



Florianópolis, na data da assinatura digital.

NOTA TÉCNICA SUE/SES Nº 006, OUTUBRO DE 2024

ASSUNTO: Atendimentos de Paradas Cardiorrespiratórias e Constatação de Óbitos pelo SAMU de Santa Catarina

- **CONSIDERANDO QUE** o SAMU é um Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências, acolhendo todas as ligações telefônicas que ser caracterizem como uma situação de saúde, porem enviando viaturas somente em casos de maior gravidade ou urgência;
- **CONSIDERANDO QUE** as Centrais de Regulação Médica das Urgências do SAMU (**CRUs**) são, antes de mais nada, *centrais de ajuda médica por telefone*;
- **CONSIDERANDO QUE** o SAMU é um serviço de saúde, integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências, e, portanto, não é um serviço de constatação de óbitos;
- **CONSIDERANDO QUE** várias vezes a ligação para o SAMU 192 é realizada por um *solicitante* que não conhece o *paciente*;
- **CONSIDERANDO QUE** o Médico Regulador das Urgências (**MRU**) invariavelmente, durante a ligação (única) com o solicitante, não consegue extrair informações claras e precisas sobre a condição clínica do paciente;
- **CONSIDERANDO QUE** o Médico Regulador das Urgências (**MRU**) não tem acesso ao prontuário ambulatorial e hospitalar do paciente;
- **CONSIDERANDO QUE** o Médico Regulador das Urgências (**MRU**) não tem acesso, no momento da ligação, a documentos que comprovem as diretivas antecipadas de vontade do paciente;
- **CONSIDERANDO QUE** o a manifestação de *alguns membros* da família do paciente muitas vezes não refletem à vontade ou desejo de todos os familiares diretos;
- **CONSIDERANDO QUE**, quando as **CRUs** do SAMU recebem uma ligação solicitando ajuda e atendimento a uma possível Parada Cárdio Respiratória (**PCR**), as informações coletadas são subjetivas;



• **CONSIDERANDO QUE**, quando as **CRUs** do SAMU recebem uma ligação solicitando ajuda e atendimento a uma possível Parada Cárdio Respiratória (**PCR**), o solicitante geralmente está pedindo ajuda, e não apenas orientações de como proceder em uma situação de provável óbito ou apenas para constatar o óbito;

• **CONSIDERANDO QUE** o **MRU** muitas vezes também não consegue definir, no momento da ligação inicial, se a(s) vitimas(s) apresenta(m) sinais claros de morte obvia;

• **CONSIDERANDO** o conceito de morte clínica, que é definida quando ocorre inconsciência, ausência de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos eficientes, porém com viabilidade cerebral e biológica;

• **CONSIDERANDO QUE** uma **PCR** (morte clínica) é uma situação que pode ser reversível e deve ser encarada desta forma pela **CRU**;

• **CONSIDERANDO a necessidade de realizar os Procedimentos de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em vítimas em PCR;**

• **CONSIDERANDO QUE** no APH não existe óbito, em sim PCR (com exceção dos casos de morte obvia);

• **CONSIDERANDO** pareceres do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de enfermagem, que não recomendam a constatação de óbitos por leigos ou profissionais não oriundos da área da saúde, mesmo com sinais claros de morte: *“Como exposto, atestar o óbito é prerrogativa médica, o leigo poderá apenas suspeitar, faz-se necessária a avaliação médica. Não recomendamos, por mais evidente que possa parecer, transferir este diagnóstico a um profissional não médico ou pessoa leiga.”*;

• **CONSIDERANDO** a **Autoridade Sanitária** atribuída ao Médico Regulador da Urgências (**MRU**) do **SAMU 192**;

• **CONSIDERANDO** o que está escrito em Portarias do Ministério da Saúde, em Portaria Estadual, no Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde, no Manual de Condutas e Procedimentos Operacionais do SAMU de Santa Catarina, em Resoluções do Conselho Federal de Medicina (**CFM**), em Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (**COFEN**), nos Protocolos de Suporte Avançado de Vida do SAMU 192 do Ministério da Saúde e na Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), transcritas abaixo:



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
GERÊNCIA TÉCNICA

⇒ A Portaria **2.048** do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2022 (replicado na Política Nacional de Atenção às Urgências), em seu texto diz:

CAPÍTULO II

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

3 – Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluindo as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir **os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS**, conforme os termos deste Regulamento.

