ATESTADO

DE ÓBITO

ASPECTOS MÉDICOS, ESTATÍSTICOS, ÉTICOS E JURÍDICOS.

CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2019

CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Diretoria do CREMERJ
1º de outubro de 2018 a 31 de maio de 2020

Sylvio Sergio Neves Provenzano - Presidente
Célia Regina da Silva - Primeira Vice - Presidente
Ricardo Azêdo de Luca Montes - Segundo Vice-Presidente
Rafaella Braga Leal Reis - Secretária Geral
Ricardo Farias Júnior - Primeiro Secretário
Beatriz Rodrigues Abreu da Costa - Segunda Secretária
Flavio Antonio de Sá Ribeiro - Tesoureiro
Luiz Fernando Nunes - Primeiro Tesoureiro
Carlos Romualdo Barboza Gama - Diretor de Seccionais e Subsedes
Luís Guilherme Teixeira dos Santos - Corregedor
Celso Eduardo Jandre Boechat - Vice-Corregedor

CORPO DE CONSELHEIROS DO CREMERJ 2018/2023
Ana Carolina Nobre de Mello, Ana Cristina Russo Marques Vicente, André Luís dos Santos Medeiros, André Luiz Lopes Costa, Antônio Abílio Pereira de Santa Rosa, Antônio Joaquim Werneck de Castro, Beatriz Rodrigues Abreu da Costa, Benjamin Baptista de Almeida, Bernardo Bicharra Pinto, Carlos Romualdo Barboza Gama, Célia Regina da Silva, Celso Eduardo Jandre Boechat, Cesar Figueiredo Veiga, Cláudio Moura de Andrade Júnior, Clóvis Bersot Munhoz, Fernando Jorge dos Santos Barros, Flavio Antonio de Sá Ribeiro, Guilherme Castelliano Nadais, Guilherme Franco de Toledo, Gustavo Khaled Vasconcellos da Silva Delgado, Hélio Fernando de Abreu, Joel Carlos Barros Silveira Filho, José Ramon Varela Blanco, Luís Guilherme Teixeira dos Santos, Luiz Fernando Nunes, Luiz Zamagna, Marcelo Erthal Moreira de Azeredo, Marcelo Veloso Peixoto, Margareth Martins Portella, Paulo Gallo de Sá, Rafaella Braga Leal Reis, Raphael Câmara Medeiros Parente, Ricardo Azêdo de Luca Montes, Ricardo Farias Júnior, Ricardo Lemos Cotta Pereira, Roberto de Castro Meirelles de Almeida, Roberto Fiszman, Rodrigo Maia da Costa, Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre, Sylvio Sergio Neves Provenzano, Walter Palis Ventura, Yuri Salles Lutz.

Ruy Laurenti
Maria Helena P. De Mello Jorge

ATESTADO DE ÓBITO

ASPECTOS MÉDICOS, ESTATÍSTICOS, ÉTICOS E JURÍDICOS.

Reprodução autorizada pelo Conselho Regional
de Medicina do Estado de São Paulo

CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2019

O ATESTADO DE ÓBITO: ASPECTOS MÉDICOS, ESTATÍSTICOS, ÉTICOS E JURÍDICOS.

Todos os direitos desta edição reservados ao CREMESP

Reprodução pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228, Anexo 119 B - Botafogo | Rio de Janeiro – RJ - CEP 22.250-145

Telefone: (21) 3184-7050

Homepage: www.cremerj.org.br | E-mail: faleconosco@crm-rj.gov.br

Autores

Ruy Laurenti

Maria Helena P. de Mello Jorge

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

Antonio Pereira Filho

Coordenador do Centro de Bioética do Cremesp

Reinaldo Ayer de Oliveira

Revisão

Thaís Souto

Apoio bibliográfico

Dinaura Paulino Franco e Ivete Rodrigues dos Anjos

Centro de Pesquisa e Documentação do CREMERJ - CPEDOC

Auxiliadora Ana de Lacerda, Carmo de Maria Monteiro de Araujo, Cíntia Samanta Alves Baixas, Maiara de Paula Ferreira, Selma Martins dos Santos Pinho e Yedla Maria de Albuquerque Silva

Capa e diagramação

Agência Brick

Gráfica

Catalogação na Fonte: Cintia Samanta Alves Baixas – CRB 7 nº 6.576

Atestado de óbito: aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos. / Coordenação de Ruy Laurenti e Maria Helena P. de Mello Jorge. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 2019.
p. 138
Reprodução Autorizada Pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

1. Atestado de óbito I. Laurenti, Ruy (coord.) II. Jorge, Maria Helena P. de Mello (coord.) III. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Venda Proibida. É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.

CREMESP 60 anos

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

mm. Of. 003/17 – ASC

São Paulo, 05 de maio de 2017.

Senhor Presidente,

Recebemos o Of. Gab. 094/17 e encaminhamos 50 exemplares da publicação do Cremesp "Atestado de Óbito".

Informamos ainda, que o Cremesp autorizou a reprodução do livro, desde que preservado o conteúdo integral e citada a fonte.

Atenciosamente,

Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira
Coordenador do Centro de Bioética

Dr. Nelson Nahon
Presidente do Cremerj

APRESENTAÇÃO

Caro colega,

Suponhamos que se apresente a seguinte situação: você terá que expedir um atestado de óbito. E aí? Qual o procedimento legal a ser tomado? Como agir nesta hora? Temos que lembrar que muitas vezes o médico está envolvido com o falecido, seja como paciente ou como parente.

Este é um documento de suma importância jurídica e de valor inestimável para a saúde pública e epidemiológica; serve como arcabouço para a elaboração e definição de políticas e prioridades na saúde da população.

É neste momento, no dia a dia do médico, que o livro ATESTADO DE ÓBITO, de autoria do médico Ruy Laurenti e da advogada Maria Helena de Mello Jorge, publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, torna-se um instrumento de amparo e auxílio aos nossos colegas profissionais do CREMERJ, elucidando questões de ordem ética, técnica e legal no tocante a este assunto.

Agradecemos, de antemão, à Diretoria do CREMESP, na pessoa do Conselheiro Reinaldo Ayer de Oliveira, pela autorização e reprodução integral da obra.

E que este manual seja útil para você, colega médico do Rio de Janeiro.

Conselheiro Sylvio Provenzano

Presidente

"Esta publicação foi concebida em meados da década de 80, como uma das tarefas do recém-criado Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Com objetivo principalmente didático, visava esclarecer e auxiliar médicos e estudantes de Medicina no preenchimento de atestados de óbito, abordando, na sua segunda parte, os aspectos jurídicos, legais e éticos capazes de orientar o profissional quanto à obrigatoriedade, ou não, de seu fornecimento.

Muitos anos se passaram e algumas novas edições foram feitas, de forma a atender à grande demanda de todo o país.
Em outubro de 2013, após palestra que proferimos sobre o assunto na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, surgiu a ideia de um convênio entre este e o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças para nova atualização do nosso "livrinho verde".

Consumou-se a ideia e, como fruto dessa parceria, ele surge agora em nova edição, revista, atualizada e aumentada.

Sentimo-nos gratificados pela receptividade que o material vem tendo e pelo reconhecimento de que, de alguma forma, esta publicação "ajudou" os médicos deste país a cumprirem a função social, ética e jurídica de registrar a morte e, com certeza, contribuiu para o aprimoramento da qualidade da informação sobre óbitos no Brasil.
Julgamos que, a partir de agora, sob a égide do Cremesp, a publicação sairá fortalecida e seu uso e seus frutos, certamente, se agigantarão."

Os Autores

Ruy Laurenti
Médico, com Doutorado em Medicina pela FMUSP, é Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da FSP/ USP e Diretor do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações (MS/ USP/OPS-OMS).

Maria Helena P. de Mello Jorge
Bacharel em Direito, Advogada, com Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP.

Ambos dedicam-se desde muito tempo a estudos sobre informação em saúde tendo participado, inclusive, da concepção e implantação de Sistemas Oficiais de Informação do Ministério da Saúde. Têm investido na formação de recursos humanos e diversos trabalhos relacionados à melhoria da qualidade de informação. São membros de Comitês Assessores de Secretarias Municipal, Estadual e do Ministério da Saúde, na área de Sistemas e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

APRESENTAÇÃO

Todos os estudantes de Medicina no Brasil aprenderam sobre atestado de óbito, em seus aspectos éticos e legais, com o valioso auxílio do livro "O atestado de óbito", do professor Ruy Laurenti. A publicação é mais conhecida entre os alunos como "o livro verde", dado o fato de que, em todas as suas reedições, sempre foi impresso com capa dessa cor.

Em uma das edições do Exame do Cremesp, havia uma questão relacionada a atestado de óbito em que 100% dos participantes da prova erraram. Preocupados com essa falha na formação acadêmica dos futuros médicos, convidamos os professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP), Ruy Laurenti e Maria Helena Prado de Mello Jorge, para fazerem a revisão do livro sobre o tema. A publicação teve o apoio do Cremesp. Em um gesto de grandiosidade de Maria Helena e Laurenti, eles não só realizaram a revisão, acrescentando um novo capítulo com pareceres do Conselho sobre atestado de óbito, como também cederam os direitos autorais para o Cremesp. Dessa forma, este livro que você tem em mãos foi publicado e pertence a todos os médicos de São Paulo.

O Cremesp agradece imensamente a dedicação de João Ladislau Rosa, conselheiro que aprovou a ideia de reeditarmos o livro quando ocupava a presidência deste Conselho. E também a Reinaldo Ayer, conselheiro e coordenador do Centro de Bioética, responsável pela edição desta publicação.

Homenageamos especialmente o prof. Ruy Laurenti, falecido em dia 12 de junho de 2015. Doutor em cardiologia, ao longo de sua carreira na USP foi diretor da FSP, pró-reitor de Cultura e Extensão Universitária e vice-reitor da Universidade, entre 1990 e 1994. Também foi o primeiro ouvidor geral da FSPUSP. Laurenti faleceu quando já havia concluído a revisão do livro.

Bráulio Luna Filho

Presidente do Cremesp

SUMÁRIO

PREFÁCIO 13

INTRODUÇÃO 14
Atestados de óbito. A obrigatoriedade e os objetivos....14
O modelo....14
O preenchimento....15

PARTE 1 17
O ATESTADO DE ÓBITO DO PONTO DE VISTA MÉDICO 17
1.1. Considerações iniciais....17
1.2. Definições de causas de morte....20
1.3. A precisão na declaração da causa básica....23
1.4. O problema das causas múltiplas....28
1.5. O uso dos termos vagos....28
1.6. O uso de siglas....28
1.7. O intervalo de tempo entre o início da doença e a morte....29
1.8. CID....29
1.9. Exemplos sobre preenchimento de atestados de óbito....29
1.10. Casos de óbitos fetais....52

PARTE 2
O ATESTADO DE ÓBITO DOS PONTOS DE VISTA ÉTICO E JURÍDICO 59
2.1. Preliminares....59
2.2. A quem fornecer. Conceitos necessários....67
2.2.1. Óbito....67
2.2.2. Nascido vivo que morre logo após o nascimento....68
2.2.3. Perdas fetais. O nascido morto....69
2.2.4. Peças anatômicas....73
2.2.5. Partes de cadáver....74
2.3. A quem incumbe o fornecimento de atestados....74
2.3.1. Mortes decorrentes de acidentes ou violências....76
2.3.2. Mortes decorrentes de causas naturais....79
2.3.2.1. Paciente com médico assistente (hospitalizado ou não)....79
2.3.2.2. Paciente sem médico assistente (hospitalizado)....79
2.3.2.3. Paciente sem médico assistente (óbito no domicílio)....80
a) Em locais onde existe SVO....80
b) Em locais onde não existe SVO....81
2.3.2.4. Paciente sem médico assistente (óbito em trânsito)....83
2.3.3. Mortes em locais sem médico....83

PARTE 3
RESPONDENDO ÀS QUESTÕES MAIS FREQUENTES....84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....116
ANEXOS....119

PREFÁCIO

Por solicitação do PRO-AIM, Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade de São Paulo, o CREMESP realizou uma Plenária Temática sobre Atestado de Óbito, dia 21 de setembro de 2012. Participaram a Dra. Maria Lúcia de Moraes Bourroul, médica do PROAIM, a Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge, professora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da USP e Dr. Ruy Laurenti, professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da USP. Os temas abordados foram: Preenchimento da Declaração de Óbito, Aspectos Legais e Conceituais na Declaração de Óbito e Importância e Uso das Informações de Mortalidade.

A participação foi massiva e as exposições foram seguidas de um debate caloroso e muito produtivo. Esta plenária foi multiplicada em cidades do interior do Estado por solicitação dos médicos. Esta necessidade de informação sobre um tema tão pouco divulgado e discutido entre os médicos ficou tão patente, que os palestrantes propuseram a produção de um livro sobre o tema e outro sobre assuntos que surgiram nos debates e não existem fontes organizadas para dirimir nossas dúvidas.

Foi criada uma parceria entre os professores e o CREMESP, e posteriormente com a Faculdade de Saúde Pública da USP. Os trabalhos se iniciaram em 2014 e hoje concluímos a primeira fase deste projeto. Os autores organizaram os temas de maneira didática, o texto é claro e responde a maioria de nossas dúvidas.

A importância deste tema é realçada neste projeto, abordando os mais diversos aspectos da declaração de óbito, desde seu preenchimento até implicações bioéticas relacionadas à morte.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos tivemos oportunidade de conhecer de perto a Professora Maria Helena e o Professor Ruy Laurenti, pessoas brilhantes, dedicadas e interessadas em colaborar com a coletividade. Neste período surgiu um estreito laço de amizade entre os organizadores e autores, que temos orgulho de cultivar.

O Prof. Ruy deixou vários textos prontos e, mesmo na sua ausência, os trabalhos continuarão sob a batuta da Professora Maria Helena.

João Ladislau Rosa
Diretor 2º tesoureiro

Reinaldo Ayer de Oliveira
Coordenador do Centro de Bioética do Cremesp

INTRODUÇÃO

ATESTADOS DE ÓBITO.
A OBRIGATORIEDADE E OS OBJETIVOS

A legislação brasileira determina a obrigatoriedade do Registro Civil de nascimentos e óbitos. No caso das mortes, não se contenta a lei com a simples declaração de familiares, mas exige que o registro seja feito "à vista do atestado do médico, se houver no lugar", visando à comprovação oficial do desaparecimento do indivíduo – e seus consequentes direitos – e esclarecendo se se trata de morte por causa natural ou violenta. Atender à finalidade jurídica do atestado de óbito é, portanto, o primeiro de seus objetivos.

O segundo, mas não menos importante, é o que se refere aos aspectos quantitativos e qualitativos da mortalidade. Dados relativos a quantos morrem, quais são as características dessas pessoas (como idade e sexo, por exemplo) e, principalmente, quais as causas responsáveis por esses óbitos são importantes para o conhecimento e o estabelecimento do perfil epidemiológico da população e de ações governamentais relativas à sua prevenção. Assim, conhecer o nível de saúde de uma população é relevante para elaborar programas e avaliar prioridades. Os chamados indicadores de saúde facilitam a análise dessas informações, mas sua qualidade vai depender da precisão dos sistemas de informação existentes que, por sua vez, está calçada na forma pela qual os dados são produzidos, coletados e trabalhados. Os gestores de saúde estimam que uma das ferramentas mais importantes para a vigilância em saúde é o reconhecimento de que a tríade "informação – decisão – ação" sintetiza, hoje, a dinâmica da vigilância epidemiológica.[1]

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA - refere que "a qualidade de um indicador depende de uma série de fatores" [2], sendo que, no caso da mortalidade, essa dependência recai sobre a figura do médico que é, em última análise, o produtor da informação sobre os óbitos.

O MODELO

A Declaração de Óbito (DO) é um documento oficial usado em todo o território nacional para a atestação da morte e se constitui na base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) do país [3]. O modelo em vigor (anexo 1) é composto por nove blocos divididos em 59 campos, que abrangem informações capazes de fazer atingir seus objetivos jurídicos e epidemiológicos referidos.

O PREENCHIMENTO

O preenchimento e a consequente emissão da DO constituem-se em um ato médico, estando, portanto, sujeitos às normas estabelecidas pelo Código de Ética Médica.[4]

Pode parecer, à primeira vista, que somente o preenchimento das causas que levaram ao óbito estaria afeto aos médicos. Niobey e col., 1990 [5], comentam que, em geral, os médicos consideram que as partes menos nobres do atestado – como identificação e as demais poderiam ser preenchidas por outras pessoas, deixando, assim, para funcionários administrativos dos hospitais a tarefa de completar essas informações [6]. É preciso ficar claro, entretanto, que não é essa a determinação da atual legislação do país, que estabelece como de competência do médico toda a informação constante do formulário. Desta forma, sob nenhuma hipótese deve o médico, assinar uma DO em branco ou preencher os quesitos relativos à causa antes que a identificação esteja devidamente registrada no documento. A responsabilidade do médico em relação à DO, refere-se a todas as informações ali solicitadas, como será visto ao longo desta publicação.

Apesar do amparo da legislação e do que está estabelecido do ponto de vista da ética médica, verificam-se ainda, nesse contexto, falhas e imperfeições que podem e devem ser sanadas.

Variáveis como idade e sexo, por exemplo, apresentaram, respectivamente, 0,04% e 0,3% de não preenchimento no total de 1.181.166 óbitos captados pelo SIM/MS para o Brasil, em 2012[3]. Essas proporções já foram mais elevadas e seu declínio é bastante auspicioso no que se refere à qualidade da informação.

Esses valores, entretanto, não devem iludir as autoridades, no sentido de que os problemas estejam todos resolvidos.

Estudo feito em Belém/PA, em 2010, mostrou que aproximadamente 70% das DOs analisadas continham, pelo menos, um erro na declaração da causa[6]. No mesmo trabalho, a utilização de termos vagos para registrar causas de morte foi referida em elevada proporção entre os médicos que participaram da pesquisa. A resultado semelhante chegaram os estudos de Lucena e col., 2014[7], em Santa Catarina, onde quase 40% dos médicos relataram usar, habitualmente, expressões como "parada cardíaca" ou "falência de múltiplos órgãos" para retratar a causa da morte[7].

Quanto ao preenchimento de campos específicos, como por exemplo, o conjunto representado pelo Bloco IV (para óbitos fetais e de mortes de menores de um ano), Vanderley e col., 2002(8) verificaram que a omissão de preenchimento variou entre 27,3% (para a duração da gestação) e 47,4% (para a variável número de filhos nascidos mortos), mesmo tendo o trabalho sido realizado em instituição credenciada pelo Ministério da Saúde como o Centro de Referência Nacional para a área materno-infantil[8].

Apesar de Struque e col., 2003[9], em pesquisa realizada em Belo Horizonte para estudar DOs geradas por médicos de importante instituição hospitalar e por patologistas, terem verificado mais acertos do que erros com relação ao preenchimento das questões

referentes a óbitos de mulheres em idade fértil[9], esse é ainda um campo bastante negligenciado, como mostram resultados do SIM para o Brasil. O desconhecimento desse dado tem gerado empenho bastante intenso por parte de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do próprio Ministério no sentido do aprimoramento da qualidade da informação sobre mortes maternas.

Outra informação que se enquadra nesse comentário é a que diz respeito ao preenchimento do tempo decorrido entre o início da doença e a morte, que se constituiu na variável que apresentou maior número de "brancos" (correspondendo a dado "não preenchido"), em todos os trabalhos analisados.

Essas e outras falhas sinalizam para a necessidade de uma educação continuada de médicos e estudantes de Medicina sobre o problema dos atestados de óbito, de forma que estes venham a cumprir, total e completamente, suas finalidades jurídicas e médico-estatísticas.

Laurenti, nos primeiros textos, ao analisar o preenchimento dos atestados de óbito por médicos, afirma que esses profissionais não estavam, ainda, totalmente preparados para esse mister visto que, não poucas vezes, se deparavam com um atestado quando perdiam seu primeiro doente e se viam, então, na contingência de preenchê-lo.

Na citada investigação de Lucena e col., 2014[7], 34,1% dos médicos entrevistados referiram dificuldades no preenchimento dos atestados em caso de óbitos sem assistência médica e cerca da quarta parte, expressamente, quanto à anotação da causa básica; 12,2% mencionaram problemas quanto ao registro da causa externa e, em proporções não desprezíveis, foram referidas dúvidas sobre os procedimentos a serem adotados em casos de óbitos de recém-nascidos vivos com menos de 500 gramas, amputação de membros, entre outras. Tais questionamentos foram atribuídos a um aprendizado ruim durante a graduação e, também, posteriormente, em sua vida profissional[7].

