



Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

PARECER COREN-SP nº 001/2017

Processo nº 4736/2015

Ementa: Constatação de óbito evidente pelo Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

1. Do fato

Solicitado parecer sobre a possibilidade de ser constatado óbito evidente pelo Enfermeiro, na ausência do médico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

2. Da fundamentação e análise

O crescente avanço do conhecimento e das tecnologias associado ao desenvolvimento dos sistemas em saúde, têm demonstrado impacto positivo sobre os resultados de saúde, ao mesmo tempo em que levam ao surgimento de novos paradigmas. Para responder a essas novas demandas e garantir a segurança no desenvolvimento da sociedade, é necessário analisar cada novo cenário de forma interdisciplinar e em temas de caráter técnico, político e de regulamentos que ordenam o cuidado em saúde (KOVÁCS, 2008; SANTOS, 1997).

As questões de vida e morte, principalmente o estabelecimento da morte como conceito médico-ético e jurídico, são alguns dos paradigmas que precisam ser enfrentados, principalmente sob a ótica do desenvolvimento dos sistemas de saúde, da nova conformação do atendimento de urgência, (que está cada vez mais disponível e próximo dos pacientes), e das modernas técnicas de ressuscitação cardiopulmonar que se baseiam em evidências científicas fortes e contam com ampla divulgação mundial (SANTOS, 1997; LAVONAS et al., 2015; MANCINI et al., 2015).

Sobre o conceito de morte e seus fenômenos

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde, óbito é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação. No Brasil, o profissional médico detém a prerrogativa legal para constatar e atestar o óbito, ainda assim, a morte não é um fato instantâneo e sim uma sequência de fenômenos que, por meio da semiologia e instrumentos tecnológicos, podem ser precocemente detectados (BRASIL, 2009).

No que tange ao estabelecimento do momento da morte, os conhecimentos oriundos da tanatologia (ciência que estuda a morte e os fenômenos a ela relacionados) demonstram que há fenômenos intermediários, concorrentes ou sucessivos, no processo de morte, são eles: 1. Sinais abióticos imediatos ou precoces; 2. Sinais abióticos mediatos ou consecutivos e; 3. Fenômenos tardios ou transformativos (SANTOS,1997).

Os sinais abióticos imediatos ou precoces são aqueles que, segundo diretrizes assistenciais internacionais caracterizam a parada cardiorrespiratória e a indicação para a realização de ressuscitação cardiopulmonar (SANTOS,1997; LINK et al., 2015):

- perda da consciência;
- abolição do tônus muscular com imobilidade;
- cessação da respiração; e
- cessação dos batimentos cardíacos.

Os sinais abióticos mediatos ou consecutivos se instalam algum tempo depois e se constituem na tríade “*livor, rigor e algor*”, ou seja, alterações de coloração, rigidez e de temperatura, que são considerados como indicativos de certeza da morte (SANTOS,1997). São eles:

- Desidratação, decorrente da evaporação tegumentar;
- Resfriamento, decorrente da tendência do corpo em equilibrar sua temperatura com o meio ambiente;
- Deposição de sangue por força da gravidade nas partes do corpo que se encontram em posição de declive, caracterizando a hipóstase que se inicia 20 a 30 minutos depois da morte, atingindo o ápice entre 12 e 15h;
- Rigidez cadavérica ou *rigor mortis* decorrente de um fenômeno físico-químico que resulta em um estado de contratura muscular cujo tempo de instalação é variável, podendo aparecer a partir de no mínimo 30 minutos na seguinte ordem: músculos

mandibulares, do pescoço, do tórax, dos membros superiores, do abdome e dos membros inferiores.

Os fenômenos transformativos são alterações somáticas tardias, intensas e claramente incompatíveis com a vida, que podem ser de duas ordens: destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e conservadores (mumificação, saponificação e calcificação). São, portanto, também sinais de certeza da realidade de morte (SANTOS,1997).

Sob a ótica que correlaciona a morte à presença de sinais, as diretrizes assistenciais publicadas pelo Ministério da Saúde para a assistência pré-hospitalar definem morte óbvia ou evidente (BRASIL, 2016) como:

PROTOCOLOS ESPECIAIS – PE27 – IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO POR EQUIPES DO SAMU 192

[...]

Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica, tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.

- Rigor mortis ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
- Livor mortis ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas.

(BRASIL, 2016, grifo nosso)

Sobre as diretrizes técnico-assistenciais frente à morte óbvia ou evidente

O reconhecimento dos sinais e/ou fenômenos que ocorrem no processo de morte pode auxiliar na tomada de decisão sobre a constatação da morte ou a realização de procedimentos de ressuscitação por parte de profissionais que atuam no sistema de atendimento de urgência e emergência (SANTOS,1997; LAVONAS et al.,2015; MANCINI et al., 2015).

Sobre esse tema a *American Heart Association (AHA)*, afirma que, embora em regra geral a diretriz assistencial internacional para uma vítima em parada cardiorrespiratória seja a realização de ressuscitação cardiopulmonar, há situações que se caracterizam como critérios de NÃO-realização do procedimento como por exemplo, situações onde há parada cardiorrespiratória associada a presença de sinais óbvios de morte irreversível como rigor, livor, decapitação, transecção do tronco e decomposição. (LAVONAS et al.,2015)

Especialmente no âmbito da assistência pré-hospitalar ao paciente traumatizado, as diretrizes internacionais preconizadas pela *National Association of Emergency Medical Technicians*, ratificam as diretrizes da *AHA*, ao afirmar que os esforços de ressuscitação

cardiopulmonar não são indicados quando o paciente apresenta lesão obviamente fatal (por exemplo, decapitação) ou quando há evidências de lividez/livor, rigor *mortis* e decomposição (NAEMT, 2017; LAVONAS et al., 2015).

Sobre esse tema e, pautado nas diretrizes internacionais citadas acima, os protocolos para a assistência pré-hospitalar, publicados pelo Ministério da Saúde, tratam sobre a “decisão de não-ressuscitação”. Tais protocolos definem que, dentre os critérios de inclusão para a decisão de “não-ressuscitação”, estão os sinais de morte evidente, (rigidez cadavérica, livor de hipóstase, decapitação, carbonização e segmentação de tronco). Além de orientar a decisão de não-ressuscitação, os protocolos nacionais evidenciam que, frente a essas situações, tanto as equipes de suporte básico quanto avançado devem imediatamente se reportar ao médico regulador. O acionamento do médico regulador se pauta nos regramentos legais, éticos e de organização do sistema de atenção às urgências pré-hospitalares de nosso país (BRASIL, 2016).

Sobre a Central de Regulação das Urgências, o uso da telemedicina e o Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

No Brasil, todo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel público ou privado deve estar vinculado a uma Central de Regulação e ser regulado por um Médico Regulador ininterruptamente, nas 24h (BRASIL, 2002).

Dentre as atribuições da Regulação Médica destacam-se:

[...]

- **Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado** (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem).

[...]

- Reconhecer que, como **a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;**

[...]- **Registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como frequentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos** e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- Saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção.

[...] (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Para a estruturação e operacionalização de tais atribuições, a Portaria 2.657, de 16 de dezembro de 2004, determina que a sala de regulação médica na Central do SAMU 192, possua sistema de comunicação direta com as equipes de intervenção com gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, o que permite inclusive, o monitoramento do deslocamento das equipes e a recepção do relato do caso, para a tomada de decisão (BRASIL, 2004).

Reconhecendo o constante desenvolvimento de novas técnicas de comunicação, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.643/2002, disciplinou a prestação de serviços através da Telemedicina ressaltando dentre outros, dois aspectos de relevância para a presente discussão:

[...]

...o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da Telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente.

[...]

...o médico que exerce a Medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe e só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, grifo nosso).

Sobre esse tema, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução COFEN 487/2015 estabeleceu que:

[...]

Artigo 1º. É vedado aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (*short message service*), correio eletrônico, redes sociais de internet ou quaisquer outros meios onde não conste o carimbo e assinatura do médico.

Artigo 2º. **Fazem exceção ao artigo anterior as seguintes situações de urgência e emergência:**

I – **Prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).**

[...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015, grifo nosso).

