem sair do caminhão e foi prensada entre a porta e o cabido 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?

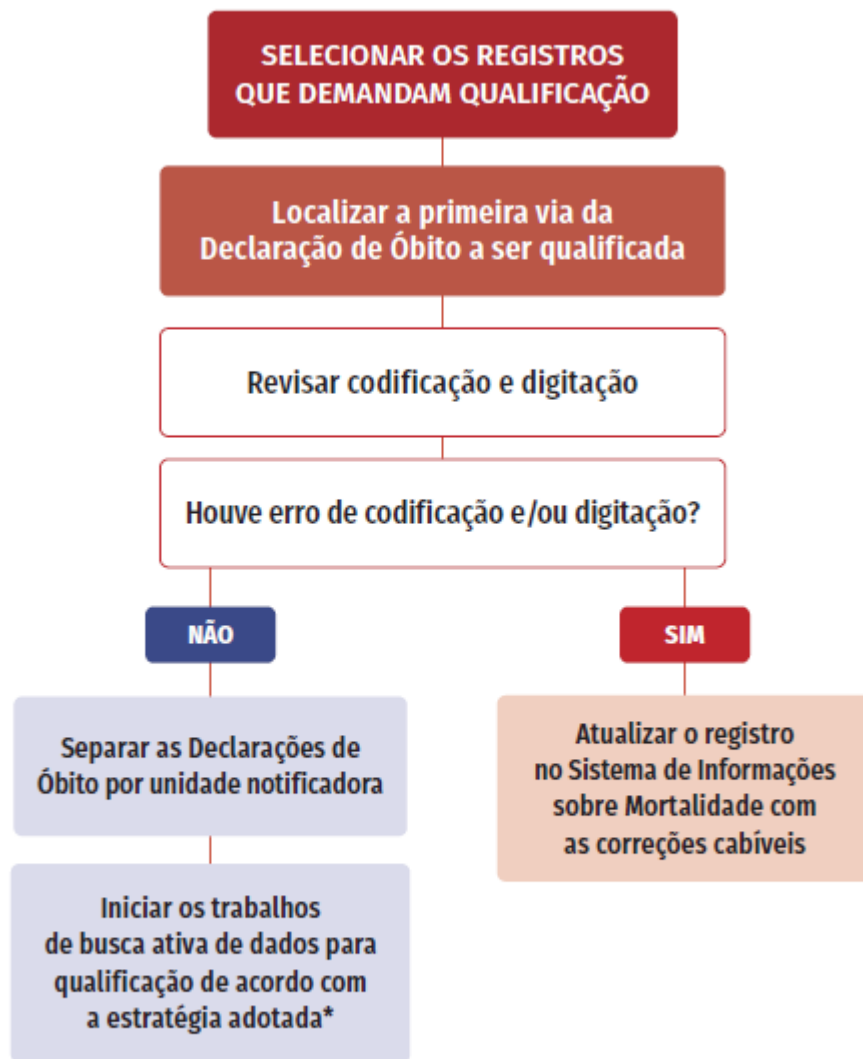
## CAUSA INESPECÍFICAS

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

 <b>TERMOS UTILIZADOS NA JUSTIÇA/SEGURANÇA PÚBLICA</b>	 <b>TERMOS UTILIZADOS NA ÁREA DA SAÚDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Acidente de trânsito</li> <li>▶ Homicídio culposo na direção de veículo automotor<sup>1</sup></li> <li>▶ Lesão corporal culposa seguida de morte na direção de veículo automotor*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Acidente de transporte</li> <li>▶ Acidente de trânsito</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Suicídio</li> <li>▶ Lesões autoprovocadas</li> <li>▶ Autoexterminio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Suicídio</li> <li>▶ Lesões autoprovocadas intencionalmente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Homicídio</li> <li>▶ Homicídio simples</li> <li>▶ Homicídio qualificado</li> <li>▶ Homicídio doloso</li> <li>▶ Feminicídio</li> <li>▶ Lesão corporal dolosa seguida de morte</li> <li>▶ Roubo ou extorsão seguidos de morte</li> <li>▶ Latrocínio</li> <li>▶ Maus-tratos seguidos de morte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Agressão</li> <li>▶ Homicídio</li> <li>▶ Outras síndromes de maus-tratos</li> </ul>
<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"> <li>▶ Intervenção legal</li> </ul>

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

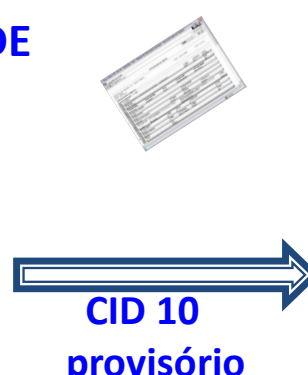


**FIGURA 14** Resumo do protocolo para qualificação dos registros de mortes por causas externas

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

# 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](mailto:cmartinez@saude.sp.gov.br)  
Fone: 11 3066-8912 e 3066-8793*