Isso posto, esta publicação, que analisa os aspectos médicos, estatísticos, jurídicos e éticos do atestado de óbito, soma-se ao material que objetiva esclarecer médicos e estudantes de Medicina sobre o assunto, contribuindo dessa forma, para que, dentro dos princípios legais e éticos que norteiam o problema, seja possível obter dados cada vez mais completos e mais corretos sobre o importante tema da morte.

PARTE 1

O ATESTADO DE ÓBITO DO PONTO DE VISTA MÉDICO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Até fins do século XIX, cada país possuía um modelo diferente de atestado de óbito, fato que fez com que a Organização de Saúde da Liga das Nações constituísse uma Comissão para o estudo do problema. Em 1925 foi publicado um informe sugerindo um modelo único de atestado para a declaração das causas de morte[10]. No modelo proposto deveria ser anotada, em primeiro lugar, a causa imediata da morte (causa final ou terminal) e, a seguir, as condições mórbidas antecedentes àquela, caso houvesse, ficando a causa primária em último lugar, de cima para baixo. O novo modelo objetivava facilitar ao médico o registro da causa primária. Em 1927, a Inglaterra e Gales adotaram o modelo sugerido e, em seguida, o Canadá. Nestes países foi estabelecido um programa educativo nas escolas médicas e junto aos médicos, visando ao preenchimento correto do novo documento[11]. Outros países, entre os quais os Estados Unidos, em 1939, passaram também a usar o novo modelo[12].

A então recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu, em 1948, a "Conferência Internacional da Revisão da Classificação" que, ao aprovar a Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, adotou esse formulário como "Modelo Internacional de Atestado de Óbito"[13], que passou a ser utilizado, a partir de 1950, praticamente por todos os países do mundo para a anotação das causas da morte. Aqui é importante salientar que o documento referido como padrão dizia respeito somente à forma pela qual as causas deveriam ser anotadas, obedecendo às normas estabelecidas, embora o impresso, em seu conjunto, pudesse ser diferente em cada área.

Esse modelo, usado até os primeiros anos da década de 1990, constava de duas partes: **Parte I**, com três linhas (a, b, c) onde deveria estar declarada, em último lugar, a causa básica; **Parte II**, onde deveriam ser informadas outras condições significantes que interferiram no curso do processo mórbido, as assim chamadas **causas contribuintes ou contributórias.**

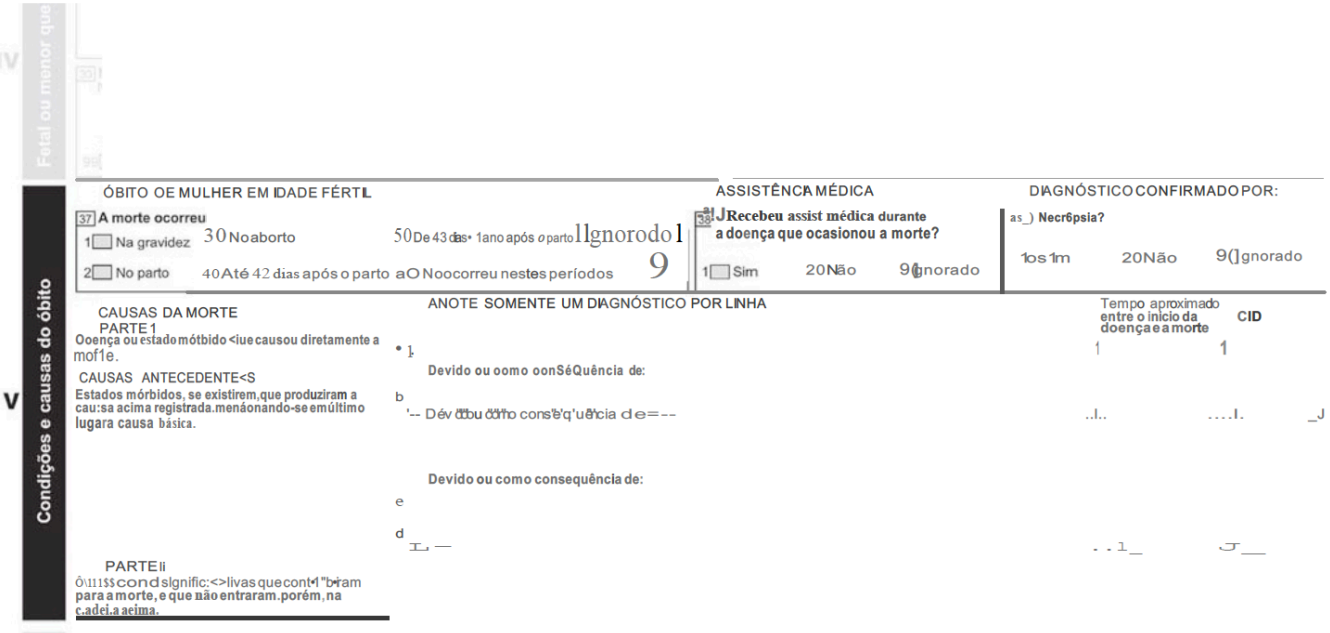
Em 1989, a OMS, na Conferência Internacional para a Décima Revisão, aprovou a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) [14] onde consta: "*... adotou uma recomendação segundo a qual, onde for necessário, os países devem considerar a possibilidade de uma linha adicional (d), na Parte I do atestado...*". Tal recomendação se deveu ao fato de as populações estarem envelhecendo e, com isso, "acumularem" mais doenças ou virem a apresentar maior número de complicações no processo que conduziu à morte.

No Brasil, a CID-10 foi adotada para uso em mortalidade em 1996 e, desde então, na Parte I do atestado, passou a constar também a linha "d". A figura 1 apresentada a seguir, mostra as quatro linhas da Parte I, e as duas linhas da Parte II no modelo atualmente

vigente no país (versão de 2011).

A partir do momento em que se adotou o modelo internacional do atestado de óbito, houve uma preocupação muito grande no sentido de educar e treinar os médicos para o preenchimento correto do novo formulário e, muitos países, por meio de seus órgãos oficiais de epidemiologia ou de estatística, publicaram folhetos, artigos ou livretos com essa finalidade. Podem-se citar, entre outros, Alemanha, Canadá, Chile, Checoslováquia, Dinamarca, Estados Unidos, Finlândia, França, Itália, Japão, Líbano, Nova Zelândia, Noruega, Peru, Suíça, Venezuela e Iugoslávia[15]. Alguns deles, embora escritos há muitos anos, são, pode-se dizer, bastante atuais e se constituem em verdadeiros clássicos no assunto e referências obrigatórias, tais como os de Logan[16 17] e Moriyama[12 18]. No Brasil, em 1956, Lincoln de Freitas Filho publicou "O Clínico e o Bioestatístico" (1956, Rio de Janeiro), livro no qual abordou, de maneira bastante apropriada, o preenchimento do atestado de óbito. Essa publicação foi muito utilizada por órgãos do Ministério da Saúde para ensino e divulgação.

Figura 1 - Bloco V da Declaração de óbito: condições e causas da morte



A implantação do "Modelo Internacional do Atestado", no Brasil, ocorreu também em 1950, em todo o território nacional. Entretanto, embora a parte relativa à causa de morte fosse a internacional e, portanto, padronizada, os dados referentes à identificação e outras informações não seguiam modelo uniforme. O próprio impresso apresentava-se em formatos e cores diferentes nos vários estados, diversificando também o número de variáveis solicitadas e de vias a serem preenchidas.

Em 1976, o Ministério da Saúde, visando à implantação do Sistema Nacional de Informações para o Setor de Saúde, no "Subsistema de Informações sobre Mortalidade", adotou uma "Declaração de Óbito" padronizada para todo o país. Esta, mantendo o modelo internacional na parte relativa às causas de morte, uniformizava a maneira de registrar todos os demais tipos de informações. A finalidade desse Subsistma foi compatibilizar os dados e permitir sua comparabilidade, consolidando-os em nível nacional, possibilitando, assim, maior racionalização das atividades baseadas nas informações [19].

Na mesma ocasião, o Ministério da Saúde elaborou também um "Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito"[20], que foi distribuído para as Secretarias de Saúde dos Estados, as quais se encarregaram de encaminhar o material a todos os médicos. Paralelamente, profissionais da Divisão Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, bem como do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (Centro da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português), recém-criado, passaram a visitar todas as capitais do País, discutindo os problemas advindos da implantação do novo modelo bem como promovendo palestras, conferências, discussões junto aos médicos, quer dos órgãos oficiais, quer de entidades privadas ou associações médicas.

A divulgação dada ao novo modelo de Declaração de Óbito e a ampla distribuição do "Manual de Instruções", assim como outras atividades relacionadas, levaram a uma melhoria no preenchimento das Declarações de Óbito. Avaliações nesse sentido foram feitas não só pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças como também pelo Ministério da Saúde, além de produções acadêmicas nas Universidades.

O modelo da Declaração de Óbito implantado em 1976 sofreu algumas pequenas modificações visando ao seu aprimoramento e o modelo em vigor, hoje, está no anexo 1.

1.2. DEFINIÇÕES DE CAUSAS DE MORTE

As estatísticas de mortalidade podem ser apresentadas de várias maneiras, entre outras, segundo sexo, idade, local, evolução no tempo etc., constituindo, entretanto, a causa de morte o seu aspecto mais importante, o que se compreende facilmente.

Até fins do século XIX não havia, de maneira geral, uniformidade de critérios para a seleção quanto à causa que deveria aparecer como "causa de morte", ainda que, desde os trabalhos de Graunt, em 1662, se adotasse o critério de atribuir estatisticamente, para cada morte, uma só causa [16].

A Primeira Conferência Internacional para a Revisão das Listas Internacionais de Causas de Morte, realizada em 1900, adotou o princípio de selecionar apenas uma causa para cada óbito. Segundo Dorn e Moriyama [21], poucas pessoas salientaram o fato de se escolher arbitrariamente uma só causa quando duas ou mais eram referidas no atestado de óbito; poucas também assinalaram a importância de estudar todas as causas que haviam contribuído para a morte.

Vários países desenvolveram métodos diferentes entre si para selecionar a causa que deveria aparecer nas estatísticas de mortalidade quando duas ou mais eram informadas, fato que, obviamente, afetava muito a comparabilidade das estatísticas.

Também o critério sobre qual a causa que deveria ser selecionada não era uniforme, tendo denominações diferentes, entre outras, "causa da morte", "causa primária da morte", "causa principal", "causa fundamental da morte". Havia uma ideia geral de que esta causa deveria ser aquela sobre a qual, do ponto de vista de saúde pública, se deveria agir visando à prevenção da morte ao nível inicial. As diferentes denominações, porém, levaram a critérios diferentes de seleção da causa a ser tabulada.

A própria comissão, que foi encarregada de propor o modelo internacional do atestado médico, estudou a questão da definição do que se deveria considerar a causa de morte para efeito de tabulações das estatísticas de mortalidade. Foi proposta, e aceita, uma definição que, juntamente com o modelo internacional do atestado, foi aprovada na Conferência Internacional para a Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, em 1948, sendo, a partir de então, adotada em todo o mundo.

A causa a ser tabulada nas estatísticas de mortalidade foi chamada de **causa básica de morte.** Considerou-se que, do ponto de vista de prevenção da morte, seria importante cortar a cadeia de eventos ou instituir a cura em algum ponto. Considerou-se, também, que o objetivo mais eficaz da Saúde Pública "é prevenir a causa precipitante para que ela não atue". Para estes propósitos, a estatística mais simples é aquela relativa à chamada causa básica da morte, a qual pode ser definida como, segundo a OMS [13,14,22]:

a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal

O modelo de atestado de óbito adotado permitia, pelas suas características, tornar mais fácil a seleção da causa básica quando eram informados dois ou mais diagnósticos. Isto porque o médico, ao registrar os diagnósticos no atestado, deveria colocar a causa básica em último lugar da Parte I.

Assim, **a causa básica**, registrada dessa forma (último lugar da Parte I, linha **d**), dá origem a algumas complicações, chamadas **causas consequenciais**, que devem ser registradas nas linhas acima **(c, b** e **a)**. A última causa consequencial, registrada na linha a, é chamada **causa terminal ou imediata**. Ao se comentar acima que a causa básica dá origem a algumas complicações e que estas são chamadas "causas consequenciais" é preciso esclarecer que essa é uma terminologia, até certo ponto inadequada, embora

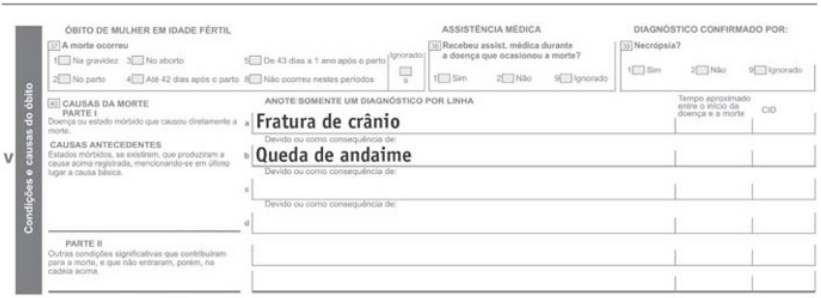
esteja consagrada pelo uso; o correto seria dizer "complicações" ou "consequências" e não "causas consequenciais" visto que, a rigor, se é "causa" não pode ser "consequência".

Como exemplo, suponha-se uma criança que teve difteria, a qual se complicou com miocardite aguda, entrando a paciente em insuficiência cardíaca e falecendo por edema agudo de pulmão. Pela definição, a difteria é a **causa básica**, sendo que a miocardite aguda, a insuficiência cardíaca e o edema agudo de pulmão são as **causas consequenciais** e a última delas (edema agudo do pulmão) é a consequencial **terminal** ou causa direta da morte. Esses diagnósticos devem ser registrados da maneira apresentada a seguir.

Condições e causas do óbito
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X 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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
V
a Crise convulsiva — minutos
Devido ou como consequência de:
b Meningite purulenta — dias
Devido ou como consequência de:
c Otite média aguda — ± 10 dias
Devido ou como consequência de:
d -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-

Imaginando também, no exemplo dado, que essa criança apresentasse uma anemia e que, na opinião do médico, esta se constituísse em uma causa importante no agravamento do estado de saúde da paciente, sem entrar na relação causal entre causa básica e causa terminal, a anemia deveria aparecer registrada na Parte II, dado que também havia estado presente no momento da morte e contribuído para ela.

No caso de a morte ter ocorrido por causa não natural ou, como mais usualmente se diz, por "causa violenta" ou "causa externa", também deveria constar na última linha a causa básica, no caso, as circunstâncias da violência (queda, homicídio por arma de fogo, afogamento etc) e, acima da básica, as consequenciais (fratura de crânio, rotura de fígado, esmagamento de tórax etc). O registro dessas causas seria feito da forma expressa a seguir:


Condições e causas do óbito
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
V
a Fratura de crânio
Devido ou como consequência de:
b Queda de andaime
Devido ou como consequência de:
c
Devido ou como consequência de:
d
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Os atestados de óbito, nos casos de causas externas, são sempre preenchidos por médicos legistas e, sobre esse aspecto, serão feitos comentários mais à frente.

A publicação do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças "Série de divulgação" nº 10 trata do preenchimento de atestados de óbito nos casos de mortes violentas ou acidentes: "Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação" [23] e mostra exemplos a respeito.

No item 1.4 desta publicação estão apresentadas histórias clínicas reais que servem como exemplo, mostrando qual a maneira correta de preencher os atestados de óbito e como foram preenchidos.

1.3. A PRECISÃO NA DECLARAÇÃO DA CAUSA BÁSICA

Ainda que a partir de 1948 fosse definida qual a causa a ser utilizada para as tabulações de mortalidade e qual a maneira de registrá-la no atestado, vários estudos têm demonstrado que as estatísticas de mortalidade por causa não são ainda inteiramente corretas.

James e col.[24] publicaram, em 1955, os resultados de um estudo onde compararam os atestados de óbito originais com os dados obtidos em relatórios de autopsias em Nova York, estudo esse que evidenciou falta de precisão na declaração da causa de morte. Assim, os dados de autopsia "mudaram" os valores de certas causas de morte, entre outras, a tuberculose, que deveria ser declarada 16,7% a mais, a doença reumática crônica do coração, 22,0%, a hiperplasia da próstata, 33,3% e as anomalias congênitas, 14,5%. Por outro lado, citam várias doenças que deveriam ser declaradas como causa básica em menor número de vezes.

O que fica muito claro é que este fatoerro na declaração da causa básica - é devido, principalmente, a não ter havido, em muitos locais, suficientes programas de esclarecimento junto aos médicos sobre o preenchimento correto do atestado de óbito. O mesmo pode ser dito quanto ao ensino deste assunto nas escolas médicas.

Vários outros trabalhos sobre a precisão quanto ao preenchimento do atestado de óbito têm sido realizados, sendo clássicos os de o Beadenkopt e col. [25], Moriyama e col.[26,27], Moriyama[28], Jablon e col.[29]. Não é raro, também, ocorrerem erros na declaração das causas de morte quando uma causa materna atua como causa básica de uma morte perinatal e o médico não informa essa causa, mas tão somente a complicação. Como exemplo, suponha-se um caso de grávida que apresenta descolamento prematuro de placenta com intensa hemorragia e choque, sendo que a criança nasce com anoxia grave, vindo a falecer uma hora após. Nesse caso, em último lugar no atestado de óbito da criança, deve-se informar o desprendimento prematuro da placenta e, na linha de cima, a anoxia. É muito frequente os médicos informarem apenas a anoxia, deixando de registrar, no devido lugar, a causa básica. O relatório sobre os problemas de certificação das causas de morte feito em 1958, pelo "Committee on Medical Certification of Causes of Death", dos Estados Unidos [30], expôs também importantes aspectos do problema e, citando extensa bibliografia, fez referências à falta de exatidão dos atestados. Os autores revelam a maneira inadequada dos mesmos serem preenchidos, acentuando, porém, que seria possível obter significativa melhora, desse ponto de vista, desde que os médicos

tivessem perfeito conhecimento do que é pedido na declaração das causas de morte, assim como um maior senso de responsabilidade ao preencher os atestados. A mesma publicação estimou em 20 a 25% o número de atestados em que não ficava clara a opinião do médico sobre a causa básica da morte. Por outro lado, cita estudos feitos junto aos médicos de Filadélfia, de Cleveland e de zonas rurais de Ohio e Virgínia, cujo propósito era identificar os problemas que os mesmos tinham ao certificar as causas de morte e averiguar o grau de compreensão sobre a maneira de preencher os atestados. O relatório não apresenta os resultados, porém, destaca o fato de que o grupo de médicos entrevistados desejava receber guias de instruções sobre o procedimento correto quanto ao seu preenchimento.

No Brasil, a situação não se mostrou diferente. Milanesi e Laurenti, 1964[31], estudaram uma amostra de óbitos do Distrito de São Paulo. Entre outros aspectos, analisaram qual a proporção daqueles considerados corretos, sendo que "correto" foi definido como o atestado que mencionasse a causa básica, mesmo tendo sido escrita fora do lugar apropriado, inclusive na Parte II. A causa básica era conhecida através de informações adicionais, tais como entrevistas com os médicos que cuidaram do falecido, consulta ao prontuário dos hospitais, laudos de autopsias e outros. Os autores verificaram que apenas 67,6% dos atestados foram preenchidos corretamente, sendo que grande parte dos considerados incorretos deveu-se ao fato de que os médicos não os souberam preencher.

Fonseca e Laurenti, 1974[32], aproximadamente dez anos depois, fizeram estudo semelhante para óbitos ocorridos na mesma área, tendo verificado que os mesmos erros continuavam a existir.

Algumas investigações realizadas no país, sobre aspectos da mortalidade em adultos[33], em crianças[34], bem como estudo de causas múltiplas de morte[35], proporcionaram uma avaliação da qualidade das informações referentes à causa básica registrada pelos médicos nos atestados de óbito. Assim, nas declarações de óbitos de adultos no período 1962/64 em São Paulo, como causa básica, a tuberculose (todas as formas) deveria ser declarada 16% a mais, o câncer no esôfago, 42%, o câncer no estômago, 1%, a doença aterosclerótica do coração, 8%. Por outro lado, algumas causas foram declaradas como básicas maior número de vezes do que deveriam ser, pois o estudo mostrou que, na realidade, mesmo existindo no caso daquelas mortes elas não tinham sido, a rigor, a sua causa básica. É o que acontece muito frequentemente com as "Pneumonias" que deveriam ter sido declaradas 36% a menos. A mesma pesquisa mostrou que, também em Ribeirão Preto, outra cidade onde a pesquisa foi realizada, a Doença de Chagas, que foi declarada como causa básica em 150 atestados, deveria sê-lo em apenas 132; para as lesões vasculares que afetam o sistema nervoso central, esses valores foram, respectivamente, 103 e 126[33].