⇒ A Portaria **1.559** do Ministério da Saúde, de 01 de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS., em seu artigo 2º, item III diz:

*III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, **exercendo autoridade sanitária** para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.*

⇒ A Portaria **313**, do Estado de Santa Catarina, de 28 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial (SC), em seu texto diz:

“Considerando que no Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde, Volume 8 da Série Pacto pela Saúde de 2006, compete ao gestor público em saúde a delegação da função de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos de acesso e clínicos.”

RESOLVE:

“ART. 1º - Atribuir ao Médico Regulador a competência de **Autoridade Sanitária, como representante do poder público, para atuar, no âmbito da regulação do acesso à assistência em saúde, em ações que impliquem diretamente no controle de serviços para conservação da saúde pública ou individual.”**

⇒ O Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde, em seu texto diz:

Em algumas localidades onde não existe Serviço de Verificação de Óbito (SVO), pode acontecer, com relativa frequência, que familiares, conscientes da dificuldade para obter o Atestado de Óbito, recorram ao SAMU, prestando informações distorcidas, a fim de que a equipe de suporte avançado vá ao local e, assim, o médico forneça o atestado. Se isso ocorrer, o fato deve ser discutido no Comitê Gestor de Urgências (observação: atualmente a RUE) e alternativas devem ser buscadas, para evitar esse tipo de ocorrência.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
GERÊNCIA TÉCNICA

⇒ O Manual de Condutas e Procedimentos Operacionais do **SAMU** (de Santa Catarina), aprovada na deliberação 176/CIB/2021, tem a seguinte escrita:

I - A atestação do óbito é uma prerrogativa do médico.

II - Do exercício profissional de identificação de óbito por profissionais de enfermagem como membro de equipe pré-hospitalar móvel: identificar os sinais de morte óbvia, a partir da realização da avaliação inicial ou exame físico e descrevê-los para a central de regulação das urgências, utilizando rádio ou telefone gravado.

III - Da constatação de óbito no SAMU: é atividade privativa do médico intervencionista.

IV - O óbito só pode ser constatado por profissional médico, salvo nos casos em que há sinais evidentes de morte: carbonização, estado de decomposição (putrefação), decapitação, segmentação de tronco, presença de rigor mortis (rigidez cadavérica-endurecimento dos músculos do cadáver e impossibilidade de mexê-los ou manipulá-los), livor mortis (mudança de coloração que surge na pele dos cadáveres, decorrente do depósito do sangue estagnado) e algor mortis (esfriamento do cadáver).

*V - A USB, quando identificar **algum dos sinais de morte evidente**, deverá informar ao médico regulador e seguir orientações, como também o médico regulador deverá enviar uma **USA** para constatação do óbito imediatamente. Após chegada da USA, a USB pode ser liberada do local. **VI - Se não houver sinais de morte evidente a equipe da USB deve iniciar protocolo de ressuscitação e pedir apoio de USA;** o óbito só poderá ser constatado após a chegada da USA e avaliação médica.*

VII - Atentar para a segurança da cena diante da constatação do óbito, caso não seja seguro para a equipe, reportar a CRU para orientação sobre como proceder.

VIII - Se tratar-se ou suspeitar de possível morte violenta ou criminoso, informar o médico regulador e seguir orientações deste. Alterar o mínimo possível o cenário local. Se houver sinais de morte evidente não mexer na vítima, nestes casos seguir orientação do item 3.19 deste manual.

3.13.2 - Óbito em Domicílio:

*a. Avisar **CRU** e informar condições da vítima, se há sinais ou suspeita de morte violenta, ou morte natural, para acionar os serviços competentes.*

b. Em caso de morte violenta aguardar chegada de órgão competente para assumir os procedimentos legais.

3.13.2.1 *Em caso de morte natural, orientar os familiares sobre os possíveis procedimentos a serem adotados:*

a. Solicitar atestado de óbito para o médico assistente do paciente – se houver, ou da unidade de saúde; Ou encaminhar o paciente para porta de emergência do SUS – onde o médico local tem obrigação de preencher a Declaração de Óbito.

b. Acionar funerária (de escolha da família) para os devidos encaminhamentos (SVO).

c. Deixar um registro do atendimento com serviço ou agente competente, ou familiar, ou para onde encaminhar o paciente.

