

Diário Oficial

Cidade de São Paulo

Nº 94 - DOM de 19/05/12 - p.33

SAÚDE GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1056/2012 –SMS.G

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a Portaria nº 116/2009 do Ministério da Saúde, que no seu Art. 5º estabelece que as Secretarias Municipais de Saúde têm, entre suas atribuições, a de desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação,
RESOLVE

Art. 1º - Implantar modelo atualizado da Guia de Encaminhamento de Cadáver - GEC (Anexo 1) para uso dos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo quando do encaminhamento de cadáver para realização de necropsias pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e/ou Instituto Médico Legal (IML).
A nova versão da GEC é composta de três (3) vias, sendo a 1ª (branca), a 2ª (amarela) e a 3ª (rosa) impressas em papel autocopiativo e terá sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS).

Art. 2º - Disciplinar o fluxo da GEC e orientar quanto ao seu correto preenchimento (Anexo 2).

§1º - A GEC deverá ser preenchida pelo estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito.

§2º - No caso de óbitos por causas naturais, a 1ª via (branca) deverá ser encaminhada ao SVO.

§3º - No caso de óbitos por causas externas (acidentes, violência, suicídio ou morte suspeita), cadáveres sem identificação e óbitos de detentos, a 1ª via (branca) deverá ser encaminhada ao IML.

§4º - A 2ª via (amarela) deverá ser arquivada no estabelecimento de saúde que a emitiu.

§5º - A 3ª via (rosa) deverá ser encaminhada à Delegacia de Polícia, onde será emitido o Boletim de Ocorrência e providenciada a remoção do cadáver.

Art. 3º - Os estabelecimentos de saúde localizados no município de São Paulo receberão a GEC em quantidade suficiente para suprir seu consumo anual. Havendo necessidade, o estabelecimento poderá solicitar lote adicional de guias ao PRO-AIM no Município de São Paulo, pelo e-mail proaim@prefeitura.sp.gov.br.

Art. 4º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Portaria nº 253-SMS. G, publicada no DOM de 27/02/2007.

ANEXO 1 Portaria nº 1056/2012 –SMS.G
NOVO MODELO DA GEC



I	RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO	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 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: ____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado		Escolaridade (junta série concluída) Nível		Ocupação Habitual (se aposentado/sem ocupação, informar anterior)	
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série			
Filiação: Mãe: _____		Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____					
CEP: _____		Distrito Adm./Bairro: _____		Cidade: _____		UF: _____	
III	TESTES DE VIDA DO FETUS	Óbito 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 <input type="checkbox"/>					
IV	INFORMAÇÕES DE MENORES DE 1 ANO	Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe					
		Idade (anos)		Escolaridade (junta série concluída) Nível		Ocupação Habitual (se aposentado/sem ocupação, informar anterior)	
		<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série	
Número de Filhos Todos Nascidos Vivos: _____		Perdas Totais Abortos: _____		Nº semanas de gestação		Tipo de Gravidez	
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado	
Morte em Relação ao Parto		Peso ao Nascer		Número da Declaração Nascimento Vivo			
<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Gramas		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
V	CAUSAS POR CAUSAS EXTERNAS	Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (auto agressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal					
		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					
		<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"/> Fogo/incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____							
Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado: _____ <input type="checkbox"/> Intoxic./Enven. Substância: _____							
<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____							
Agressão por Terceiros							
<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Astíaxia <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Outros 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 MÉDICO 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 Internamento: ____ 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): _____							
VII	PREENCHIMENTO NA CADÁVER HOSPITALAR	Clínico ou Cirúrgico: _____					
		Retirada do Corpo Estranho (se retir, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____					
Causa(s) possível do Óbito: _____							
VIII	MÉDICO RESPONSÁVEL	_____				Data: ____/____/____	
		<i>Cadaver e Assessoria</i>					

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Quanto ao preenchimento:

• A GEC é composta por oito (8) tipos distintos de informação (blocos) advindos da Declaração de Óbito (DO), além de informações sobre a história clínica e o atendimento prestado.

O legista e/ou patologista utilizará esses dados para o preenchimento da DO no (IML) ou (SVO).

• É de responsabilidade do médico, que assina a Guia, toda e qualquer informação nela constante, inclusive a garantia de seu completo preenchimento.

• Campo “Cadáver destinado ao”: assinalar um “x” na quadrícula correspondente ao SVO, em caso de óbito por Causa natural, ou IML, se o óbito for por Causa externa ou morte suspeita.

BLOCO I - Responsável pelo encaminhamento:

• Campo Natureza do óbito: assinalar a opção Morte natural ou Causa externa

• Campo Data do óbito: anotar a data do óbito

• Campo Hora: anotar a hora aproximada do óbito.