A "Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância"[34], que permitiu fazer uma avaliação da qualidade das informações registradas nos atestados de óbitos de crianças falecidas com menos de 5 anos de idade em três cidades brasileiras - Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, apresentou também erros desse tipo. As tabelas 1 e 2 mostram, para algumas causas de morte, as incorreções existentes quanto à declaração de doenças infecciosas em menores de 5 anos e a tabela 2 mostra os erros quando as causas básicas consideradas foram

as Perinatais, em menores de 1 ano. Embora os dados apresentados nas Tabelas 1 e 2 sejam bastante antigos, é ilustrativo mostrá-los, visto que essas investigações são consideradas clássicas nesse assunto.

Tabela 1 - Algumas doenças infecciosas declaradas como causa básica nos atestados originais (declarados por médicos) e como causa básica verdadeira (conhecida por investigação do caso), em menores de 5 anos, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, 1968/1970 (Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância).

CIDADE/CAUSA BÁSICA	ATESTADO ORIGINAL (1)	APÓS INVESTIGAÇÃO (2)	RELAÇÃO (2)(1)
RECIFE			
Doença diarreica (009)	1.226	1.155	0,94
Tuberculose (010-019)	31	59	1,90
Coqueluche(033)	3	28	9,33
Septicemia (038)	36	21	0,58
Sarampo (055)	143	381	2,66
RIBEIRÃO PRETO			
Doença diarreica (009)	190	322	1,75
Tuberculose (010-019)	3	2	0,66
Coqueluche(033)	1	7	7,00
Septicemia (038)	5	6	1,20
Sarampo (055)	26	46	1,77
SÃO PAULO			
Doença diarreica (009)	863	1.198	1,39
Tuberculose (010-019)	25	26	1,04
Coqueluche(033)	19	35	1,84
Septicemia (038)	68	38	0,56
Sarampo (055)	91	156	1,71

Estudando 1.832 casos que constituíram uma amostra de óbitos ocorridos em hospitais da cidade de São Paulo, no período de 1971/1972, óbitos estes de todas as idades, verificou-se que também existiam aqui erros na declaração da causa básica, tanto para mais quanto para menos. Assim, entre outros, a meningite meningocócica foi declarada como cautsa básica 3 vezes, quando deveria ser 10 vezes; o câncer de colo de útero, 8 e 11 vezes, respectivamente; as doenças hipertensivas 18 e 32 vezes; as bronquites 18 e 31 vezes; as pneumonias 214 e 92 vezes [35].

Estudo feito com óbitos de menores de um ano na Região Metropolitana do Rio de Janeiro[5] mostrou uma proporção de atestados incorretos de 53,1% para óbitos neonatais e 31,9% para óbitos pós neonatais.

Tabela 2 - Algumas causas perinatais declaradas como causa básica verdadeira (conhecida por investigação do caso), em menores de 1 ano, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, 1968/1970 (investigação interamericana de mortalidade na infância).

CIDADE/ CAUSA BÁSICA	ATESTADO ORIGINAL (1)	APÓS INVESTIGAÇÃO (2)	RELAÇÃO (2)(1)
RECIFE			
Afecções maternas (760-763)	3	27	9,00
Parto distócico (764-768)	5	81	16,20
Afecções da placenta e cordão (770-771)	5	57	11,40
Lesão ao nascer, causa não especificada (772)	49	46	0,94
RIBEIRÃO PRETO			
Afecções maternas (760-763)	7	19	2,71
Parto distócico (764-768)	15	48	3,20
Afecções da placenta e cordão (770-771)	7	23	3,29
Lesão ao nascer, causa não especificada (772)	332	14	0,44
SÃO PAULO			
Afecções maternas (760-763)	10	105	10,50
Parto distócico (764-768)	14	168	12,00
Afecções da placenta e cordão (770-771)	15	96	6,40
Lesão ao nascer, causa não especificada (772)	58	52	0,90

Em pesquisa mais recente, sobre mortes de mulheres em idade fértil (Tabela 3), evidenciou-se o mesmo problema e algumas causas de morte nos atestados "originais" e "refeitos" (após a investigação de cada caso) são apresentadas. Para cada doença, são mostrados quantos casos não tinham aquela doença como causa básica (exclui) e quantos passaram a ter (inclui)[36].

Lucena e col.[7], em artigo bastante atual, publicaram resultados de pesquisa feita em área do Sul do país, em que analisaram 528 Declarações de Óbito, verificando que cerca de metade, ainda, continha imperfeições. A existência desses erros, entre nós, justifica plenamente os esforços no sentido de educar ou treinar os alunos de Medicina, bem como os médicos, sobre a maneira correta de preencher os atestados de óbitos, e esclarecer o que essas informações representam para a saúde pública.

Os resultados dos estudos realizados em nosso meio e acima descritos mostram que a situação não é ainda satisfatória e esta publicação, em sucessivas edições desde 1979 – e que tem sido distribuída amplamente a médicos e estudantes de Medicina – tem contribuído para o seu aprimoramento. Realmente, o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, dentre suas atividades, faz, de maneira rotineira, avaliação da qualidade do preenchimento do atestado de óbito e, embora lentamente, tem sido constatada uma visível melhoria.

Tabela 3 - Algumas causas básicas de morte segundo declaração de óbito "original" e "nova" (refeita após investigação). Mulheres de 10 a 49 anos, capitais brasileiras, primeiro semestre 2002.

CAUSAS	DO-ORIGINAL	EXCLUI	EXCLUI	DO-NOVA
NEOPLASIAS				
Mama	390	2	35	423
Colo de Útero	196	18	68	246
Útero SOE	28	21	6	13
Pulmão	98	16	7	89
D. DO APARELHO CIRCULATÓRIO				
Acidente Vascular Cerebral	569	94	102	577
Doença Isquêmica do Coração	337	149	90	278
Insuficiência Cardíaca	47	35	29	41
DIABETES	162	22	148	288
CAUSA EXTERNAS				
Acidentes de Transporte	141	-	177	318
Suicídios	82	2	118	198
Homicídios	346	-	98	444
Causas Externas SOE	347	291	16	72

Fonte: Ref. Bibliográfica[36]

1.4. O PROBLEMA DAS CAUSAS MÚLTIPLAS

Embora se tenha comentado que, para fins de estatísticas oficiais de mortalidade do país a causa selecionada seja sempre a **básica**, todas as causas presentes no momento da morte ou que tenham contribuído para a mesma devem ser mencionadas no atestado. O avanço da informática, por sua vez, permite análises importantes sobre o assunto.

Esse procedimento vai possibilitar o estudo das chamadas **causas múltiplas** de morte que objetiva:

1º) conhecer, para cada causa básica, quais as causas mais comumente associadas;

2º) quantas vezes cada causa é mencionada nos atestados, independente do fato de ser ou não selecionada como causa básica.

3º) do conjunto de menções, quantas vezes é selecionada como básica.

Essa análise vai, assim, possibilitar estudos de associação de causas, além de permitir que diagnósticos com pouca probabilidade de serem selecionadas como causa básica possam ser conhecidos e mensurados.[37 35] É o que ocorre por exemplo com os transtornos mentais que, segundo dados do Ministério da Saúde, para o Brasil, em 2011, foram selecionados como causa básica 13.725 vezes nas Declarações de Óbito, tendo, entretanto, sido mencionados como causa múltipla em 62.810 mortes [3].

1.5. O USO DE TERMOS VAGOS

Já foi referido inicialmente que o registro das causas de morte no atestado objetiva fornecer informações para que os programas de saúde pública, elaborados a partir dessas evidências, sejam adequados à população em estudo.

Com base nessa assertiva, os médicos devem sempre evitar a utilização de termos vagos ou que representem sintomas, condições de morte ou formas de morrer e não, propriamente, causas de morte. Enquadram-se, nessa categoria "parada cardíaca", "parada cardiorespiratória", "falência múltipla de órgãos", entre outros, que são absolutamente vagas para as estatísticas, planejamentos em saúde, ou segundo Murray e Lopez, 1996, correspondem a "garbage code" [38].

Em alguns óbitos decorrentes de causa externa, principalmente, suicídio ou ingestão acidental de droga, medicamento ou outra substância tóxica, é comum os legistas simplesmente anotarem "aguardando exames complementares". Neste caso também, embora o que foi registrado na DO não tenha nenhum valor do ponto de vista epidemiológico, o IML pode enviar, posteriormente, ao Serviço de Estatística, uma retificação esclarecendo sobre os resultados dos exames toxicológicos realizados.

1.6. O USO DE SIGLAS

O uso das siglas constitui-se em prática quase que universal, não só no campo médico. Nesta área está também tão difundido que alguns hospitais dispõem das

publicações específicas para uso interno. Sua utilização, entretanto, deve ser sempre evitada nos atestados de óbito, visto que uma mesma sigla pode significar doenças diferentes e, nesses casos, confundir o codificador e, em última análise, alterar as estatísticas de mortalidade. É o caso por exemplo de IRA, que pode corresponder a Insuficiência Respiratória Aguda ou Insuficiência Renal Aguda; ICC, que pode significar Insuficiência Cardíaca Congestiva ou Insuficiência Coronária Crônica; TV corresponder a Trombose Venosa ou Taquicardia Ventricular.

1.7. O INTERVALO DE TEMPO ENTRE INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE

Já foi referido anteriormente que, embora o médico mencione a Causa Básica na sequência de causas que conduziram à morte, nem sempre o faz de maneira correta. Nesse sentido, o registro do tempo aproximado entre o início da doença e o óbito é bastante importante para que a correção possa ser feita.

Aqui é importante salientar que, em havendo dificuldade em precisar o início da doença, é aceitável fazer referência ao momento em que foi feito o diagnóstico.

É importante referir que, anotando um só diagnóstico por linha, o tempo entre o início da doença e a morte vai referir-se sempre àquele diagnóstico.

1.8. CID (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)

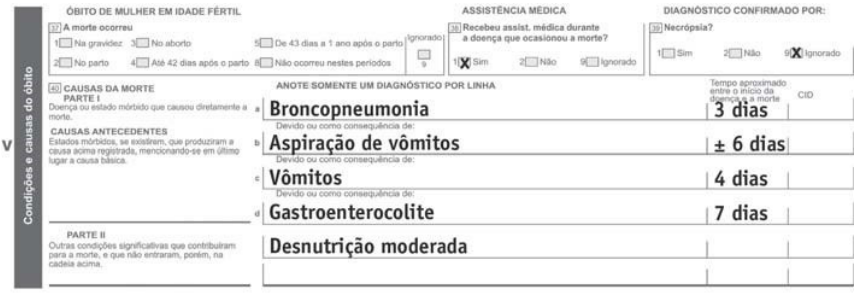
Trata-se de espaço destinado aos codificadores dos serviços de estatísticas das repartições encarregadas de trabalhar com o Sistema de Informações de Mortalidade. Vai corresponder ao código de cada diagnóstico na Classificação Internacional de Doenças. O médico, portanto, deve deixá-lo em branco.

1.9. EXEMPLOS SOBRE PREENCHIMENTO DE ATESTADOS DE ÓBITO

Neste item são apresentados 20 casos com as histórias clínicas que ocasionaram o óbito. Em seguida, aparece a forma correta do preenchimento do atestado para cada caso. Na sequência, a maneira como o atestado original foi preenchido pelo médico e alguns comentários que julgamos pertinentes.

Dia 3/12 começou a apresentar diarreia e vômitos de moderada intensidade até o dia 6, quando o quadro se intensificou e foi levado no Pronto Socorro: estava desidratado (2º para 3º grau) e apresentava sinais de desnutrição moderada. No dia 7, apresentou aspiração de vômitos, tendo-se desenvolvido quadro típico de broncopneumonia, comprovada pelo RX, dia 8. O quadro se agravou, apresentando-se febril e diarréico. Faleceu no dia 10.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Broncopneumonia 3 dias
Devido ou como consequência de:
b Aspiração de vômitos ± 6 dias
Devido ou como consequência de:
c Vômitos 4 dias
Devido ou como consequência de:
d Gastroenterocolite 7 dias
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Desnutrição moderada

ATESTADO ORIGINAL

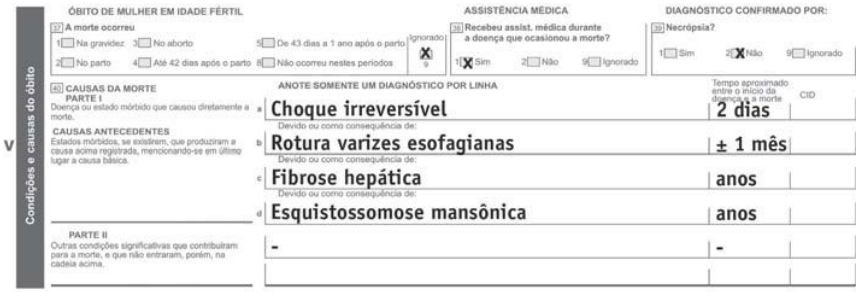
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Desnutrição -
Devido ou como consequência de:
b - -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-

COMENTÁRIOS

O médico, no atestado original, não declarou a causa básica (gastroenterite) na Parte I, referindo apenas desidratação, que é uma complicação da causa básica. Esse é um erro muito comum que deve ser evitado. Ainda que, quase sempre, a desidratação seja devido às síndromes diarréicas, pode ocorrer como consequência de outros processos infecciosos com quadro febril intenso. Não foi mencionado o tempo decorrido nem preenchidos os Campos 38 e 39.

Há um mês teve várias hematêmeses e, desde então, queda do estado geral, palidez acentuada e melena frequente. No dia da internação (18 de novembro), nova hematêmese. Ao exame físico: pressão arterial 80X60 mm Hg, pulso 128, hidratada, mucosas descoradas +++, baço a um dedo, fígado a 1 dedo, liso e duro. Visto ser a paciente procedente de zona endêmica de esquistossomose, foi feito o diagnóstico clínico de rotura de varizes esofagianas consequentes da hipertensão portal por fibrose hepática esquistossomótica. Este diagnóstico foi posteriormente confirmado por biópsia hepática. Feito o tamponamento das varizes, sem resultado. Operada (19 de novembro): esplenectomia e ligadura das veias cardiotuberositárias. Persistiu, porém, a hematêmese e a paciente veio a morrer em choque irreversível no dia 22 de novembro. Não foi realizada a autopsia.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado X 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Choque irreversível — 2 dias
Devido ou como consequência de:
b Rotura varizes esofagianas — ± 1 mês
Devido ou como consequência de:
c Fibrose hepática — anos
Devido ou como consequência de:
d Esquistossomose mansônica — anos
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-
-

ATESTADO ORIGINAL

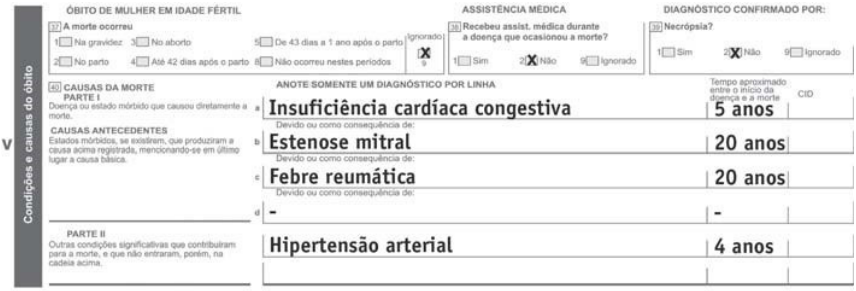
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Choque — 2 dias
Devido ou como consequência de:
b Hemorragia — ± 1 mês
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-
-

COMENTÁRIOS

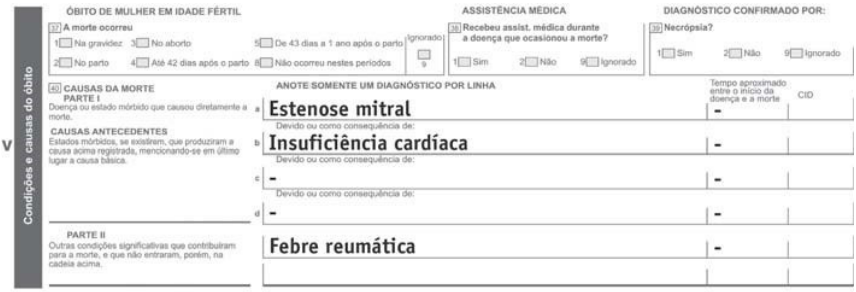
Neste caso, o médico, no atestado original, não fez nenhuma referência à causa básica (esquistossomose). Por outro lado, mesmo tendo colocado o tempo e declarado a hemorragia como causa básica, não refere qual a localização da mesma. Esse é um aspecto negativo nas estatísticas de mortalidade, visto que hemorragia sem outra especificação pode ser até decorrente de causa violenta. Nota-se que, apesar de se tratar de óbito de mulher em idade fértil, o Campo 37 não foi preenchido, o que é um erro. Idem, os Campos 38 e 39.

Há 20 anos teve febre reumática, apresentando, como complicação, estenose mitral. Há 5 anos vem apresentando insuficiência cardíaca congestiva com compensação após tratamento. Ultimamente, o quadro se agravou, sendo que a insuficiência cardíaca tornou-se irreversível. Faleceu com esse quadro. Há 4 anos foi constatado ter hipertensão arterial, a qual evoluiu com níveis variando de 190-160 mm Hg (sistólica) e 100-120 mm Hg (diastólica).

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 X
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Insuficiência cardíaca congestiva 5 anos
Devido ou como consequência de:
b Estenose mitral 20 anos
Devido ou como consequência de:
c Febre reumática 20 anos
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Hipertensão arterial 4 anos

ATESTADO ORIGINAL

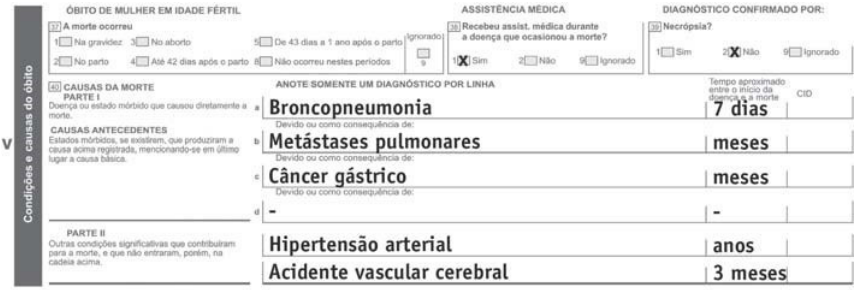

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Estenose mitral -
Devido ou como consequência de:
b Insuficiência cardíaca -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Febre reumática -

COMENTÁRIOS

O médico colocou como causa terminal a estenose mitral e como causa básica a insuficiência cardíaca. Isto é, informou que esta última foi a causa daquela. Não somente existe um erro quanto à sequência, mas também não foi informada corretamente a causa básica (febre reumática), que aparece citada na Parte II do Atestado. O Campo 37 não foi preenchido, embora se tratasse de óbito de mulher em idade fértil. Essa também é uma falha bastante comum e vai obrigar o Serviço de Saúde a promover uma investigação para saber se a falecida estava (ou havia estado) grávida, a fim de, se for o caso, promover a devida correção para óbito por causa materna.

Há 10 meses foi operado de câncer gástrico (comprovado por exame histopatológico). Na evolução, apresentou metástases pulmonares e o quadro clínico foi progressivamente piorando sendo que, uma semana antes do óbito, apresentou quadro broncopneumônico. O paciente era hipertenso há anos e 3 meses antes da morte teve um acidente vascular cerebral, permanecendo hemiplégico.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Broncopneumonia 7 dias
Devido ou como consequência de:
b Metástases pulmonares meses
Devido ou como consequência de:
c Câncer gástrico meses
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Hipertensão arterial anos
Acidente vascular cerebral 3 meses

ATESTADO ORIGINAL

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Câncer de pulmão -
Devido ou como consequência de:
b - -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -
- -

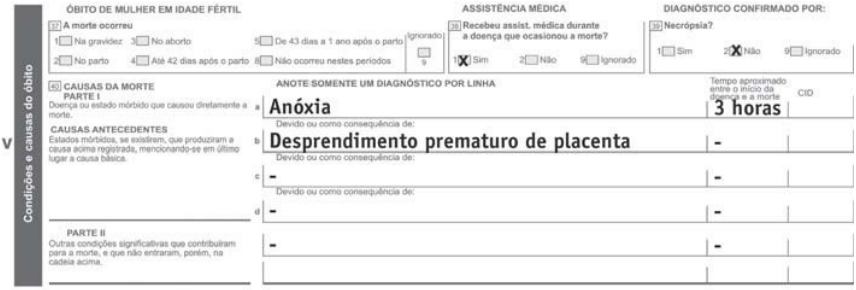
COMENTÁRIOS

Embora o médico que preencheu o atestado de óbito fosse quem sempre tratou o doente, inclusive, conhecendo todos os exames complementares que comprovaram os diagnósticos, esses não foram registrados no atestado. O paciente não tinha câncer de pulmão, mas sim, a localização primária da neoplasia era no estômago. No pulmão, pelo diagnóstico feito, havia metástase. Esse é um tipo de erro muito frequente: o médico declara somente as metástases e não a localização primária, que é a causa básica, o que deturpa as estatísticas de mortalidade segundo causas.