3.13.3 Óbito Dentro da Viatura:

3.13.3.1 *Se paciente proveniente de instituição de saúde, informar a CRU, para que esta avise a instituição de origem:*

Parágrafo único: Retornar com o paciente para a instituição de saúde onde este estava.

3.13.3.2 *Se paciente estava em casa e foi a óbito durante transporte para hospital, informar a CRU e aguardar definição desta sobre destino do paciente:*

Parágrafo único: Não retornar com o paciente para o domicílio, CRU deve fazer contatos com instituições de porta de emergência SUS para encaminhamento do paciente em óbito.

3.13.3.3 *Em todas as situações preencher ficha de atendimento em duas vias, informando com detalhes todas as etapas do atendimento, procedimentos e condutas, e encaminhamentos adotados sobre guarda / destino do corpo ou cadáver.*



⇒ O **Regimento Institucional do SAMU SC** não faz nenhuma menção ao tema;

⇒ A Resolução do Conselho Federal de Medicina (**CFM**) nº 2.319/16, que altera o artigo 23 da resolução CFM nº 2.110/14, diz o seguinte:

Art. 1º O artigo 23 da Resolução CFM nº 2.110/14 passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 23. O médico intervencionista, quando envolvido em atendimento que resulte em óbito de suposta causa violenta ou não natural (homicídio, acidente, suicídio, morte suspeita), **deverá obrigatoriamente constatar-lo, mas não atestá-lo.** Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal.

Parágrafo único:

Em caso de atendimento a paciente que resulte em morte natural (com ou sem assistência médica) ou óbito fetal em que estiver envolvido, o médico intervencionista deverá observar o disposto na Resolução CFM nº 1.779/05 em relação ao fornecimento da declaração de óbito.

⇒ A Resolução do Conselho Federal de Medicina (**CFM**) nº 1.779/05, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito, diz o seguinte:

É vedado ao médico:

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

⇒ A Resolução do Conselho Federal de Medicina (**CFM**) nº 1.805/06, que em seu texto inicial tem a seguinte escrita: “Ementa: Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal”, em seu corpo apresenta a seguinte escrita:

Art. 1º: É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. § 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário. § 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
GERÊNCIA TÉCNICA

Art. 2º: O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar.

Parágrafo único: A decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica ao representante legal do doente.

⇒ A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 653/20, que normatiza a prerrogativa de identificação de morte óbvia por profissionais de Enfermagem em serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel, diz o seguinte:

Art. 1º Cabe ao profissional de Enfermagem como membro da equipe pré-hospitalar:

*I - Identificar os sinais de **morte óbvia**, a partir da realização da avaliação inicial ou exame físico e descrevê-los para a Central de Regulação das Urgências, utilizando-se para isso de rádio ou telefonia, gravada;*

Art. 2º Para fins do Artigo 1º desta resolução, consideram-se sinais de morte óbvia aqueles já bem estabelecidos na literatura em saúde, a saber: **carbonização, estado de decomposição (putrefação), decapitação, transecção (segmentação) de tronco, presença de rigor mortis, livor mortis (manchas hipostáticas) e algor mortis.**

⇒ Os Protocolos de Suporte Avançado de Vida do SAMU 192 do Ministério da Saúde, diz o seguinte:

AC11 - Decisão de não Ressuscitação

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

- Sinais de morte evidente.
- Risco evidente de injúria ou de perigo para a equipe (cena insegura).
- Presença de diretiva antecipada de não reanimação (Resolução 1.995- CFM).