• Campo Nome do Hospital/PS: anotar o nome completo do estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito.

• Campo CNES: anotar o número do estabelecimento de saúde no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

• Campo Endereço: anotar o endereço completo do estabelecimento de saúde.

• Campo Fone: anotar os telefones de contato do estabelecimento de saúde onde o responsável pelo preenchimento atua.

• Campo Distrito Administrativo/Bairro: anotar o distrito administrativo e o bairro onde se localiza o estabelecimento de saúde.

BLOCO II - Identificação do cadáver

• Campo Óbito: assinalar a opção Fetal (Natimorto) ou Não fetal.

• Campo Nº Registro: anotar o número de registro/cadastro do usuário utilizado no próprio estabelecimento (número de prontuário, ficha de atendimento, número de matrícula, etc.).

• Campo RG: anotar o número do RG do (a) falecido (a), caso disponível.

• Campo Data Nascimento: anotar a data de nascimento do (a) falecido (a)

• Campo Idade: anotar a idade do falecido (a) em anos (se maior que 1 ano de vida); em meses (se menor que 1 ano de vida e maior que 1 mês); em dias (se maior que 1 dia e menor que 1 mês); em horas (se maior que 1 hora e menor que 1 dia de vida), ou em minutos (se menor que 1 hora de vida). Assinalar as quadrículas correspondentes às unidades de medida (anos, meses, dias, horas, minutos). Se a informação for ignorada, assinalar a opção “ignorado”.

• Campo Escolaridade (última série concluída): assinalar a opção correspondente ao nível de estudo que o (a) falecido (a) cursou e anotar a última série concluída.

• Campo Ocupação Habitual: informar o tipo de trabalho desenvolvido na maior parte da vida produtiva. Não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, ajudante geral, funcionário público ou aposentado. Anotar estudante, se o (a) falecido (a) apenas estivesse estudando e não estivesse exercendo nenhuma atividade remunerada. Preencher dona de casa se apenas exercer atividade não remunerada para a própria família. Não utilizar o termo “doméstica”.

• Campo Filiação: anotar o nome da mãe do (a) falecido (a).

• Campo Endereço residencial: anotar o tipo e nome do logradouro (rua, avenida, praça) da residência do (a) falecido (a). No caso de óbitos em casas de repouso, deve-se registrar, se disponível, o endereço de residência anterior e não o da casa de repouso.

• Campo Nº: anotar o número da residência.

• Campo Complemento: anotar o complemento (apartamento, bloco, casa, etc.)

• Campo CEP: anotar o número do Código de Endereçamento Postal (CEP) da residência do (a) falecido (a).

• Campo Distrito Adm./Bairro: anotar o nome do distrito administrativo ou do bairro de residência.

• Campo Cidade: anotar o nome da cidade de residência do (a) falecido (a).

• Campo UF: anotar o nome da Unidade Federativa de residência do (a) falecido (a).

BLOCO III - Óbito de mulher em idade fértil

Este bloco se destina à coleta de informações sobre óbitos de mulheres em idade fértil.

Assinalar a opção correspondente ao momento em que ocorreu a morte de mulheres de 10 a 49 anos de idade.

BLOCO IV - Óbitos fetais e em menores de 1 ano Este bloco se destina à coleta de informações sobre a mãe

do falecido, nos casos de óbito fetal ou em menor de 1 ano de vida. Esses dados são importantes para estudos sobre a mortalidade neonatal e infantil, fatores de risco envolvidos e comparação com a base de dados de Nascidos Vivos.

• Campo Idade: anotar a idade da mãe em anos.

• Campo Escolaridade (última série concluída): assinalar a opção correspondente ao nível de estudo que a mãe cursou e anotar a última série concluída.

• Campo Ocupação: vide instrução relativa a este item no Bloco II acima.

- Campo Nº de filhos tidos: anotar, nas caselas correspondentes, o nº de nascidos vivos e o de perdas fetais ou abortos tidos pela mãe. Não incluir na contagem o falecido, nascido vivo ou morto, a que se refere a Guia atual.
- Campo Nº de semanas da gestação: anotar a duração da gestação da mãe em semanas.
- Campo Tipo de gravidez: anotar se a gravidez foi única, dupla, tripla e mais ou ignorada.
- Campo Tipo de parto: anotar se o parto foi vaginal, cesáreo ou ignorado.
- Campo Morte em relação ao parto: anotar se o óbito ocorreu antes, durante, após o parto ou ignorado.
- Campo Peso ao nascer: anotar o peso ao nascer em gramas.
- Campo Nº Declaração Nascido Vivo: anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (DN).

BLOCO V - Óbitos por causas externas

Este bloco se destina à coleta de informações sobre as “circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal”.