Sobre o papel do Enfermeiro frente à morte óbvia ou evidente

O amparo ao exercício da Enfermagem é dado pela Lei 7.498/1986 (regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987) e esta descreve que, dentre as atividades privativas do enfermeiro, está a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). O instrumento orientador

deste cuidado é o Processo de Enfermagem, que encontra na sistematização da assistência, as ferramentas necessárias para um cuidado seguro em qualquer cenário de aplicação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

No ambiente pré-hospitalar, compreende-se que o exame físico realizado pelo enfermeiro é a ferramenta integrante da sistematização da assistência que permitirá a identificação dos sinais de morte óbvia ou evidente, seja a partir da busca sistematizada de dados objetivos com a aplicação das técnicas propedêuticas indicadas (inspeção, percussão, ausculta e/ou palpação) ou por aplicação de instrumentos adicionais próprios disponíveis. Assim, a partir da identificação dos sinais, o enfermeiro deve realizar descrição detalhada de tais achados ao médico regulador.

3. Conclusão

Face ao exposto, cabe ao profissional Enfermeiro à identificação de sinais de morte óbvia ou evidente, (detectados a partir da realização do exame físico) e a descrição destes sinais ao médico regulador, de forma rigorosamente detalhada, utilizando-se para isso de rádio ou telefonia gravada. A partir das informações recebidas, o médico regulador fará uso de suas prerrogativas na tomada de decisão sobre os procedimentos e/ou a constatação do óbito.

Ressalte-se a responsabilidade do Enfermeiro quanto ao registro na ficha de todos os achados do exame físico de forma meticulosa, bem como, da identificação do médico regulador (nome e CRM) e as decisões pactuadas com este profissional sobre procedimentos e orientações para a equipe e familiares, se houver.

Considerando que, para além de ordenar o funcionamento da assistência pré-hospitalar ofertada pelo SAMU, o modelo pré-hospitalar instituído ordena as atividades dos serviços privados que atuam na área, o presente parecer se aplica aos serviços públicos e privados de APH e seus profissionais.

É o parecer.

Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm. Acesso em: 04/fevereiro/2017.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 04/fevereiro/2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28/01/2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2657 de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html. Acesso em: 28/01/2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1010 de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html Acesso em: 28/01/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Suporte Avançado de vida. 2 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/declaracaoobito.pdf>. Acesso em: 28/01/2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 28/01/2017.

_____. Resolução nº 487 de 25 de agosto de 2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html. Acesso em: 28/01/2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.643, de 26 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643_. Acesso em: 28/01/2017.

KOVÁCS MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia* 18(41), 457-468, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>. Acesso em: 28/01/2017.

LAVONAS EJ, et al. Part 10: special circumstances of resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132 (suppl 2):S501–S518. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S501. Acesso em: 04/ fevereiro/2017.

LINK MS, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132:S444-S464. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S444. Acesso em: 04/fevereiro/2017.

MANCINI ME, et al. Part 3: ethical issues: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*.

2015;132(suppl2):S383–S396.Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S383. Acesso em: 04/fevereiro/2017.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado. PHTLS. 8ª. edição. Rio de Janeiro. Elsevier: 2017.

SANTOS MCCL. Conceito médico-forense de morte. RFDUSP, v. 92, 341-380, 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67369/69979>. Acesso em: 28/01/2017.

São Paulo, 22 de novembro de 2017.

Câmara Técnica de Atenção à Saúde

Relatores: Membros do Grupo de Trabalho Urgência e Emergência no Atendimento Pré-Hospitalar (GT UEPH)

Profa. Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio, COREN SP 43793.

Dr. Sergio Dias Martuchi, COREN SP 67.401.

Dr. Eduardo Fernando de Souza, COREN SP 180.775.

Dr. Carlos Eduardo de Paula, COREN SP 171.921.

Dra. Egle Fernanda da Silva Matos, COREN SP 141.588.

Dr. Matheus de Sousa Arci, COREN SP 110.867.

Dra. Adriana Giorgeti Veiga, COREN SP 71624.

Revisor Dr. Alessandro Lopes Andrighetto, COREN-SP 73.104.

Aprovado em 29 de novembro de 2017 na 86ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 215ª Reunião Plenária Ordinária.