Conduta:

1. Não iniciar manobras de RCP.
 2. Comunicar o evento à Central de Regulação Médica.
 3. Em situações de risco à equipe, observar considerações do (Protocolo PE1).
 4. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento
- Sinais de morte evidente:** rigidez cadavérica, livor de hipóstase, decapitação, carbonização, segmentação do tronco.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
GERÊNCIA TÉCNICA

⇒ A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.995/12 diz o seguinte:

Art. 1º. Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º. Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, **estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.**

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, **inclusive sobre os desejos dos familiares.**

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

⇒ A Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de 2019, diz o seguinte:

No Brasil, **não há legislação específica** acerca do direito à morte digna, a não ser a já referida resolução 1.805/2006 do CFM. Em outubro de 2007, a Justiça Federal suspendeu liminarmente os efeitos da resolução do CFM, sob a alegação de que a resolução não versa sobre o direito penal, mas sobre a ética médica e suas consequências. Após 3 anos, a Justiça Federal julgou improcedente a ação civil pública, e a resolução entrou novamente em vigor em dezembro de 2010.

20.7.2. Ressuscitação Simbólica

Por vezes, são iniciadas medidas de RCP de forma “simbólica”, sem pressa e/ou omitindo condutas mais agressivas, dando à equipe médica e aos familiares a ideia de ter “feito algo”, e evitando potencial conflito. Isto é especialmente comum quando não há forte relação médico-paciente, e quando há uma clara falta de informação. Esta “ressuscitação simbólica” é igualmente enganosa e paternalista, e prejudica tanto a relação médico-paciente quanto a formação e a educação das equipes. **Uma alternativa valiosa pode ser um “código sob medida”, onde RCP de alta qualidade pode ser realizada, mas com limites claros e pré-definidos.** Neste cenário de transparência, o paciente, os familiares e a equipe estabelecem os benefícios de condutas futuras.

A Resolução n. 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina permite ao médico limitar ou suspender o tratamento que prolongue a vida do paciente terminal, respeitando a vontade da pessoa ou seu representante legal, entretanto, segundo essa mesma Resolução, o paciente terminal terá de receber todos os cuidados necessários para aliviar o sofrimento e a dor advindos da doença. A Resolução n. 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina define as diretivas antecipadas de vontade como instrumento pelo qual a pessoa capaz manifesta seus desejos sobre os cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado para se expressar livre e autonomamente. **Essas Resoluções não são normais jurídicas, mas podem servir de amparo ético para as decisões tomadas acerca do caso concreto.**



PORTANTO, analisando tudo que foi descrito acima, concluímos:

A) As equipes do SAMU (o texto se refere a USB) devem iniciar a Ressuscitação Cárdio Pulmonar nos casos de Parada Cardiorrespiratória quando não houver sinais de morte obvia ou evidente;

SINAIS DE MORTE OBVIA OU EVIDENTE:

- Putrefação;
- Decapitação;
- Esmagamento completo de cabeça e de tórax;
- Seccionamento de tórax;
- Calcinação ou carbonização;
- Afogamento com mais de uma hora de submersão;
- Estado de putrefação ou decomposição;
- Estado de rigidez cadavérica (rigor mortis);
- Livor Mortis;
- Algor Mortis (esfriamento do corpo);
- Espostejamento (esquartejamento);

LEMBRANDO QUE A MIDRIASE NÃO É UM SINAL DE MORTE OBVIA

Nos casos de **morte obvia ou evidente** a **constatação** do óbito **pode ser** realizada pela equipe da USB sob orientação do **MRU**;

Em todos os demais casos (quando não há sinais de morte obvia) a **constatação** do óbito somente pode ser realizada pelo médico intervencionista (prerrogativa do médico).

B) Não se deve enviar uma USB, e até mesmo uma USA, apenas para constatação de óbito, se não houverem informações ou relatos de **Morte Obvia**. Se não houver sinais de Morte Obvia, a **CRU** deve encarar o caso como **PCR** e enviar o **Suporte Avançado** que chegue mais rápido. Se houver uma **USB** mais próxima, ela deverá ser encaminhada para iniciar os procedimentos até a chegada do Suporte Avançado.

C) O médico intervencionista, em caso de **mortes não naturais ou violentas**, pode constatar o óbito, **mas não atesta-lo**. Nesses casos é necessário o acionamento do Instituto Geral de Perícias (**IGP**), que pela legislação, em todos os casos de morte não natural, precisa confeccionar o laudo pericial que será anexado ao inquérito policial.