Deve-se notar também que o médico não declarou as outras afecções que o paciente apresentava – Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral – que deviam ser anotadas na Parte II.

Criança nascida de parto normal, em precárias condições (APGAR 2). A gestação havia sido normal até mais ou menos os 8 meses, quando a mãe começou a apresentar hemorragia vaginal, não procurando médico nas primeiras 24 horas. Quando foi levada ao hospital já estava em pré-choque. Foi diagnosticado desprendimento prematuro da placenta. A criança nasceu cianótica, com sinais e sintomas de anoxia, falecendo 3 horas após o nascimento.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Anóxia 3 horas
Devido ou como consequência de:
b Desprendimento prematuro de placenta -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

ATESTADO ORIGINAL

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Anóxia neonatal -
Devido ou como consequência de:
b - -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

COMENTÁRIOS

É muito frequente, em casos de morte perinatais (nascidos mortos e mortes na primeira semana de vida), o médico declarar somente anóxia ou hipóxia, sem fazer referência à causa básica que levou a isso. É verdade que, em muitos casos, não é fácil saber qual a causa que levou à anóxia e, às vezes, é mesmo impossível. Nessa eventualidade, cabe somente informar a anóxia. Porém, sempre que se conhecer o fator materno, fetal ou materno-fetal causador de anóxia, esse fator deve ser registrado como causa básica.

Criança portadora de Tetralogia de Fallot; vinha passando relativamente bem e estava sendo preparada para ser submetida à cirurgia. Numa manhã, quando a mãe foi a seu quarto, encontrou-a morta.

FORMA CORRETA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Tetralogia de Fallot 3 anos
Devido ou como consequência de:
b –
Devido ou como consequência de:
c –
Devido ou como consequência de:
d –
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

ATESTADO ORIGINAL

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Cardiopatia congênita –
Devido ou como consequência de:
b Parada cardíaca –
Devido ou como consequência de:
c –
Devido ou como consequência de:
d –
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

COMENTÁRIOS

O diagnóstico básico estava bem estabelecido, porém não foi possível estabelecer qual foi a causa terminal (arritmia cardíaca? crise anóxia? outra complicação?). Nessas circunstâncias deve ser registrada somente a causa básica, não se tentando "criar" algum diagnóstico que justifique a morte. O atestado original apresenta dois erros: primeiro, a sequência é impossível; de fato, uma "parada cardíaca" não leva a uma "cardiopatia congênita" e, sim, o contrário. Em segundo lugar, o médico registrou cardiopatia congênita quando o diagnóstico desta já estava bem claro, isto é, tratava-se de Tetralogia de Fallot. Deve-se também notar que o termo "parada cardíaca" é muito utilizado entre nós (às vezes como única informação no atestado de óbito) mesmo naqueles casos onde a causa básica não é uma doença cardíaca. Quando a morte ocorre, obviamente, há a parada de batimentos cardíacos. Recomenda- se não colocar o diagnóstico "parada cardíaca".

Pedreiro estava trabalhando em um andaime, à altura do 12º andar, quando caiu acidentalmente. Teve morte instantânea. O relatório de autopsia (IML) evidenciou traumatismos múltiplos (crânio, bacia, membros).

FORMA CORRETA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Politraumatismo — segundos
Devido ou como consequência de:
b Queda acidental de andaime — segundos
Devido ou como consequência de:
c -
Devido ou como consequência de:
d -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-

ATESTADO ORIGINAL

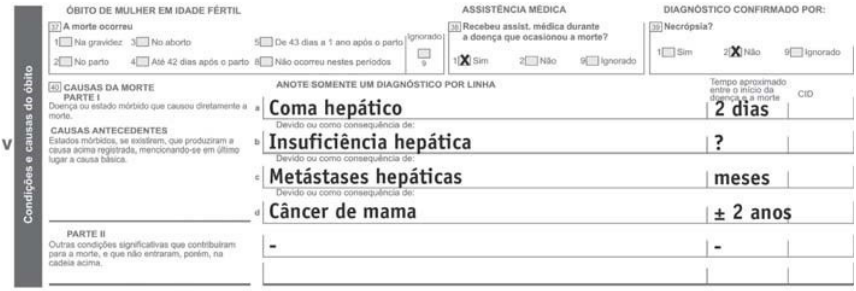
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Politraumatismo — -
Devido ou como consequência de:
b - — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- — -

COMENTÁRIOS

No caso de mortes violentas (acidentes, suicídios, homicídios), por definição, a causa básica é a "circunstância do acidente". No caso, a "queda acidental de andaime" e, dessa maneira, deveria estar especificada. A circunstância do acidente é a chamada causa externa da lesão e a consequência (traumatismo, ferimento, queimadura etc.) é a chamada natureza da lesão. Para efeito de estatísticas de mortalidade segundo causa básica, somente interessa a causa externa. O problema que ocorre é que, nesses casos de mortes violentas, quem preenche e assina os atestados de óbito é o médico do Instituto Médico Legal (IML). Nesse caso, é importante que o legista preencha, também, os itens específicos relativos à violência. Bloco VII da DO (ver Parte II desta publicação).

Há 2 anos, nódulos na mama esquerda. Na ocasião da consulta, apresentava grande aumento da mama, mamilo retraído e gânglios axilares palpáveis. Foi levada à cirurgia (maio) com diagnóstico de câncer da mama com metástases ganglionares, o que foi confirmado por cirurgia e biópsia. Passou bem por quatro meses, quando o estado geral começou a piorar, aparecendo fígado aumentado de volume, nodular, ascite e icterícia. Dois dias antes do óbito entrou em coma hepático, clínica e laboratorialmente comprovado. Faleceu em janeiro do ano seguinte, não tendo sido realizada a autopsia.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

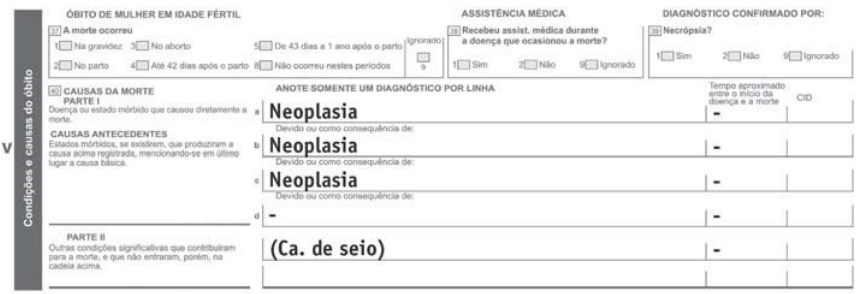
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

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

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
a	Coma hepático	2 dias	
b (Devido ou como consequência de:)	Insuficiência hepática	?	
c (Devido ou como consequência de:)	Metástases hepáticas	meses	
d (Devido ou como consequência de:)	Câncer de mama	± 2 anos	
	-	-	

ATESTADO ORIGINAL


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

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.

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

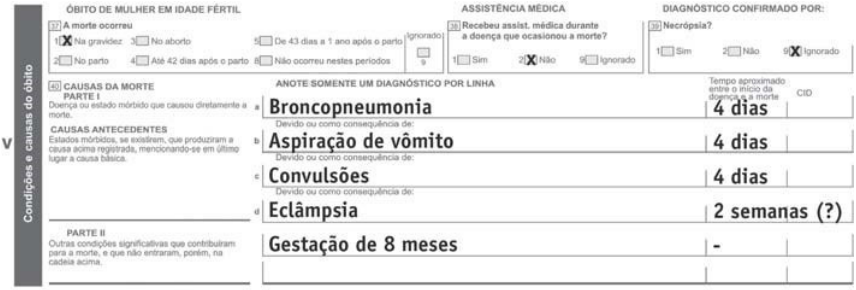
		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Neoplasia	-	
b (Devido ou como consequência de:)	Neoplasia	-	
c (Devido ou como consequência de:)	Neoplasia	-	
d (Devido ou como consequência de:)	-	-	
	(Ca. de seio)	-	

COMENTÁRIOS

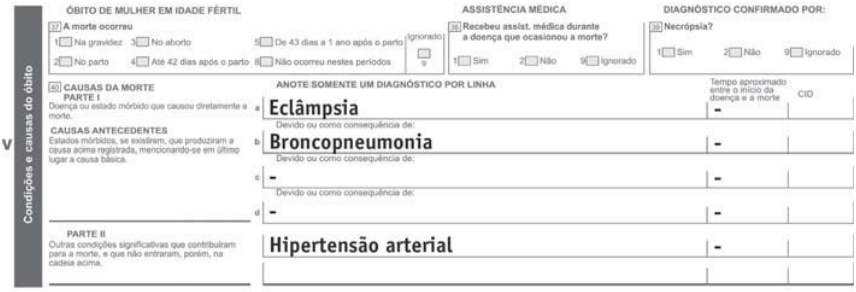
Na Parte I do atestado não fica claro o que o médico quis dizer. Neoplasia benigna ou maligna? Qual a localização? Na Parte II, anotou, como causa, "Ca de seio", quando provavelmente queria dizer "CA de mama". Nota-se que o intervalo de tempo entre o início da doença e a morte também não foi referido.

Gravidez de 8 meses, não fez pré-natal. Há semanas, as pernas ficaram muito inchadas e assim permaneceu até agora. Há 5 dias vem tendo muita dor de cabeça e ficou "torporosa". Hoje "perdeu a consciência" e quase não respondia nem reagia quando era chamada. Trazida ao Pronto Socorro, encontrou-se: edema +++ de membros inferiores; taquicardia (FC=120), PA= 210 X 140 mm Hg; coma superficial; pulmões com estertores crepitantes, principalmente nas bases. Durante o exame apresentou convulsão, tendo vomitado e aspirado vômito. Diagnóstico: "eclâmpsia, convulsões, aspiração de vômito". Um RX, no dia seguinte, mostrou "broncopneumonia", evoluiu com febre alta, semicomatosa, tendo sido também diagnosticada "septicemia". Esse último diagnóstico, entretanto, só apareceu uma vez na evolução e com interrogação (?). Faleceu 4 dias após a internação, com o mesmo quadro.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 [X] Na gravidez 3 [ ] No aborto
2 [ ] No parto 4 [ ] Até 42 dias após o parto
5 [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto
8 [ ] Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 [ ]
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 [ ] Sim 2 [X] Não 9 [ ] Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9 [X] Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Broncopneumonia — 4 dias
Devido ou como consequência de:
b Aspiração de vômito — 4 dias
Devido ou como consequência de:
c Convulsões — 4 dias
Devido ou como consequência de:
d Eclâmpsia — 2 semanas (?)
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Gestação de 8 meses — -

ATESTADO ORIGINAL

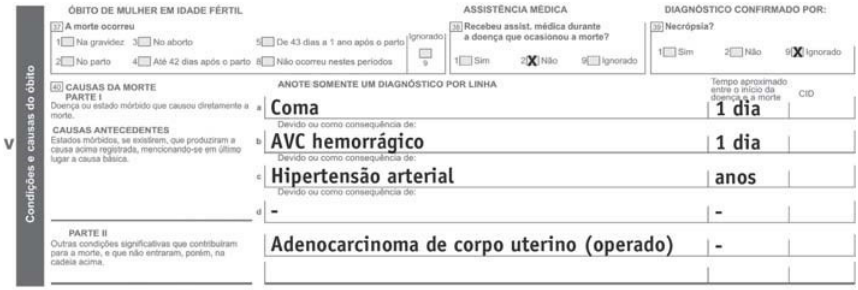

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 [ ] Na gravidez 3 [ ] No aborto
2 [ ] No parto 4 [ ] Até 42 dias após o parto
5 [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto
8 [ ] Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 [ ]
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9 [ ] Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9 [ ] Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Eclâmpsia — -
Devido ou como consequência de:
b Broncopneumonia — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Hipertensão arterial — -

COMENTÁRIOS

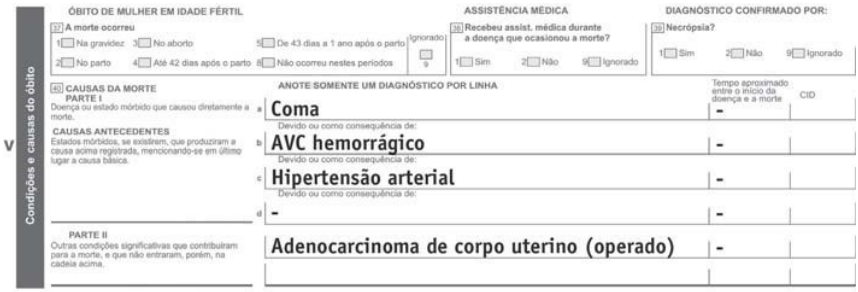
Ainda que informada a causa básica (eclâmpsia), esta foi declarada incorretamente no atestado de óbito. De fato, ela foi declarada como consequência ou devido à Broncopneumonia. Na "Forma Correta", foi declarada na Parte II "gestação de 8 meses". Informação deste tipo tem sido frequente em casos de morte materna. Por outro lado, não foi possível precisar o tempo ou intervalo de tempo de surgimento da eclâmpsia. Pela história clínica, julgou-se 2 semanas, colocando, por essa razão, uma interrogação (?). O médico, no atestado original, não fez menção ao tempo.

Em 09 de julho, com diagnóstico de adenocarcinoma de corpo uterino comprovado por biópsia, submeteu-se a uma panhisterectomia. Fez tratamento, a seguir, com quimioterápicos e transfusões de sangue. Tinha uma hipertensão arterial antiga (220 X 140 mm Hg) que vinha sendo controlada com hipotensores e dieta hipossódica. Um ano e dois meses após, em 24 de novembro, teve quadro de inconsciência, com desvio da boca para a esquerda, hemiplegia direita com hiperreflexia patelar e Babinski esboçado. O quadro foi tratado como acidente vascular cerebral, tendo havido recuperação parcial. No dia do óbito, 11 de dezembro, entrou subitamente em coma profundo, com total arreflexia. Faleceu horas após à instalação do quadro, sem se recuperar. O exame de líquor revelou hemorragia.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Coma — 1 dia
Devido ou como consequência de:
b AVC hemorrágico — 1 dia
Devido ou como consequência de:
c Hipertensão arterial — anos
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Adenocarcinoma de corpo uterino (operado) -

ATESTADO ORIGINAL

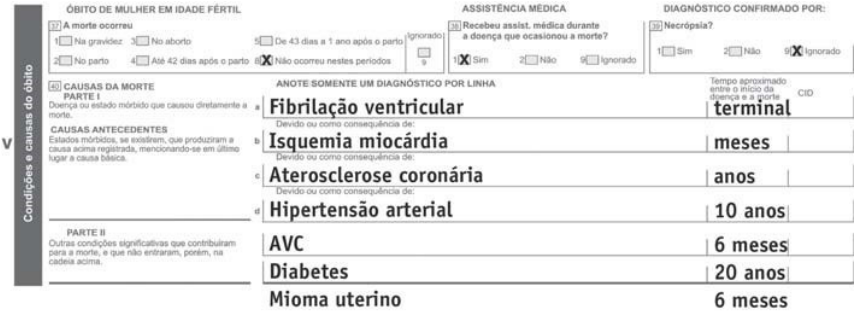

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Coma — -
Devido ou como consequência de:
b AVC hemorrágico — -
Devido ou como consequência de:
c Hipertensão arterial — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Adenocarcinoma de corpo uterino (operado) -

COMENTÁRIOS

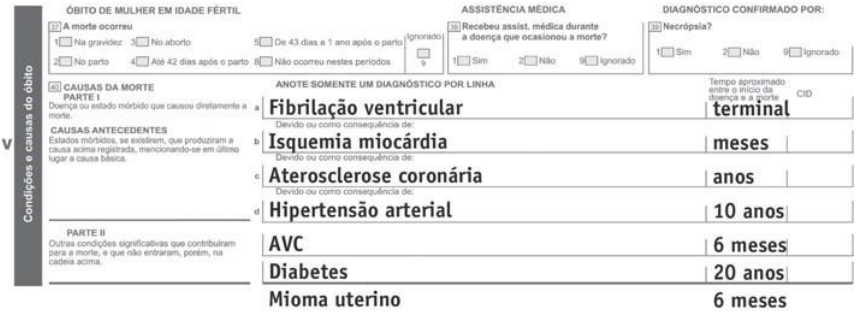
O atestado original preenchido pelo médico estava correto, faltando, apenas a informação relativa ao intervalo de tempo decorrido entre o início da doença e a morte, além do preenchimento dos Campos 38 e 39.

Há 20 anos diabética, mantendo-se bem compensada; há 10 anos, hipertensão arterial, porém, nunca seguiu regularmente o tratamento recomendado. Somente fazia o tratamento para diabetes (antidiabético oral e, ocasionalmente, insulina). Nos últimos dois anos, sua P.A., por várias vezes, chegou a níveis superiores a 200 mm Hg, de máxima. Há 6 meses, apresentou A.V.C. isquêmico, ficando com sequela de hemiparesia esquerda; na ocasião do A.V.C. referiu dor precordial e o E.C.G apresentou "isquemia miocárdia intensa". Esteve internada por 2 semanas. Desde então, vem tomando vasodilatadores coronarianos e segue, rigorosamente, o tratamento para a hipertensão (hipotensor e diurético). Há um mês, metrorragia moderada que melhorou com remédios receitados por farmacêutico; há 3 dias, metrorragia intensa, ficando acamada e como não melhorasse procurou o hospital. Suspeitando de "tumor uterino", foi internada e feitos vários exames que estavam todos normais, exceto o E.C.G., que mostrou sinais de isquemia miocárdia. Submetida à cirurgia, foi constatado ser portadora de mioma uterino, tendo sido feita histerectomia. Passou bem no 1º dia, sendo que, no 2º dia após a cirurgia, começou a apresentar "desconforto" precordial. Feito E.C.G., que evidenciou taquicardia com extrassístoles ventriculares. Levada à U.T.I, apresentou várias crises de fibrilação ventricular, tendo falecido numa dessas crises. Os E.C.G. não revelaram enfarte. Faleceu 52 horas após a cirurgia.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 X Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Fibrilação ventricular — terminal
Devido ou como consequência de:
b Isquemia miocárdia — meses
Devido ou como consequência de:
c Aterosclerose coronária — anos
Devido ou como consequência de:
d Hipertensão arterial — 10 anos
AVC — 6 meses
Diabetes — 20 anos
Mioma uterino — 6 meses

ATESTADO ORIGINAL


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Fibrilação ventricular — terminal
Devido ou como consequência de:
b Isquemia miocárdia — meses
Devido ou como consequência de:
c Aterosclerose coronária — anos
Devido ou como consequência de:
d Hipertensão arterial — 10 anos
AVC — 6 meses
Diabetes — 20 anos
Mioma uterino — 6 meses

COMENTÁRIOS

O atestado original estava correto quanto ao preenchimento das causas, inclusive, o tempo entre cada diagnóstico e a morte. Note-se que o médico informou, ainda (embora tenha usado linha adicional), que a paciente tinha mioma uterino há 6 meses. A incorreção apresentada refere-se, apenas, ao não preenchimento dos Campos 37, 38 e 39.

Há 5 dias, febre moderada e um pouco de tosse e inapetência, não aceitando praticamente nada. Há 2 dias, febre alta e muita tosse. Ao exame físico, apresentava sinais característicos de broncopneumonia; criança em péssimo estado geral, desidratada ++, ofegante, batimento de asas de nariz, temperatura 39,5ºC. Nessas condições, foi internada de urgência: feita radiografia, que confirmou o diagnóstico de broncopneumonia. Faleceu 2 horas após a internação.