- Campo Tipo: assinalar uma das opções possíveis: Acidente, Suicídio (autoagressão), Agressão por terceiros, Evento de intenção indeterminada e Intervenção legal.

Seção Acidentes

- Acidente de trânsito (Informações sobre a vítima): em caso de acidente de trânsito assinalar esta opção e informar a condição da vítima entre as opções pedestre, condutor, passageiro ou ignorado. Se a vítima estava em um veículo, assinalar entre as opções bicicleta, motocicleta, automóvel, ônibus, outro veículo (registrar) ou veículo ignorado.
- Queda: em caso de acidente por queda, assinalar esta opção e informar o tipo de queda entre as opções laje, andaime, mesmo nível e outro tipo (registrar).

Nesta mesma seção informar se a causa do óbito foi outro tipo de acidente, assinalando entre as opções afogamento, fogo/incêndio, intoxicação, choque elétrico, outro tipo de acidente (especificar).

Seção suicídio

Assinalar, sempre que possível, a opção entre intoxicação/envenenamento (informar a substância), enforcamento, precipitação de lugar elevado, arma de fogo e outro instrumento (especificar).

Seção agressão por terceiros

Informar o instrumento ou meio utilizado: arma de fogo, arma branca, asfixia, uso de força corporal, outros meios (especificar).

- Campo Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão:

informar o local onde ocorreu o acidente ou violência e não o local de ocorrência do óbito, assinalando entre via pública, domicílio, trabalho, outro (registrar) e ignorado.

- Campo Acidente de trabalho: informar se o óbito se enquadra ou não como acidente de trabalho, ou se é ignorado.

BLOCO VI - Informações do serviço médico

Este bloco se destina à coleta de informações sobre as condições clínicas do paciente durante o atendimento no serviço médico.

- Campo Condição do Paciente/Falecido: Assinalar entre as opções: chegou sem vida ao serviço, faleceu ao receber os primeiros socorros, faleceu durante a internação (registrar o número de dias de internação), natimorto (óbito fetal) ou criança cujo nascimento e óbito ocorreram no hospital antes da alta.
- Campo Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao hospital: Informar a condição clínica do paciente à entrada e descrever as lesões observadas.
- Campo Síntese da história clínica e exames complementares de relevância (com cronologia): Informar os principais dados de história e exames complementares, em ordem cronológica, de modo a subsidiar o exame necroscópico.

BLOCO VII - Atendimento realizado no Hospital/OS

- Campo Clínico ou cirúrgico: registrar os procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos realizados durante a internação e os resultados encontrados.
- Campo Retirada de corpo estranho: assinalar entre as opções não e sim. Registrar o tipo de corpo estranho e enviar ao IML.
- Campo Causa possível do óbito: registrar a causa presumida da morte, levando em consideração as informações clínicas.

BLOCO VIII - Médico responsável

Carimbo e a assinatura do médico responsável e a data de preenchimento.

Algumas definições e conceitos:

MORTES POR CAUSAS NATURAIS

É aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

1. Sem assistência médica durante a progressão da doença (encaminhar o cadáver ao SVO).

2. Com assistência médica durante a progressão da doença (não necessariamente no momento do óbito):

a. Causa conhecida - a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

I. Pacientes em hospital no momento da morte - a DO deverá ser fornecida pelo médico que vinha prestando assistência

ou, na sua falta, pelo médico plantonista substituto pertencente à unidade hospitalar;

II. Pacientes em regime ambulatorial - a DO deverá ser fornecida pelo médico da instituição em que vinha fazendo o tratamento ou, na impossibilidade, pelo SVO;

III. Pacientes em regime domiciliar (Estratégia Saúde da Família, home care e outros) - a DO deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente é cadastrado ou, na impossibilidade, pelo SVO.

b. Causa mal definida - encaminhar o cadáver ao SVO.

MORTES POR CAUSAS EXTERNAS

Óbito por causa externa (ou não natural) é aquele que decorre de lesão provocada por violência, incluindo as sequelas e complicações (homicídios, suicídios, quedas, acidentes – acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, bronco aspirações, afogamentos, queimaduras, eletrocussão e eventos de intenção ignorada), independentemente do tempo decorrido entre o evento e a morte.

Encaminhar o cadáver ao IML (Resolução do Conselho Federal de Medicina 1779/2005).

ÓBITO FETAL

A Organização Mundial da Saúde considera “óbito fetal” a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito “o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária” (CID 10). Em caso de óbito fetal, a DO deverá ser emitida se a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas ou estatura igual ou superior a 25 cm.

NASCIDO VIVO

“Nascimento Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é um nascido vivo” (CID 10).