D) O médico intervencionista, uma vez constatando o óbito por causas naturais (após as manobras de **RCP** quando não há sinais de morte obvia), comunica a situação a **CRU**, que juntamente com o médico intervencionista, busca informações com os familiares e tenta contato com o médico que acompanhava o paciente (assistente, se houver) para a confecção da Declaração de Óbito.

A vítima também poderá ser encaminhada ao Serviço de Verificação de Óbito (**SVO**), se houver na região. O médico intervencionista somente terá condições de fornecer a Declaração de Óbito em situações excepcionais.

E) É possível concluir que a Médico Regulador e o Médico Intervencionista, por não serem os médicos assistentes e não terem acesso a informações detalhadas sobre as condições clínicas do paciente e as diretivas antecipadas de vontade, não tem condições de decidir por não iniciar os procedimentos de **RCP**, independentemente da idade, situação social ou presumível condição clínica do paciente;

F) Os textos dizem que “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Então é claro que o médico regulador das urgências e o médico intervencionista, por não serem os médicos assistentes, não tem condições de avaliar rapidamente toda a situação do paciente e documentos que comprovem a vontade dele, e, portanto, não tem condições de **NÃO iniciar os procedimentos de ressuscitação** em casos de Paradas Cardiorrespiratórias sem sinais de morte obvia, mesmo em pacientes com história presumida de doença terminal ou em cuidados paliativos;

G) A equipe do SAMU podem optar por não iniciar as manobras de RCP em vítimas em **PCR** sem sinais de morte Obvia **quando a cena for insegura.**



ENTÃO ESTA NOTA TÉCNICA DEFINE E RESOLVE:

1) As Centrais de Regulação Médica das Urgências (**CRUs**) do Estado de Santa Catarina não podem definir, quando recebem uma ligação em que o solicitante relata uma situação sugestiva de uma morte clínica, que este se trata de um óbito e não uma Parada Cardiorrespiratória.

PARA O APH NÃO EXISTE ÓBITO E SIM PCR (óbito somente nos casos de morte evidente)

2) O médico Regulador das Urgências deve, nos casos descritos no item 1, orientar as pessoas no local a iniciar a RCP (contrações torácicas com a melhor técnica possível) e acionar a viatura do SAMU disponível mais próxima, e orientar as equipes a continuar a **RCP** assim que chegar ao local.

3) Nas situações descritas acima, o médico intervencionista deve continuar a **RCP** de alta qualidade no local, mas decidir pela parada dos procedimentos quando julgar necessário.

4) Caso seja feita a constatação do óbito, o médico intervencionista, juntamente com o **MRU**, deve decidir pelo melhor encaminhamento da vítima, como:

- a) orientar a família a acionar a funerária de escolha para encaminhar o corpo ao SVO ou serviço funerário;
- b) acionar o IGP nos casos de morte violenta ou não natural;
- c) contactar o médico assistente para o fornecimento da declaração de óbito, entre outros.

5) Serviços de atendimento pré hospitalar que não sejam da área da saúde (como por exemplo, Bombeiros Militares e Bombeiros Voluntários) e instituições de Segurança Pública, (como a Polícia Militar e a Polícia Rodoviária), devem solicitar apoio a **CRU** sempre que houver uma vítima com sinais de óbito e seguir as recomendações do **MRU**.

Essa Nota Técnica **RECOMENDA** que profissionais que não atuem na área da saúde não devem constatar o óbito, mesmo em casos de morte óbvia, e nesses casos, sempre devem fazer contato com a **CRU** do **SAMU**.



Assinaturas do documento



Código para verificação: **SH9088D1**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **ALFREDO RODOLFO SCHMIDT HEBBEL BUSCH** (CPF: 113.XXX.178-XX) em 15/07/2025 às 13:35:13
Emitido por: "SGP-e", emitido em 12/12/2023 - 13:37:57 e válido até 12/12/2123 - 13:37:57.
(Assinatura do sistema)

- ✓ **MARCOS ANTÔNIO FONSECA** (CPF: 939.XXX.419-XX) em 21/08/2025 às 14:06:14
Emitido por: "SGP-e", emitido em 10/06/2020 - 13:17:29 e válido até 10/06/2120 - 13:17:29.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxNjQ3OTBfMTY2MjA5XzlwMjVfU0g5Tzg4RDE=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00164790/2025** e o código **SH9088D1** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.