FORMA CORRETA

Condições e causas do óbito

V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

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

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X 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

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

a Desidratação | -
Devido ou como consequência de:
b Brocopneumonia | 5 dias
Devido ou como consequência de:
c - | -
Devido ou como consequência de:
d - | -

PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- | -

ATESTADO ORIGINAL

Condições e causas do óbito

V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

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

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

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

a Parada cardíaca | -
Devido ou como consequência de:
b - | -
Devido ou como consequência de:
c - | -
Devido ou como consequência de:
d - | -

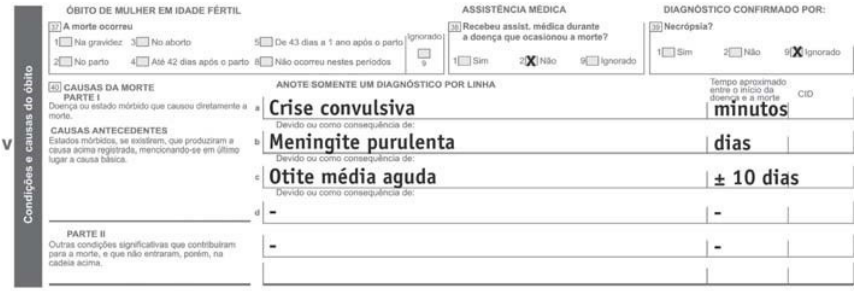
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- | -

COMENTÁRIOS

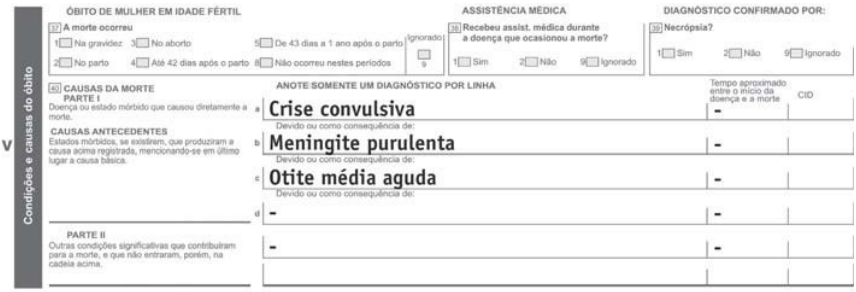
Sem comentários! Apesar de todos os diagnósticos feitos, o médico não colocou nenhum. Escreveu apenas "parada cardíaca", expressão que não se recomenda utilizar, conforme comentado no item 1.5 desta publicação. Nota-se que os Campos 38 e 39 não foram preenchidos.

Há 10 dias, choro mais ou menos contínuo, tendo sido notada febre; porém, a mãe não soube dizer a quanto chegou a temperatura. Permaneceu uns 2 dias assim, tomando apenas aspirina. Levou a criança ao farmacêutico que disse ser "dor de ouvido" e receitou "gotas". Como não melhorasse, levou a um médico que examinou e diagnosticou "otite média aguda", referindo que era preciso levar a um especialista para fazer paracentese. A mãe não levou e continuou com os remédios receitados pelo farmacêutico. Há 2 dias, foi notado que a criança estava com o pescoço "um pouco duro" e teve uma convulsão mais intensa, tendo sido levada ao hospital. À admissão apresentava: temperatura 39ºC, rigidez de nuca, desidratação, pulmões limpos. O exame O.R.L. revelou otite média bilateral e o líquor mostrou-se purulento. Feito o diagnóstico de meningite purulenta e iniciado tratamento. Aproximadamente 5 horas após a internação teve uma crise convulsiva bastante intensa, falecendo logo a seguir.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X Ignorado
Condições e causas do óbito
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Crise convulsiva — minutos
Devido ou como consequência de:
b Meningite purulenta — dias
Devido ou como consequência de:
c Otite média aguda — ± 10 dias
Devido ou como consequência de:
d -
-
-

ATESTADO ORIGINAL


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Crise convulsiva — -
Devido ou como consequência de:
b Meningite purulenta — -
Devido ou como consequência de:
c Otite média aguda — -
Devido ou como consequência de:
d -
-
-

COMENTÁRIOS

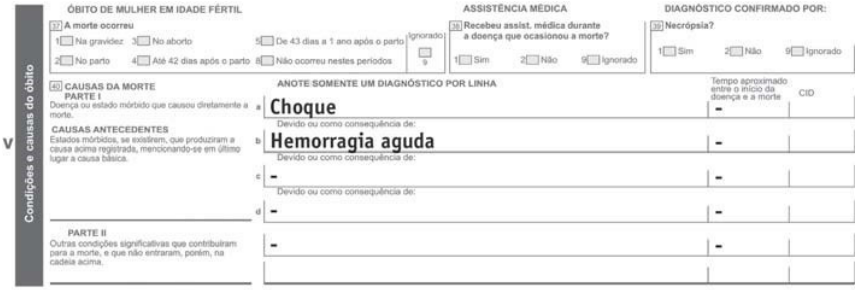
O atestado original foi passado corretamente quanto às causas e sua sequência, faltando, entretanto, o preenchimento dos Campos 38 e 39 e o tempo decorrido entre cada diagnóstico e o óbito.

Em 10 de maio foi admitida em estado de choque, num serviço de emergência. Estava no final do 8º mês de gestação e fez apenas duas consultas durante o pré-natal (no 4º e 5º mês de gestação). Essa era a 4ª gestação, sendo as anteriores normais e com filhos vivos. À entrada, não se conseguiu detectar a pressão arterial, pulso fino e taquicárdico (em torno de 140 por minuto). Anemia intensa de mucosas. Segundo familiares, estava com hemorragia genital há "mais de uma semana", de início não muito abundante, porém, de intensidade crescente. Há dois dias permaneceu na cama e hoje, ao levantar-se, desmaiou, sendo então trazida ao Pronto Socorro. Foi diagnosticada: anemia aguda por hemorragia devido a descolamento da placenta, com feto morto. Foi realizada operação cesariana, tendo ocorrido o óbito imediatamente após a cirurgia.

FORMA CORRETA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 [X] Na gravidez 3 [ ] No aborto
2 [ ] No parto 4 [ ] Até 42 dias após o parto
5 [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto
8 [ ] Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 [ ]
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 [ ] Sim 2 [X] Não 9 [ ] Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 [ ] Sim 2 [X] Não 9 [ ] Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Choque hipovolêmico — 1 dia
Devido ou como consequência de:
b Anemia aguda — dias
Devido ou como consequência de:
c Hemorragia genital — 1 semana
Devido ou como consequência de:
d Descolamento prematuro de placenta — 1 semana
Cesariana — -

ATESTADO ORIGINAL

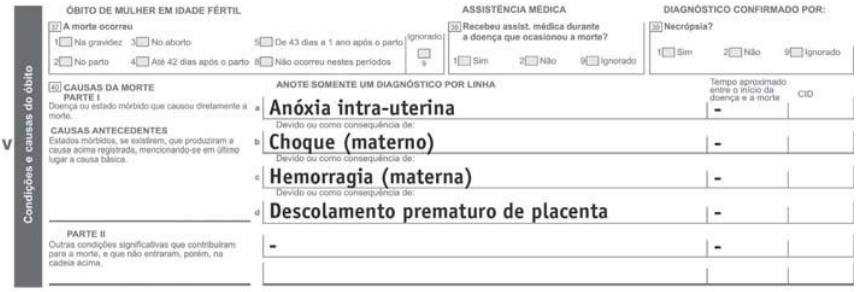

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 [ ] Na gravidez 3 [ ] No aborto
2 [ ] No parto 4 [ ] Até 42 dias após o parto
5 [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto
8 [ ] Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 [ ]
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9 [ ] Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9 [ ] Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Choque — -
Devido ou como consequência de:
b Hemorragia aguda — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
- — -

COMENTÁRIOS

Trata-se de um caso de morte materna. Esse grupo de causas - maternas - por várias razões, constitui aquele mais mal declarado pelos médicos. Estima-se que exista uma subenumeração de aproximadamente 50% dos casos. Pelo atestado original, não existe nenhuma indicação de que se trata de uma morte por uma complicação da gravi-

dez. O médico, nesse caso, deve estar atento aos itens específicos do atestado de óbito, respondendo se a mulher estava grávida no momento da morte ou se esteve grávida nos doze meses que precede- ram o óbito (Campo 37 do Bloco V).

Aqui é importante notar, também, que o atestado de óbito citado é o relativo à morte da mãe, sendo necessário preencher outra Declaração para o filho nascido morto, anotando, na 1ª casela da DO (Campo 1 do Bloco I), que se trata de óbito fetal (ver Parte II desta publicação). O atestado médico de causa de morte para o nascido morto seria:



V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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.

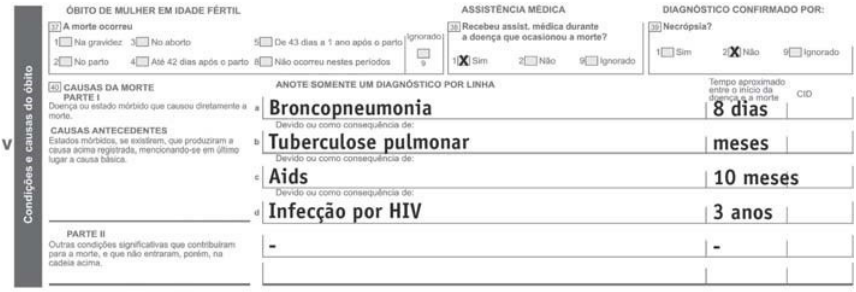
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Anóxia intra-uterina	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Choque (materno)	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	Hemorragia (materna)	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	Descolamento prematuro de placenta	-	
	-	-	

Há 3 anos foi diagnosticado ser portador do vírus HIV, sendo, entretanto, completamente assintomático. Há 10 meses começou a apresentar febre, diarréias ocasionais, emagrecimento e "manchas" na pele. Passou a ter tosse e foi feito diagnóstico de tuberculose pulmonar, confirmado por exames complementares. O estado geral foi se agravando e estava caquético. Há 6 dias, o estado geral piorou ainda mais, com muita tosse, expectoração mucopuruleta e com laivos de sangue. RX de tórax compatível com tuberculose e broncopneumonia. Quadro de intensa dificuldade respiratória, dispnéico e ligeiramente cianótico. Faleceu com quadro de insuficiência respiratória grave.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Broncopneumonia 8 dias
Devido ou como consequência de:
b Tuberculose pulmonar meses
Devido ou como consequência de:
c Aids 10 meses
Devido ou como consequência de:
d Infecção por HIV 3 anos
- -

ATESTADO ORIGINAL

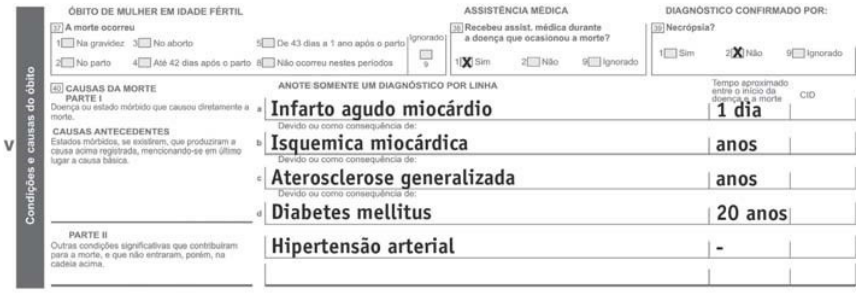
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a - -
Devido ou como consequência de:
b Aids -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
- -

COMENTÁRIOS

Ainda que o médico tenha declarado a causa básica (AIDS), não colocou as complicações, fato que prejudica os estudos sobre as doenças associadas à AIDS (causas múltiplas como referido em 1.4 desta publicação). Além disso, fez o registro da causa em 1b e não em 1a como seria de se esperar, se essa foi a única causa citada. Os Campos 38 e 39 não foram preenchidos, como também não mencionado o tempo relativo à AIDS.

Diabético há 20 anos sendo que, ultimamente (mais ou menos 1 ano), vem apresentando dores no peito, claudicação intermitente e pés frios. Há mais ou menos um mês, esteve internado para fazer exames e teve os diagnósticos: diabetes mellitus, aterosclerose generalizada, cardiopatia isquêmica, arteriopatia periférica (diabética) e hipertensão arterial. Há 4 dias, teve forte dor no peito e desmaiou. Ficou muito pálido e com sudorese abundante. Trazido para a Emergência, chegou em razoável estado geral, sendo que o E.C.G. mostrou "infarto extenso do miocárdio". Cinco horas após ser internado, teve arritmia cardíaca e, a seguir, edema agudo de pulmão e morte.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

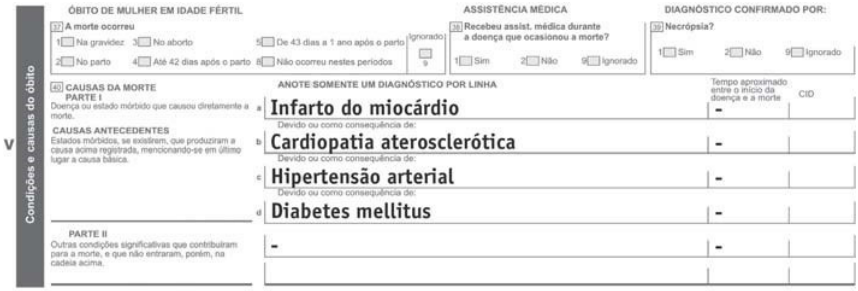
CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Infarto agudo miocárdio	1 dia	
	Devido ou como consequência de:		
b	Isquemica miocárdica	anos	
	Devido ou como consequência de:		
c	Aterosclerose generalizada	anos	
	Devido ou como consequência de:		
d	Diabetes mellitus	20 anos	
	Hipertensão arterial	-	

ATESTADO ORIGINAL


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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.

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

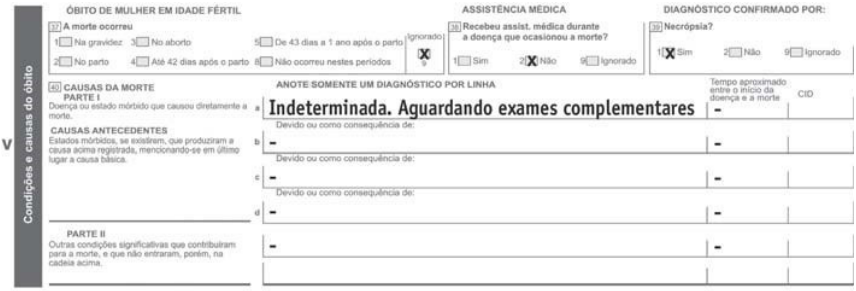
		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Infarto do miocárdio	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Cardiopatia aterosclerótica	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	Hipertensão arterial	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	Diabetes mellitus	-	
	-	-	

COMENTÁRIOS

O atestado original está correto. O médico admitiu a hipertensão arterial como sendo consequência do diabetes de 20 anos, embora não tenha mencionado o tempo, nem preenchido os Campos 38 e 39.

Chegou ao hospital trazida pelo zelador do prédio em que residia. Havia sido encontrada caída, no hall social do edifício. Morreu logo após. O Plantonista do serviço de Emergência suspeitou de intoxicação exógena, encaminhando o corpo para o IML.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9 X

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado

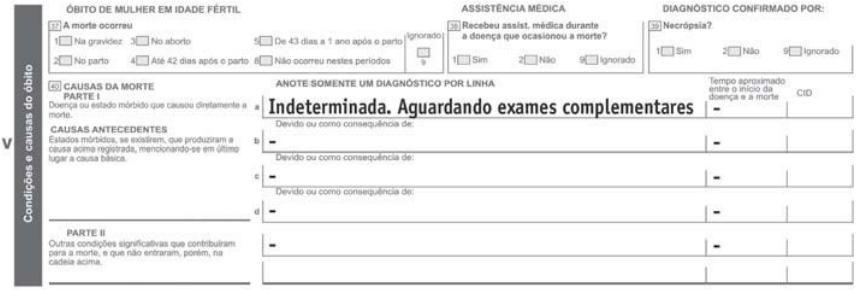
40 CAUSAS DA MORTE
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

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

a Indeterminada. Aguardando exames complementares | -
Devido ou como consequência de:
b - | - |
Devido ou como consequência de:
c - | - |
Devido ou como consequência de:
d - | - |
- | - |

ATESTADO ORIGINAL


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

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

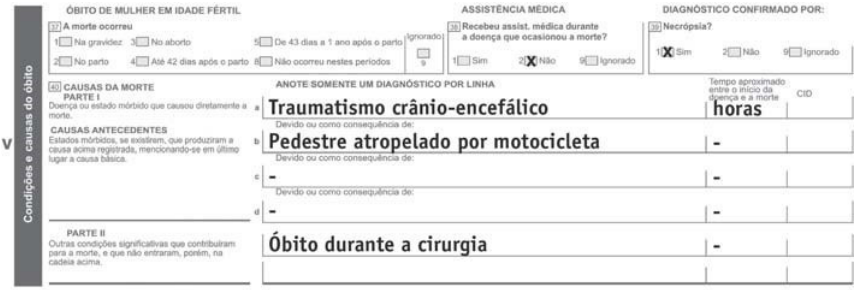
a Indeterminada. Aguardando exames complementares | -
Devido ou como consequência de:
b - | - |
Devido ou como consequência de:
c - | - |
Devido ou como consequência de:
d - | - |
- | - |

COMENTÁRIOS

Embora o atestado original esteja, praticamente, igual à forma correta, nesses casos, após o resultado dos exames, se a causa vier a ser constatada, o IML poderá enviar a informação ao Serviço de Estatística Local, conforme referido no item 1.7 desta publicação. Quanto à realização da necropsia em mulheres em idade fértil, é importante o exame do útero e anexos, visando ao possível relacionamento da causa com gravidez, e, portanto, correção dos casos de morte materna. Notar que os Campos 37, 38 e 39 não foram preenchidos no atestado original.

Ao atravessar a rua, foi atropelado por motocicleta que vinha em alta velocidade. Foi recolhido pelo Serviço de Resgate e deu entrada ao PS com ferimento na cabeça. Constatando traumatismo crânio-encefálico, foi operado, evoluindo para óbito durante a cirurgia. O corpo foi encaminhado para o IML.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 X 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

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

a Traumatismo crânio-encefálico — horas
Devido ou como consequência de:
b Pedestre atropelado por motocicleta — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -

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

Óbito durante a cirurgia — -

ATESTADO ORIGINAL

Condições e causas do óbito

V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

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

a TCE — -
Devido ou como consequência de:
b - — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -

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

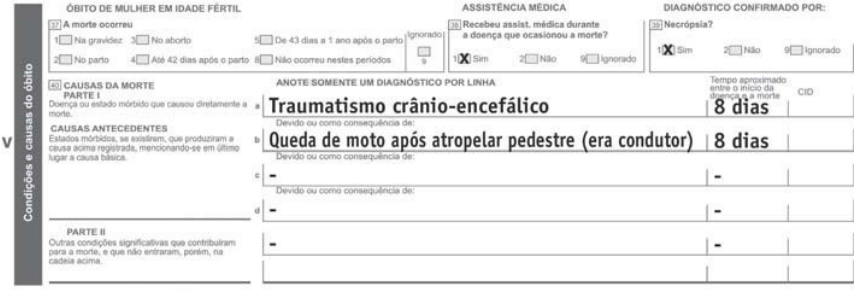
- — -

COMENTÁRIOS

Nota-se que o legista preencheu exclusivamente, a natureza da lesão, não fazendo menção às circunstâncias do acidente responsável por essas lesões. Além disso, usou apenas sigla, o que deve ser evitado. Os Campos 38 e 39 não foram preenchidos, assim como o tempo (ver comentário sobre o Caso 19).

No mesmo acidente anterior (CASO 18), ocorreu queda do condutor da moto, que bateu a cabeça na guia (estava sem capacete). Chegou ao hospital com TCE, foi submetido a cirurgia e, após 8 dias de internação, evoluiu para óbito. Corpo encaminhado ao IML.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito
V
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 X 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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Traumatismo crânio-encefálico 8 dias
Devido ou como consequência de:
b Queda de moto após atropelar pedestre (era condutor) 8 dias
Devido ou como consequência de:
c -
Devido ou como consequência de:
d -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-

ATESTADO ORIGINAL

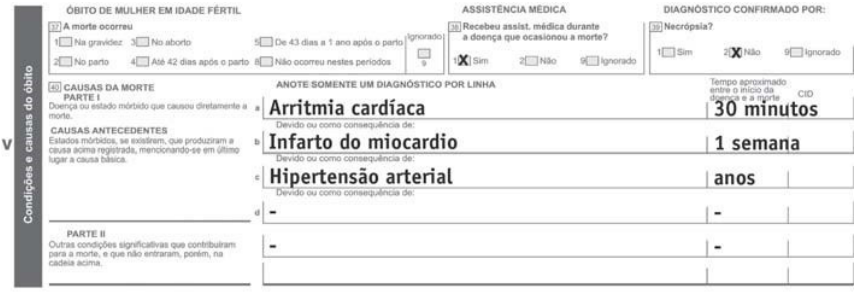
Condições e causas do óbito
V
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto
5 De 43 dias a 1 ano após o parto
8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a TCE -
Devido ou como consequência de:
b - -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

COMENTÁRIOS

Ver comentário ao caso anterior (Caso 18). Além de usar sigla, o que deve ser evitado, não fica claro qual a qualidade dessa vítima enquanto usuária da via pública, visto que o legista não colocou a circunstâncias do acidente, nem o intervalo de tempo decorrido entre o acidente e a morte. É possível notar que, relativamente ao Caso 18, este se refere a uma queda de moto (o falecido conduzia a moto), com óbito 8 dias após o acidente. O Caso 18 diz respeito a atropelamento por moto, com óbito horas após o acidente e ambos foram passados somente como TCE.

Há 1 semana apresentou dor forte no peito, acompanhada de sudorese e tontura. Atendido em Serviço de Emergência foi diagnosticado infarto agudo do miocárdio. Estava com PA 140X95, tendo informado que tinha pressão alta desde a idade de 30 anos. Nunca seguiu tratamento. Durante a semana não passou bem, sempre com mal estar e, às vezes, dor no peito. Há mais ou menos 30 minutos sentiu "fortes palpitações e tontura". O médico constatou arritmia cardíaca e, antes de fazer um eletro, morreu.

FORMA CORRETA


ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 X Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Arritmia cardíaca — 30 minutos
Devido ou como consequência de:
b Infarto do miocardio — 1 semana
Devido ou como consequência de:
c Hipertensão arterial — anos
Devido ou como consequência de:
d -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
-

ATESTADO ORIGINAL

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
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
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Parada cardíaca — -
Devido ou como consequência de:
b - — -
Devido ou como consequência de:
c - — -
Devido ou como consequência de:
d - — -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
I. M. — -

COMENTÁRIOS

A exemplo do que foi dito em relação ao Caso 12, apesar de terem sido feitos três diagnósticos, o médico errou ao colocar, apenas, "Parada Cardíaca" na Parte I, informando o infarto, na Parte II, por meio de sigla. O tempo não foi sequer mencionado.

1.10. CASOS DE ÓBITOS FETAIS

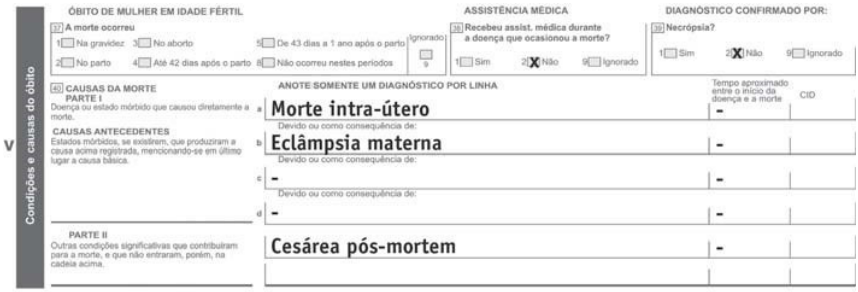
Segundo dispõe o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução nº 1601 de 9 de agosto de 2000, considerada um marco, posteriormente revogada pela Resolução nº 1779[56] de 11 de novembro de 2005 (ver Parte II desta publicação), os médicos são obrigados a preencher uma "Declaração de Perda Fetal" nos casos de mortes intraútero, para produtos de 20 semanas ou mais de gestação ou 500g de peso ou 25 cm de estatura.

A declaração de morte ou perda fetal é feita no mesmo formulário em que são feitas as declarações de óbitos, devendo ser assinalado, no canto superior esquerdo do formulário, tratar-se de "Óbito Fetal" (variável 1 do Bloco I). Entretanto, sabe-se que nem sempre é fácil fazer uma declaração correta de causa de morte fetal. Em muitos casos, isso somente seria possível se fosse feita necropsia, o que não ocorre rotineiramente.

A seguir são apresentados casos de mortes fetais: a história constante do prontuário, a forma correta de preencher a DO e como foi preenchida, pelo médico, em sua forma original, seguidas de comentários julgados pertinentes.

Gestante deu entrada na emergência com história de "8 meses de gestação", não fez pré-natal; pés e pernas muito inchadas, cefaléia intensa há 5 dias; há mais ou menos 8 ou 10 horas, não responde às perguntas feitas e teve convulsões. Ao exame físico, além de edema de membros inferiores (+++) apresentava pressão arterial 280 X 145 mm Hg, taquicardia e mucosas secas. Não reage a estímulos. Feito diagnóstico de toxemia gravídica e, à ausculta fetal, batimentos cardíacos pouco audíveis. Enquanto preparava medicação de urgência, ocorreu a morte da mulher. Feita cesárea pós-mortem; porém o produto, de 2.300 gramas, estava morto.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 Sim 2 X 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

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

a Morte intra-útero | -
Devido ou como consequência de:
b Eclâmpsia materna | -
Devido ou como consequência de:
c - | -
Devido ou como consequência de:
d - | -

PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Cesárea pós-mortem | -

ATESTADO ORIGINAL

Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

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

a - | -
Devido ou como consequência de:
b Natimorto | -
Devido ou como consequência de:
c - | -
Devido ou como consequência de:
d - | -

PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- | -

COMENTÁRIOS

De maneira geral, as declarações de morte fetal não foram bem preenchidas pelos médicos, mesmo existindo diagnóstico da causa. No caso, declarou apenas tratar-se de natimorto, quando, pela história, é possível esclarecer que se trata de morte intraútero em decorrência de uma eclâmpsia materna.

Gestante procurou o obstetra referindo que, há dias, não vinha sentindo os movimentos fetais. Não apresentava nenhuma outra queixa. Constatada a morte fetal, a paciente foi encaminhada ao hospital, onde foi feita cesárea e o produto de 900 g apresentava-se extremamente normal. Encaminhado à necropsia, esta revelou:

1) transposição dos grandes vasos da base
2) ventrículo único
3) estenose da crossa da aorta
4) agenesia do rim esquerdo
5) hidronefrose do rim direito
6) atresia de ureter.

FORMA CORRETA

Condições e causas do óbito
V
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 X 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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Morte intra-útero -
Devido ou como consequência de:
b Malformações congênitas múltiplas -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
Transposição dos grandes vasos da base. Ventrículo único; - estenose da crossa aorta; agenesia renal; atresia de ureter

ATESTADO ORIGINAL

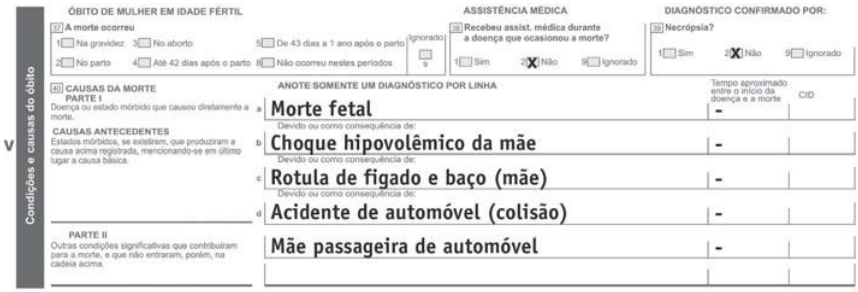
Condições e causas do óbito
V
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Inviabilidade fetal -
Devido ou como consequência de:
b - -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

COMENTÁRIOS

Ainda que a necropsia tivesse mostrado várias malformações congênitas, o médico não as informou na declaração de perda fetal. Por outro lado, na forma correta, preferiu-se colocar como causa básica "malformações congênitas múltiplas" em vez de especificar cada uma, pois nem sempre é fácil, nesses casos, apontar a mais importante, responsável pela morte. Optou-se por descrever todas elas na Parte II.

Gestante estava sentada ao lado do motorista do carro (seu marido) quando, ao atravessar um cruzamento, houve colisão do veículo em que se encontrava com ônibus, que vinha em alta velocidade. O motorista morreu no local e a mulher foi levada a um hospital próximo. Estava em choque, com escoriações múltiplas, hemorragia pela boca e pelo genital. Laparotomia de urgência revelou rotura de fígado e baço, com grande quantidade de sangue intra-abdominal. Foi retirado o feto (2800g), que já estava morto. A mulher morreu durante a cirurgia. Este é o atestado do concepto.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

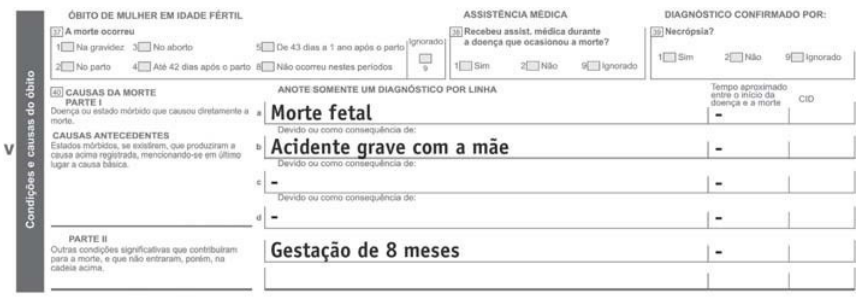
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Morte fetal	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Choque hipovolêmico da mãe	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	Rotula de figado e baço (mãe)	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	Acidente de automóvel (colisão)	-	
	Mãe passageira de automóvel	-	

ATESTADO ORIGINAL


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Morte fetal	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Acidente grave com a mãe	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	-	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	-	-	
	Gestação de 8 meses	-	

COMENTÁRIOS

Atestado original, o médico declarou "acidente grave com a mãe", mas não especificou qual, o que deveria ter feito. É possível notar, também, que os Campos 38 e 39 não foram preenchidos, o que é aceitável, visto tratar-se de óbito fetal.

Gestante deu entrada no Pronto Socorro em trabalho de parto e com feto já sendo expulso. Produto de 3000g, morto, aparentemente normal (não foi feita necropsia). A mãe referiu que a gravidez havia sido normal e fez pré-natal até o 4º mês de gestação. Não foi feito diagnóstico.

FORMA CORRETA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 X Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a Natimorto -
Devido ou como consequência de:
b Causa ignorada -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

ATESTADO ORIGINAL

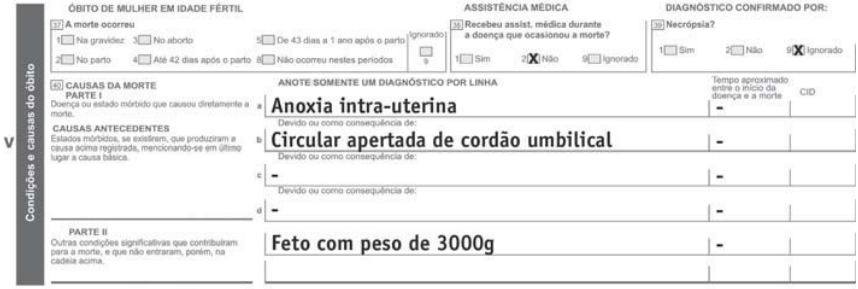
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado
Condições e causas do óbito
V
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
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
a - -
Devido ou como consequência de:
b Natimorto -
Devido ou como consequência de:
c - -
Devido ou como consequência de:
d - -
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
- -

COMENTÁRIOS

Não foi possível estabelecer o(s) diagnóstico (s) responsável (is) pela morte fetal. Nesses casos, é recomendado que o médico declare "causa ignorada" como causa básica.

Gestante normal, tendo feito pré-natal rotineiro. Há 2 dias foi ao Posto de Saúde para consulta normal de pré-natal e o médico a encaminhou, urgente, ao hospital, pois "não estava ouvindo o bebê". Apesar disso, veio somente hoje e, ao exame, não se auscultavam os batimentos fetais. Feita cesárea: feto morto, com várias circulares bastante apertadas de cordão umbilical. Peso: 3000g.

FORMA CORRETA


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 9
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 X 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.

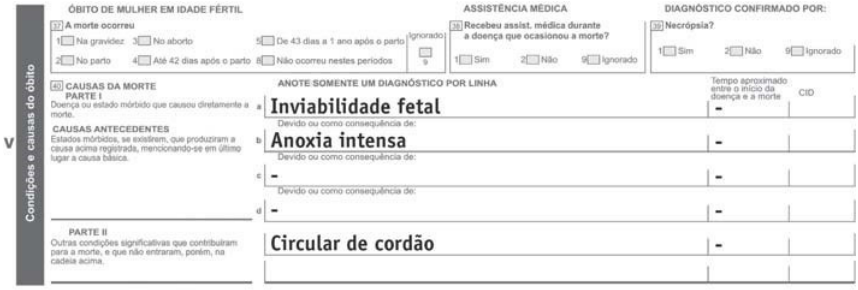
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Anoxia intra-uterina	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Circular apertada de cordão umbilical	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	-	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	-	-	

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

Feito com peso de 3000g -

ATESTADO ORIGINAL


Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

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

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	Inviabilidade fetal	-	
	Devido ou como consequência de:		
b	Anoxia intensa	-	
	Devido ou como consequência de:		
c	-	-	
	Devido ou como consequência de:		
d	-	-	

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

Circular de cordão -

COMENTÁRIOS

O médico informou a "Anoxia" sendo que, entretanto, colocou a causa desta na Parte II, o que está incorreto.

PARTE 2

O ATESTADO DE ÓBITO DOS PONTOS DE VISTA ÉTICO E JURÍDICO

2.1. PRELIMINARES

O problema referente às implicações jurídicas da morte está fundamentalmente ligado ao conceito desse evento vital e, consequente consideração do que se entende por cadáver, quando começa e quando termina sua existência. Ligado ainda a esse assunto, surge o problema de se saber qual a obrigatoriedade desse profissional em fornecer o atestado visto que

> *nenhum enterramento pode ser feito sem certidão do oficial do cartório, extraído após a lavratura do assento de óbito feito à* ***vista do atestado médico*** [39].

Do ponto de vista jurídico, a certidão de óbito lavrada em Cartório se constitui em prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo, assegurando, assim, a realidade da morte, satisfazendo exigências da determinação de sua causa jurídica e esclarecendo questões de ordem sanitária.

Neste aspecto, o atestado visa, principalmente, à elaboração de estatísticas com a precisão exata da causa da morte. No que se refere à causa jurídica, é importante que seja determinado se se trata de morte natural ou violenta. A lei prevê o registro obrigatório do óbito, não se contentando, no caso, com a simples informação do declarante: exige ela que o fato se documente com o atestado passado pelo médico ou, nas localidades onde não exista esse profissional, com a declaração de duas testemunhas que tenham presenciado ou verificado o óbito[40].

Regulamentam a matéria, em nível nacional, artigos dos Códigos Civil, Penal, de Processo Penal, da Lei de Registros Públicos, do Código de Ética Médica, além de leis federais esparsas que, acompanhadas por normas em cada Estado, além de Portarias/ Resoluções Ministeriais do País, constituem a legislação em vigor sobre a matéria.

O documento a ser fornecido por médico é a Declaração de Óbito - DO – Esse documento, formado por três vias autocopiativas e de cores diferentes, todas numeradas sequencialmente, constitui-se na fonte principal e básica do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), implantado no país em meados da década de 70, como referido. Tal qual está estabelecido na Portaria nº 116 de 11.02.2009 do Ministério da Saúde[41], é o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade, subsidiando as estatísticas vitais e a epidemiologia, no país.

Elaboração, alterações, distribuição, fluxo, recolhimento, avaliação, investigação e elaboração de estatísticas são da competência do Ministério da Saúde e podem ser

conhecidas, também, por meio da Portaria MS nº 116/2009 referida. O modelo de DO vem sofrendo, desde a sua implantação, algumas modificações em seu "layout", com o objetivo de permitir trazer à luz maior número e mais precisas informações para a área da Saúde por meio de um melhor entendimento do médico sobre cada dado solicitado. O modelo em vigor no país, desde 2011, é o apresentado no anexo 1, sendo composto por 9 partes (Blocos), que passam a ser analisados a seguir.

Como observação geral, é importante salientar que, conforme pode ser visto no modelo apresentado, trata-se de um documento oficial, especialmente destinado a atestar ou declarar um óbito e, como tal, não permite rasuras, devendo ser preenchido com letra legível, de forma a não deixar quaisquer dúvidas quanto às respostas dadas.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO

Este bloco destina-se a identificar a pessoa que morreu, fundamentalmente para atender à sua finalidade jurídica. Para tanto, essas informações devem, **sempre**, ser registradas na DO à vista de um documento com foto do falecido (RG, Carteira de Trabalho, Carteira Na- cional de Habilitação ou assemelhados). Note-se que a DO faz referência somente ao número do Cartão SUS, embora este não esteja ainda totalmente implantado no país, o que permite sugerir sua substituição por outro documento.

Quanto ao tipo de óbito, é importante esclarecer que, embora o mesmo formulário seja utilizado para declarar mortes e mortes fetais, a distinção entre os dois tipos de eventos é feita quando da apuração dos dados nos serviços responsáveis pelas estatísticas de saúde.

O Bloco é composto por 14 Campos que, ao lado do nome do falecido, vão permitir a completa identificação do indivíduo e o estudo epidemiológico da mortalidade segundo algumas características sociodemográficas.

BLOCO II – RESIDÊNCIA

Além da complementação das informações acima, permite, do ponto de vista epidemiológico, ter uma distribuição espacial dos óbitos em cada área, o cálculo de indicadores, feito em geral segundo local de residência e, do ponto de vista da vigilância em saúde, possibilitar contato com a família visando à posterior investigação de óbito, se necessário.

BLOCO III – OCORRÊNCIA

As informações solicitadas têm como finalidade, além da complementação dos dados de identificação pessoal, permitir retorno da equipe de saúde ou pesquisa ao local (Instituição) onde ocorreu a morte, para esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que, porventura, possam surgir.

Bloco I – Identificação

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

9 Idade — Anos completos | Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos | Ignorado ☐ 9

10 Sexo
☐ M - Masc.
☐ F - Fem.
☐ I - Ignorado

11 Raça/Cor
1 ☐ Branca
2 ☐ Preta
3 ☐ Amarela
4 ☐ Parda
5 ☐ Indígena

12 Situação conjugal
1 ☐ Solteiro
2 ☐ Casado
3 ☐ Viúvo
4 ☐ Separado judicialmente/ divorciado
5 ☐ União estável
9 ☐ Ignorada

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 ☐ 9
Série

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

Bloco II – Residência

II Residência

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

17 Bairro/Distrito — Código

18 Município de residência — Código

19 UF

Bloco III – Ocorrência

III Ocorrência

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

21 Estabelecimento — Código CNES

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

24 Bairro/Distrito — Código

25 Município de ocorrência — Código

26 UF

BLOCO IV – FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE)

Óbitos fetais e de menores de um ano têm em sua gênese, não poucas vezes, fatores maternos pessoais (como idade) ou ligados à gravidez ou ao parto (número de gestações, tipo de parto, por exemplo), razão pela qual essas informações são extremamente importantes. A inclusão da variável 36, que se refere ao número da Declaração de Nas- cido Vivo, destina-se a permitir o relacionamento entre os Bancos de Dados de Mortalidade (SIM/MS) e de Nascidos Vivos (SINASC/MS), para estudos epidemiológicos, de natimortalidade, mortalidade perinatal e mortalidade infantil e seus componentes, além da verificação do fato de todos os óbitos ocorridos entre os menores de um ano terem tido sua Declaração de Nascido Vivo.

BLOCO V – CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO

Trata-se de Bloco composto por 4 campos, onde são registradas algumas informações importantes como "presença de gravidez" em óbitos de mulheres em idade fértil, o fato de ter recebido assistência médica durante a doença que levou à morte, e ter sido ou não realizada necropsia.

O campo 37 refere-se a, no caso de óbito de mulher em idade fértil (no Brasil, considerada de 10 a 49 anos), saber se ela estava grávida no momento da morte ou tinha estado grávida até 1 ano antes do óbito. Trata-se de uma informação importante e que representa subsídio para melhor conhecimento das mortes maternas (resultantes da gravidez, parto ou puerpério), já que essas causas são bastante mal informadas pelos médicos nas DO.

Quanto às causas da morte, os dados solicitados devem ser preenchidos conforme referido na Parte 1 desta publicação, relembrando que **todas** as causas presentes no momento da morte – tenham ou não contribuído para ela – devem ser anotadas, com vistas a possíveis estudos de causas múltiplas, como referido em 1.4 desta Publicação.

Bloco IV – Fetal ou menor que 1 ano (informações sobre a mãe)

IV — Fetal ou menor que 1 ano

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

27 **Idade** (anos)

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

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

30 **Número de filhos tidos**
Nascidos vivos — 99 Ignorado
Perdas fetais/ abortos — 99 Ignorado

31 **Nº de semanas de gestação** — 99 Ignorado

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

33 **Tipo de parto**
1 Vaginal
2 Cesáreo
9 Ignorado

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

35 **Peso ao nascer** Gramas

36 **Número da Declaração de Nascido Vivo**

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

V — Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 **A morte ocorreu**
1 Na gravidez 3 No aborto 5 De 43 dias a 1 ano após o parto
2 No parto 4 Até 42 dias após o parto 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

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

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a			
	Devido ou como consequência de:		
b			
	Devido ou como consequência de:		
c			
	Devido ou como consequência de:		
d			

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

PARTE I

1a: doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte (causa terminal)

1b, c, d: causas antecedentes (doenças ou estados mórbidos, se existirem, que contribuíram para a causa citada em 1a, mencionando, em último lugar, a causa básica).

Aqui é importante verificar que, abaixo das linhas **a, b e c** encontram-se as palavras "devido a ou como consequência de", o que dá efetivamente a noção de cadeia de causas.

PARTE II

Causas ou condições significativas que contribuíram para a morte, mas não entraram na cadeia acima.

No preenchimento deste Campo é importante lembrar que:

1º – deve ser anotado apenas um diagnóstico por linha;

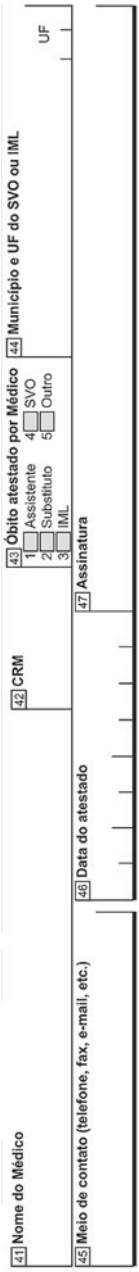
2º – o intervalo de tempo solicitado (entre o aparecimento de cada diagnóstico citado e a morte), contribui para estabelecer a correta sequência de causas que o paciente possa apresentar. Se o tempo relativo ao início da doença for desconhecido, citar o intervalo referente ao momento em que o diagnóstico foi feito;

3º – CID – refere-se ao código internacional de cada doença na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão referida, salientando- se que essa informação **não é de preenchimento a ser feito pelo médico**, mas do serviço responsável pelas estatísticas.

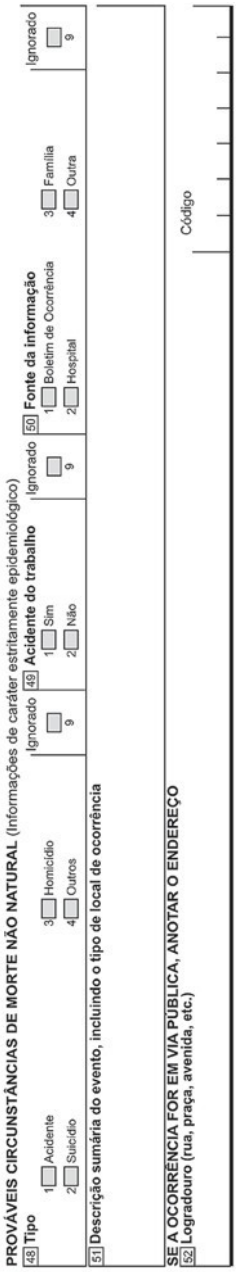
BLOCO VI - MÉDICO

Este Bloco objetiva identificar o médico que forneceu a DO, com dados que permitam sua localização em caso de necessidade, por exemplo para esclarecimentos quanto à real causa básica da morte, sempre que o que foi informado não possibilitar esse conhecimento.

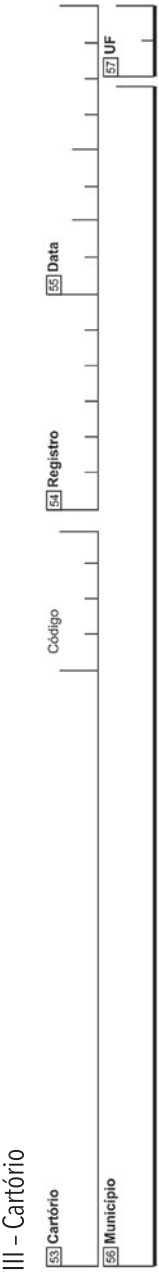
Bloco VI - Médico



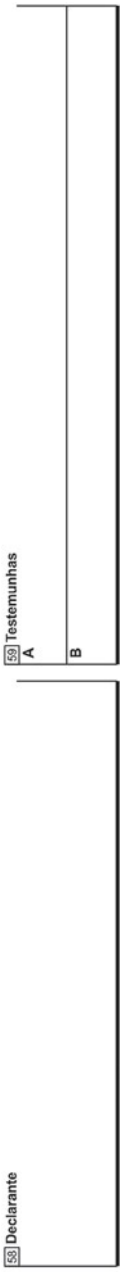
Bloco VII – Causas Externas



Bloco VIII – Cartório



Bloco IX – Localidade sem Médico



O Campo 43 diz respeito a saber em que condição o médico assinou o atestado: se era o médico que tratava do paciente, se substituto, se a DO foi fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML – ou por Serviço de Verificação de Óbito – SVO – ou se era médico da Secretaria de Saúde ou único médico da localidade, situação em que deverá ser anotada a opção "outro".

Aqui é importante salientar que a assinatura do profissional médico em um Bloco específico (e não junto às causas de morte) é a prova de que o médico é o responsável por todas as informações (ou sua falta) existentes na DO e não somente pelos diagnósticos que levaram ao óbito.

BLOCO VII – CAUSAS EXTERNAS

Já foi referido na Parte 1 desta publicação como deve ser elaborada e por quem deve ser preenchida a DO em caso de morte por um agravo externo. A informação sobre o fato de se tratar de um "acidente" ou de uma "violência" (auto ou heteroconsumada) é extremamente impor- tante e o seu registro na DO independe da opinião do perito que realizou a necropsia. O Campo 50 do documento especifica em que fonte de informação baseou-se o médico para registrar as circunstâncias em que a morte se deu (Boletim de Ocorrência, Hospital, Família ou outra). (Ver outras informações em 2.3.1 desta Publicação).

BLOCO VIII – CARTÓRIO

Refere-se às informações relativas ao registro de óbito em Cartório, a serem preenchidas, portanto, por ocasião do registro civil da morte.

BLOCO IX – LOCALIDADE SEM MÉDICO

No caso especial de óbitos ocorridos em localidades sem médico, a Lei prevê que duas testemunhas que tenham presenciado ou certificado a morte possam promover seu registro em Cartório, assinando o documento DO existente nessa Instituição. (Ver outras informações no item 2.3.3 desta Publicação).

Quando da implantação do SIM/MS no Brasil, o Ministério da Saúde editou o "Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito" [20], publicação que vem sendo reeditada a cada nova modificação da DO [42]. A edição relativa às alterações introduzidas em 2011 encontra-se no prelo. Essa publicação deve também ser consultada pelos médicos para um melhor entendimento do problema.

É importante referir que a DO deve ser preenchida em suas três vias (autocopiativas): a primeira via permanece na Instituição, aguardando que seja retirada pelos serviços locais responsáveis pelas estatísticas de saúde (busca ativa) ou, em algumas áreas, é enviada a esses serviços. A segunda é dada à família para que, com ela, procure o Cartório, a fim de promover o Registro Civil da morte e o consequente sepultamento. A terceira

permanece na Instituição, constituindo-se em parte integrante do prontuário do paciente. O Ministério da Saúde, gestor nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade, tem normas sobre o assunto (ver Portaria MS – nº 116 de 111 de fevereiro de 2009) [41].

Como medida de ordem geral, é importante salientar que:

1- o mesmo documento - DO - deve ser utilizado para óbitos e óbitos fetais. A distinção entre os dois tipos de eventos é feita em nível dos serviços responsáveis pelas estatísticas de saúde, por meio da variável 1 do Bloco I da DO;

2- o médico é o responsável pelo preenchimento da DO **em toda a sua extensão,** e não somente pela descrição das causas, respondendo pelas informações ali existentes (ou sua falta).

A linha de raciocínio aqui adotada visa analisar a DO, dos pontos de vista ético e jurídico, sob duas vertentes:

1ª) a quem fornecer a DO e

2ª) a quem incumbe o fornecimento desse documento.

2.2. A QUEM FORNECER. CONCEITOS NECESSÁRIOS

2.2.1. ÓBITO

A morte pode ser juridicamente entendida como desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento ou, conforme definição da Organização Mundial da Saúde [14 22]:

> *o desaparecimento de todos os sinais de vida ou cessação das funções vitais, sem a possibilidade de ressuscitar.*

Esse conceito tradicional de morte, em face aos avanços atuais da Medicina, e, principalmente, com o advento dos transplantes de órgãos, vem sofrendo algumas transformações. A morte, que até há pouco tempo tinha por base a cessação definitiva das atividades respiratória, cardíaca e neuropsíquica, hoje é considerada por muitos autores como representada pela cessação da atividade cerebral – tida como morte cerebral - embora ainda possam existir manifestações respiratórias e cardíacas. Os trabalhos iniciais sobre o assunto datam da década de 60 do século passado e mostram, da evolução de seus conceitos até hoje, algumas diferenças marcantes, relativamente aos critérios a serem adotados (ver Lei dos Transplantes).

É preciso ficar claro, entretanto, que, morta uma pessoa, e adotado um ou outro critério de morte, tem o médico o dever de fornecer o atestado de óbito, preenchendo a DO com os elementos que couberem. É importante lembrar que não deve ser esquecido o item 1 do Campo I, que identifica a DO como de um óbito fetal ou não fetal.

Esta obrigatoriedade refere-se tanto aos casos de mortes por causas naturais quanto suspeitas e por causa externas, cujas diferenças serão vistas em 2.3 desta publicação.

2.2.2. NASCIDO VIVO QUE MORRE LOGO APÓS O NASCIMENTO

É evidente que os conceitos de morte, vistos tanto do campo de Direito quanto daquele da Saúde, fazem pressupor a existência anterior de vida extrauterina, pois somente terminada esta é que se pode, a rigor, entender a morte. Se o indivíduo passa da vida à morte, não há dúvida de que se tem um cadáver para o qual deve ser fornecido o atestado de óbito. A vida humana aqui considerada começa com o nascimento, com vida, e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de padronizar conceitos e possibilitar a comparabilidade internacional de dados, estabeleceu, desde 1950, o conceito de nascimento vivo. Essa definição vem sendo referendada pelas sucessivas revisões da Classificação Internacional de Doenças e hoje está enunciada nos seguintes termos [14 22]:

> *Nascido vivo é a expulsão 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, tal 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.*

Assim, a criança que nasce apresentando "sinal de vida", quaisquer que sejam o tempo de gestação e a viabilidade que o concepto possa apresentar, deve ser considerada nascida viva e, como tal, objeto de uma Declaração de Nascimento - DN - e posterior registro de nascimento em Cartório (Painel nº 1).

Se, por qualquer motivo, incluídas as precárias condições de vida que possa apresentar, o recém- nascido vier a morrer em um momento qualquer posterior ao nascimento, será considerado cadáver, sujeito a enterramento e, portanto, registro de óbito, devendo, assim, ser fornecido o atestado. No caso de menores de um ano, ao ser feito o registro de óbito, o oficial do cartório, em conformidade com a legislação em vigor, indagará se foi feito o registro de nascimento, devendo, em caso negativo, fazê-lo concomitantemente ao do óbito [39].

PINEL 1

A Declaração de Nascido Vivo – DN – é o documento oficial do Ministério da Saúde, base do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Trata- se de formulário específico, existente nos hospitais, e que seve ser preenchido para todos os casos de produtos de concepção que venham à luz com vida. **Nota**: o documento obrigatoriamente não necessita ser preenchido por médico, mas deve ser fornecido à família, a fim de que o Registro Civil possa ser feito.

Em resumo, desde que haja um nascimento com vida, sobrevindo a morte, em cumprimento às exigências legais, deve ser fornecida a DO, com preenchimento de todos os itens cabíveis, ressaltando-se que, **para os menores de um ano, não devem ser esquecidos os campos constantes do Bloco IV.**

2.2.3. PERDAS FETAIS. O NASCIDO MORTO

Profissionais médicos veem-se, muitas vezes, frente a problemas relativos à conduta a ser adotada em casos de produtos de concepção extraídos ou expelidos **sem vida** do corpo da mãe: se é necessário um enterramento e se há necessidade do fornecimento de atestado. Em outras palavras, a partir de que características ou de quando esse atestado é necessário, a partir de que ou de quando se começa a ter um cadáver, sendo, portanto, preciso promover o seu enterramento, para o qual esse documento é necessário.

Num raciocínio simplista, adotado por alguns juristas, principalmente da linha alemã com alguns seguidores na Itália[43 44], cadáver pode ser considerado "o corpo do homem que viveu: feto e nascido morto não foram jamais homens, não viveram, não podendo, portanto, ser considerados cadáveres"[45 46]. Assim, porque jamais estiveram vivos e não chegaram sequer ao nascimento, escapariam à tutela jurídica. Entretanto, a melhor doutrina e a mais autorizada jurisprudência, nacional e estrangeira, estão orientadas no sentido de não ser necessária a busca ou procura de vida extrauterina, afirmando que, atingindo o feto a maturação e sendo expulso ou extraído, mesmo sem vida, do corpo da mãe, já possa ser considerado cadáver e, portanto, passível de enterramento[47]. A Organização Mundial da Saúde[14] considera que:

> *"Óbito fetal", "perda fetal" ou "morte fetal" é a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.*

Essa definição deixa claro que a duração da gestação não é levada em conta no conceito global do evento. O critério "tempo" é usado, somente, para classificar as perdas fetais.

SITUAÇÃO ATÉ 1995

Até 1995 essa classificação era feita segundo os seguintes critérios:

1- Perdas precoces (com menos de vinte semanas);

2- Perdas intermediárias (de vinte a vinte sete semanas completas);

3- Perdas tardias (com vinte e oito ou mais semanas de gestação).

Embora usualmente se designasse por "nascido morto" todo aquele que tivesse

nascido morto, somente às perdas fetais de gestações de vinte e oito semanas ou mais de duração é que, cientificamente, se dava essa denominação, segundo a OMS[48]. O conceito de nascido morto estava baseado, fundamentalmente, em dois elementos: um para distingui-lo do nascido vivo e outro para diferenciá-lo do que se conhecia como aborto, grupo que era representado pelas perdas fetais precoces e intermediárias. O primeiro elemento – para distinguir um nascido morto de um nascido vivo – é o já referido "sinal de vida"; no extremo oposto, estabelecendo a distinção entre nascido morto e aborto, estava colocado o período mínimo de vinte e oito semanas de gestação.

A distinção entre duas figuras citadas – nascido vivo e nascido morto – é extremamente importante, tanto do ponto de vista jurídico quanto daquele de estatísticas de saúde. Erros quanto à inclusão de um nascimento num ou noutro grupo podem originar problemas vários dentro do campo do Direito das Sucessões, além de afetarem todos os indicadores da saúde que, no numerador ou denominador, trabalham com esses valores [49 50].

A Lei dos Registros Públicos em vigor no Brasil [39], ao tratar do nascimento e do óbito, obriga que:

mesmo no caso de ter a criança nascido morta, seja promovido o registro.

Dessa forma, embora a lei não definisse o que se deveria entender por nascido morto, frente ao conceito médico-estatístico internacional, devia ser ele considerado cadáver, sujeito a registro civil e consequente enterramento.

A fundamentação básica para que esse produto fosse considerado cadáver, objeto de enterramento e, portanto, com fornecimento obrigatório de atestado (a fim de que o registro fosse feito), era a idade gestacional (limite inferior igual a 28 semanas). Por representar, entretanto, o critério cronológico, intrinsecamente, dado de obtenção às vezes não muito fácil – visto que se baseava sempre na data da concepção – pensou-se no estabelecimento de um paralelo entre ele e um critério ponderal; correspondendo este ao ganho de peso que o feto tem no decurso da gestação. Alguns trabalhos já haviam mostrado que o feto, cuja gestação fosse de 28 semanas, pesava aproximadamente 1.000g e 500g, quando o tempo de gestação era de cerca de 22 semanas [51 52],. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) – adota como correspondentes ao tempo de 28 semanas o peso de gramas e o comprimento de 35 centímetros, medidos do ponto mais alto da cabeça até os calcanhares[53],.

Assim, produtos expelidos ou extraídos sem vida do corpo da mãe, com período de gestação de pelo menos 28 semanas, peso mínimo de 1.000 gramas ou comprimento de, pelo menos, 35 centímetros (critérios que não necessariamente deveriam ser concomitantes), eram conside- rados cadáveres e, como tal, passíveis de atestado e registro civil, para posterior enterramento. São consideradas crianças nascidas mortas e para elas deve ser fornecido atestado, com o preenchimento dos itens correspondentes na Declaração de Óbito [54],.

A noção de cadáver entrou para a lei brasileira – Código Penal[55], – dentro do título dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (art. 211 e 212), espécies do mesmo gênero dada a incontestável afinidade entre um e outro, pelo sentimento religioso que comumente se tributa aos defuntos, sentimento profundo e difuso na humanidade, sentimento que redunda em respeito, mesmo para os materialistas e agnósticos[47],.

Dessa forma, se se considerava que a perda fetal tardia, embora não tivesse tido vida extrauterina, era cadáver, surgia o problema de se saber a razão pela qual o ordenamento jurídico tutelava, do ponto de vista do Registro Civil, o nascido morto e deixava de tutelar o feto antes de 28 semanas de gestação ou de atingir peso igual a 1.000 gramas.

Na realidade, tem-se dito no Direito Penal que não é possível fazer depender somente da idade gestacional a subsistência de crimes, porque, a rigor, a ética e o sentimento humano, que têm ditado as normas jurídicas sobre esses pontos, induzem a não afastar da noção de cadáver um feto com menor tempo de gestação ou menor peso. Era necessário, portanto, alargar os limites da noção de cadáver e não fazê-la depender apenas de um critério cronológico.

DE 1996 EM DIANTE

Essa situação perdurou até 1996 quando entrou em vigor no Brasil a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, onde aparecia o novo conceito de período perinatal. A partir dessa data, a Organização Mundial[14] da Saúde passava a considerar como limite inferior desse período 22 semanas de gestação:

> *os produtos de gestação extraídos ou eliminados do corpo da mãe a partir de 22 semanas de gestação (peso equivalente a 500g).*

Com essa determinação, criou-se novo impasse no sentido de "como determinar a obrigatoriedade do registro para perdas fetais com essas características" (gestação entre 22 e 28 semanas e peso entre 500 e 1000 gramas). O problema foi resolvido por meio da Resolução nº 1601 do Conselho Federal de Medicina (9 de agosto de 2000), hoje revogada pela Resolução CFM nº 1779/2005 [56] publicada no DOU de 5/12/2005 Seção I p. 121 que, assim, se expressa:

> *Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.*

Aliás, o próprio Ministério da Saúde adotou essa linha ao prever no atestado, a partir de 1996, anotação especial para produtos de gestação entre 20 e 27 semanas que vêm à luz sem vida (item 37 – Campo V da DO revogada em 2011, ocasião em que a variável relativa ao tempo de gestação passou a ser aberta).

Neste caso, é importante salientar que, conforme já referido nesta publicação, a DO deve ser preenchida ressaltando, o médico, no campo 1 do Bloco I, que se trata de um óbito fetal. Este fato é importante porque as apurações estatísticas relativas a óbitos e óbitos fetais são feitas sempre separadamente.

Com relação ao item – NOME – deve ser colocado apenas que se trata de uma perda fetal (óbito fetal ou morte fetal), para o qual, segundo a lei, não há nome a ser registrado. Os hospitais, em geral, referem- se, nesse Campo, a "**nascido morto de ... (nome da mãe)**", já que esta é que é paciente da instituição. Saliente-se também aqui que não devem deixar de ser preenchidos os itens compreendidos no Bloco IV da DO. Para idade gestacional menor que 20 semanas, com feto pesando menos de 500 gramas ou medindo menos que 25 centímetros, sem qualquer sinal vital, o registro da perda poderia se constituir em importante subsídio para o estudo de abortamentos espontâneos e provocados. Entretanto, embora pudesse ser recomendado aqui o fornecimento do atestado, tem-se demonstrado que existe grande subenumeração de seus registros [49]. Assim, **não é obrigatório para estes casos o fornecimento do atestado**, podendo os produtos ser incinerados no hospital ou outro estabelecimento ou, ainda, entregues à coleta hospitalar adequada, de acordo com as normas estabelecidas para a matéria. É preciso, entretanto, ficar claro que, sob nenhuma hipótese, devem ser considerados como lixo e entregues à coleta pública comum.

Legislação federal sobre o "Regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde, 2003, prevê que,"

> *...os resíduos por produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas que não tenham mais valor científico ou legal e/ou quando não houver requisição prévia pela família. (Resolução RDC nº 306 de 27 de dezembro de 2004 – ANVISA, MS).*[57]

Prevê ainda que devem ser manejados de acordo com o estabelecido, englobando normas desde a sua coleta, acondicionamento, armazenamento, tratamento e destino final.

É preciso ficar claro também que, em face ao atual ordenamento jurídico que tutela os direitos humanos (entre os quais o direito à vida desde a sua concepção), recomenda-se que o mesmo seja feito para todos os tipos, inclusive com base também no interesse médico que tal fato representa. Acresce que, no período 20 a 27 semanas, a semelhança humana já é completa [58].

O que poderia preconizar, também, seria a publicidade de adoção dos conceitos da

Organização Mundial de Saúde, por meio de legislação federal, a exemplo do que fez a lei portuguesa (decreto lei 44.128 de 28 de dezembro de 1961)[59] de modo a não permitir que, por falta de padronização de entendimento do que sejam nascidos vivos e perdas fetais, deixem os registros de cumprir suas reais finalidades, tanto jurídica quanto estatística.

2.2.4. PEÇAS ANATÔMICAS

Quanto a peças anatômicas retiradas por ocasião do ato cirúrgico ou de membro amputado, salvo os casos em que sobrevenha a morte do paciente, em nenhum outro deve ser preenchida uma DO, **visto que não se tem um óbito**.

Essa é a atitude recomendável, mesmo que o destino da peça ou membro venha a ser o enterramento. Nessa situação, o hospital deve elaborar um documento, à semelhança de um laudo, em papel timbrado, narrando o procedimento realizado, documento esse que deverá ser levado ao Cemitério. Assim, é importante citar que alguns Estados, como é o caso do Rio de Janeiro, dispõem de um impresso específico usado para esses casos. Trata-se de formulário em 3 vias, distribuído pela Secretaria de Estado de Saúde, denominado "Declaração para Sepultamento Parcial" (instituído pela Resolução nº 1077/SES de 20 de janeiro de 1996), publicada no DOU de 31/01/96 e destinada ao registro de amputações de membros (Anexo 2).

Com relação ao destino a ser dado a essas peças retiradas de seres humanos ou membros amputados, são importantes as seguintes recomendações:

1º) **Norma técnica sobre Lixo Hospitalar** (Associação Brasileira de Normas Técnicas), que se refere ao fato de que em todo Hospital deve- rão ser previstos espaços e equipamentos necessários à coleta higiênica e eliminação dos lixos de natureza séptica e asséptica. O lixo de natureza séptica, no qual se incluem fragmentos de tecidos e outras unidades do Centro Cirúrgico e do Centro Obstetrício, **deverá sempre ser tratado por incineração.**

2º) Aqui também é válida a Resolução RDC nº 306 de 27 de dezembro de 2004 ANVISA/Ministério da Saúde, publicada no DOU de 05 de março de 2003[57], referida, que expressamente prevê:

> *peças anatômicas (tecidos, membros e órgãos) do ser humano, que não tenham mais valor científico ou legal, e/ou quando não houver requisição prévia pelo paciente ou seus familiares...*

e ainda devam ser manejadas de acordo com o estabelecido na legislação, englobando normas desde a sua coleta, acondicionamento, armazenamento, tratamento e destino final.

2.2.5. PARTES DE CADÁVER

Juridicamente, pode-se dizer que existe cadáver "enquanto persistir a conexão entre as suas partes"[60], sendo esta, talvez, a razão pela qual a lei é omissa ao tratar do registro e enterramento de suas partes. Especificamente quanto a partes de cadáver, o problema escapa à esfera médica, tornando-se eminentemente de ordem policial. No caso de descoberta de ossada humana, por exemplo, a remoção deve ser sempre feita pela autoridade policial que envia a(s) peça(s) ao Instituto Médico Legal para expedição do laudo necroscópico, consequentes atestado, registro e enterramento.

Tal linha de raciocínio deve ser seguida sempre que a peça for passível de ser relacionada com pessoa humana.

Quando se tratar de ossada ou partes que, de alguma forma, não permitam uma possível identificação do cadáver, todos os esforços devem ser envidados nesse sentido. Se tal medida não se mostrar factível, o atestado e o laudo devem fazer referência apenas a "desconhecido", ressalvada, entretanto, a conduta determinada pela Medicina Legal de que deve o cadáver ser fotografado, assim como guardados pedaços de suas vestes ou outros elementos que possibilitem qualquer identificação futura.[61,23]

2.3. A QUEM INCUMBE O FORNECIMENTO DE ATESTADOS

A certidão de óbito é documento indispensável para que qualquer enterramento seja feito. É o que determinava a anterior lei dos Registros Públicos e o que reza a legislação atual – Lei Federal 6015 referida:[39]

> ***Art. 77:*** *Nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.*
>
> *§ 2º Autuadas as declarações e encaminhadas à autoridade judiciária competente, se outra for a que as tomou por termo, será ouvido o órgão do Ministério Público e se realizarão as diligências necessárias para verificar a inexistência de impedimento para o casamento.*

Até certa época, em nosso meio, os atestados de óbito eram feitos em via única no próprio receituário dos médicos. Oscar Freire, em 1919, empenhou-se junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia para que os atestados passassem a ser feitos em folhas duplas, que contivessem todas as indagações necessárias, a fim de atender às várias finalidades desse documento:[61] uma das vias ficaria arquivada no Cartório e outra deveria seguir para a competente repartição de Estatística, para a elaboração das correspondentes estatísticas de mortalidade.

Hoje, ao médico incumbe, nos termos da legislação em vigor, o fornecimento do

atestado de óbito, preenchendo o impresso "Declaração de Óbito – DO" fornecido pelo Ministério da Saúde e existente em todos os Hospitais e Cartórios de Registro Civil do território nacional. O médico, conforme já salientado no item 2.1, deve preencher a DO e entregar o documento à família do falecido para os devidos registros e sepultamento.

É importante ressaltar que o médico é o responsável por todas as informações constantes desse documento e não apenas ao que se refere à causa do óbito (Bloco VI da DO – "Condições e causa de óbito"), conforme já salientado. Este aspecto não deve ser relegado a um segundo plano, na medida em que inúmeros casos demonstram que, não poucas vezes, o profissional se atém à parte médica do atestado (condições e causa da morte), deixando para outros funcionários o preenchimento do restante das informações; isso vem causando não poucos problemas à área de Estatísticas de Saúde e pode, muitas vezes, gerar implicações nos campos da Ética e do Direito.

Com relação a esse aspecto, pode-se lembrar que no atual modelo da DO a parte que contém as informações referentes ao Médico (Bloco V: Campos 37 a 40) constitui-se em campo próprio, não estando ligada à parte relativa à causa da morte (Bloco VI: Campos 41 a 47) e esta é uma prova incontestável de que, ao médico, não está afeta somente a especificação da causa, mas sim, todas as informações constantes do documento.

Os antigos Códigos de Ética Médica (em seu artigo 61 e parágrafos) e Código Brasileiro de Deontologia Médica (em seus artigos 52 e 53) também disciplinavam a matéria. O atual Código de Ética Médica (CFM nº 1931/09[30] assim se refere ao assunto:

> *"É vedado ao médico:*
>
> ***Art. 83.*** *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. 84.*** *Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta".*

O PROBLEMA DAS "24 HORAS REGULAMENTARES"

O regulamento dos Cemitérios do Município de São Paulo (Ato nº 326 de 21 de março de 1932) registrava em seu artigo 16 que:

> ***Art. 16*** *"os enterramentos não podem, como regra, ser feitos antes de 24 horas do falecimento, salvo em casos especiais de moléstias contagiosas ou epidemias, ou ainda se o cadáver apresentar sinais inequívocos de princípio de putrefação".*

Pode causar espécie o fato de tal Resolução ainda se encontrar em vigor, quando o próprio Código de Processo Penal (artigo 162)[62] fala que as necropsias podem ser

iniciadas depois de decorridas 6 horas do falecimento.

Deve-se ter em mente, contudo, a realidade do momento de feitura de cada uma das normas mencionadas. O ato paulistano surgiu numa época em que não existiam outras previsões quanto a em que momento, de fato, poderia a morte ser atestada. E isso se deu em 1932. Já o Código de Processo Penal estabeleceu uma realidade, em nível nacional, praticamente dez anos depois. É de se entender, assim, que o Ato Municipal perdeu a eficácia quanto a este pormenor.

Não poderia ser outro o entendimento, de vez que tal Ato simplesmente proibia o enterramento antes de vinte e quatro horas, não obstruindo, contudo, a necropsia autorizada, depois de seis horas do óbito, pelo Código de Processo Penal.

Dúvidas quanto a esse entendimento, entretanto, constituem a razão pela qual os médicos, no Município de São Paulo, ao assinarem os atestados referem, ainda, muitas vezes, "Autorizo o sepultamento antes de 24 horas regulamentares".

Decorrem dessa determinação várias situações em que o médico **pode não estar obrigado a fornecer o atestado.** Como proceder, então, em face à Lei dos Registros Públicos, para promover o enterramento desse cadáver?

Essas situações podem ser sumarizadas, fundamentalmente, em dois grandes grupos – mortes decorrentes de acidentes ou de violências e mortes por causas naturais – comportando algumas subdivisões, que são analisadas nos itens 2.3.1 e 2.3.2.

2.3.1. MORTES DECORRENTES DE ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

Em caso de **morte não-natural** – aquela que sobrevém em decorrência de um acidente ou qualquer tipo de violência – causas que a OMS denomina globalmente de **"causas externas"** e, também, no caso de mortes suspeitas – o enterramento somente será feito após necropsia realizada pelo Instituto Médico Legal. É evidente que, nesse caso, a determinação da causa de morte vai se constituir em elemento da prova, do ponto de vista jurídico, razão pela qual deverá ser realizado o exame necroscópico por peritos oficiais. O Código de Processo Penal prevê especialmente que a autopsia só será feita pelo menos 6 horas depois do óbito[62], como, aliás, já referido (art. 162 CPP e reiterado pelo Regulamento do IML de São Paulo).

O perito médico-legista deve elaborar um laudo, sendo que o atestado deve ser fornecido no mesmo impresso utilizado para o atestado de óbito por causa natural (DO), colocando na causa da morte, a conclusão de seu laudo necroscópico (vide casos itens 1.9.1 e 1.9.2 desta apresentação), anotando, no Bloco VII, Campos 48 a 52, o tipo de violência que ocasionou a morte (homicídio, suicídio), se acidente de trabalho (sim ou não, ignorado) e o local do acidente (trânsito, doméstico, outros, ignorado), além de dar uma descrição sumária do evento (Campo 51), e se a ocorrência foi em via pública, o endereço.

Aqui é importante lembrar que, como causa terminal, deve ser colocada a **lesão responsável pela morte** (letra **a** da Parte I) que deverá ser entendida como "devido a ou

como consequência de" **o tipo de acidente/violência que a causou** (e que será a causa básica daquela morte).

É necessário frisar que, não poucas vezes, o médico legista reluta em preencher todos estes itens, alegando desconhecer o tipo de acidente ou violência que levou à morte. Na realidade, ao realizar a necropsia, o legista terá elementos apenas para afirmar que a morte se deu por um traumatismo crânio- encefálico, por uma hemorragia externa traumática, por um afogamento ou queimadura por exemplo (descrição quanto à natureza da lesão). Entretanto, do ponto de vista da Estatística de Saúde em especial, e da Saúde Pública, em geral, é importante conhecer o tipo de causa externa que levou a esse traumatismo, a essa hemorragia, a esse afogamento ou a essa queimadura, visando exatamente a que se possam elaborar medidas de prevenção específicas para essas mortes. Aliás, o assunto já foi discutido no item

1.2 desta publicação, quando da apresentação da definição de causa básica da morte que, segundo a própria OMS, refere-se às "circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".[14]

A Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, 10ª Revisão, 1995[14] destina seu capítulo XIX às "Lesões e Envenenamentos" (relativo à natureza das lesões que ocasionaram a morte, códigos S e T) e seu Capítulo XX às Causas Externas (relativo ao tipo de acidente ou violência que produziu as referidas lesões, códigos V, W, X e Y).

A alegação do legista quanto ao fato de desconhecer o tipo de causa externa que levou à morte poderia ser invocada como verdadeira se os Institutos de Medicina Legal não dispusessem de informações policiais a respeito de cada caso. Isto não é, em geral, o que acontece e, portanto, considera-se praticamente superada toda e qualquer restrição relativa ao fato de o perito legista não dever se aventurar a tipificar a violência, com base no fato de que esta seria de exclusiva competência da autoridade policial, após a conclusão do inquérito. Na realidade, poderia ser levantada até a dúvida quanto ao fato de a verdadeira causa a ser colocada no atestado só vir a ser conhecida após a decisão do Poder Judiciário. Estas indagações não encontram eco nos casos em questão, visto que, havendo, em geral, como se disse, no Instituto Médico Legal uma cópia do Boletim de Ocorrência Policial, ou ao menos uma informação policial sobre cada caso, **esta informação deve ser anotada no atestado***. Aliás, o modelo de Declaração de Óbito já traz a especificação relativa ao **tipo** de causa externa, bem como **qual** a fonte de informação utilizada para o preenchimento desse quesito, eximindo-se, portanto, o médico, de qualquer avaliação subjetiva quanto a esse aspecto (Campo 50 – Bloco VII).

Nos casos em que o IML não dispuser de cópia do Boletim de Ocorrência, o que se sugere é a adoção de procedimento segundo o qual, no momento da retirada do corpo (e

---

* O Regulamento do Instituto Médico Legal de São Paulo explica em seu art. 12, parágrafo único, que a requisição de perícia médico-legal "deve trazer dados sobre a identidade do examinado, **natureza do exame, circunstâncias em que se verificou a ocorrência...**", o que, também, colabora para que o médico registre esse fato na DO.

da DO) pela família, esta ser indagada sobre as circunstâncias em que ocorreu cada evento (anotar no item do campo VII). O Posto Médico Legal do Município de Cabo Frio - RJ, criou, em 2003, um formulário específico para essas situações (Termo Informativo das Circunstâncias da Morte), apresentado no anexo 3, documento esse que vem sendo reproduzido em outros serviços, com a mesma finalidade[23].

Outro problema que pode ser enfocado diz respeito ao seguinte: ao elaborar o laudo necroscópico, o legista inicia seu relatório com "**examinando o corpo que nos foi indicado como sendo de ...** (nome) ..., (idade)..., etc." verificando-se que a identificação se constitui para o médico, portanto, em uma presunção de identidade. Quanto à causa, deveria ela **sempre** informar também que "**consta ter sido vítima de ...** (homicídio, atropelamento, suicídio, etc.)". Dessa maneira, não se compromete o médico em afirmar, no dizer de Fávero[61], qual a "causa jurídica" daquela morte, pois vai preencher o atestado, neste caso, com uma hipótese diagnóstica baseada na informação policial, hipótese com a qual as Estatísticas de Saúde irão trabalhar.

Importante aspecto a ser salientado refere-se ao **tempo decorrido entre o evento lesivo e a morte.** O exame necroscópico para elaboração do laudo e fornecimento da DO deve ser requisitado **mesmo nos casos em que a morte não sobrevenha imediatamente ao acidente ou violência**, fato bastante comum em acidentes de trânsito, nas quedas e alguns tipos de suicídio e envenenamento. Assim, mesmo que a pessoa tenha ou não estado hospitalizada após o acidente ou violência, não importando o tempo decorrido entre este e a morte, somente o Instituto Médico legal é competente para o fornecimento do atestado de óbito nas mortes decorrentes de causas externas. Esse fato isenta o médico que tratava de um acidentado, no hospital, do fornecimento da DO. Assim em caso de paciente internado e cuja morte sobrevém no hospital – a juízo do médico em decorrência das lesões sofridas – o corpo deve ser encaminhado ao IML com um relatório sobre o caso, o que evidentemente será benéfico para a realização da necropsia e elaboração do laudo e respectiva DO.

Problema mais grave surge nas localidades onde inexistem postos do Instituto Médico Legal. É, de novo, o Código de Processo Penal[62] que, analogicamente com os exames de corpo delito, refere-se ao fato de,

> *em não havendo na localidade peritos oficiais, será o exame feito*
>
> *por duas pessoas idôneas, escolhidas de preferência entre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do evento.*

Esses peritos, designados pela autoridade judicial ou policial (peritos ad-hoc), prestarão compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo (parágrafo 2º do art. 159 CPP).[62] Nesse caso, será lavrado um auto desse compromisso e os peritos designados, de acordo com o parágrafo único do art. 162, poderão restringir-se ao exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para

a verificação de alguma circunstância relevante (para outras especificações, ver Silveira, 1996)[63].

Sugere-se, nesses casos, que o perito ad-hoc coloque no laudo que "procedeu a um exame externo no cadáver", a fim de evitar qualquer comprometimento futuro.

A Resolução CFM nº 1779/2005 (publicada no DOU de 5/12/2005, Seção I, p. 121)[56] já referida, faz também menção expressa sobre esse assunto, determinando essa obrigatoriedade.

Assim, em casos de mortes violentas ou não naturais, a declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médicos-legais, qualquer que seja o tempo decorrido entre o acidente/violência e a morte.[64]

Há, entretanto, médicos que desconhecem essa norma e, para pacientes internados, vítimas de acidentes/violências, que vêm a falecer, se permitem fornecer a DO. Essa atitude contraria o que determina a legislação e, portanto, deve ser combatida, visto que o médico, por não obedecer à lei, poderá expor-se às penas que a legislação determina, dos pontos de vista jurídico e ético.

2.3.2. MORTES DECORRENTES DE CAUSAS NATURAIS

Surge o problema de se saber a quem incumbe o fornecimento do atestado de óbito em caso de morte natural, caso que comporta algumas situações especiais.

2.3.2.1. PACIENTE COM MÉDICO ASSISTENTE (HOSPITALIZADO OU NÃO)

Neste aspecto, ficou claro que o próprio Código de Ética Médica[4] estabelece que **se o médico vinha prestando assistência a um paciente e este vem a falecer** (não havendo qualquer suspeita de que a morte tenha sido violenta), **cabe a esse médico a elaboração da Declaração de Óbito.** O Código fala, especificamente, em ser vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente a quem vinha prestando assistência (Art. 84), "exceto quando houver indício de morte violenta". Para paciente hospitalizado, na falta do médico assistente, a DO deverá ser fornecida pelo médico substituto pertencente à Instituição. (Resolução nº 1779 de 11.11.2005)[56]. Essa postura é, aliás, referendada pela Resolução nº 116 do Ministério da Saúde[41], também já referida.

2.3.2.2. PACIENTE SEM MÉDICO ASSISTENTE (HOSPITALIZADO)

Se o paciente não tiver um médico assistente, mas estiver sob os cuidados de instituição hospitalar e evoluir para óbito, **qualquer médico do hospital** – no caso, o que estiver de plantão – **deverá fornecer o atestado.** Nessa situação, no Campo 43 da DO deverá ter anotado que se trata de médico substituto (ou plantonista) e o Campo 40, relativo à causa de morte, poderá ser preenchido mediante consulta ao prontuá-

rio hospitalar. Enfatiza-se aqui a importância do prontuário que, contendo toda a anamnese, exames realizados, diagnósticos, tratamento prescrito e evolução do paciente, permitirá um preenchimento adequado da DO e se constituirá em elemento importante, responsável por resguardar o médico de qualquer problema futuro, do tipo envolvimento com seguradoras, justiça etc.

Importante questão tem sido constantemente levantada com relação aos óbitos hospitalares. Muitas instituições negam-se a fornecer declarações de óbito para pacientes que vêm a falecer dentro dessas instituições, mas antes de completadas 24 (ou às vezes 48) horas de internação. Nesse caso, é importante lembrar que **é da competência do hospital o fornecimento de atestados para todos os casos de óbito hospitalar,** definido este pelo Ministério da Saúde como "óbito hospitalar é o que se verifica no Hospital, após o registro do paciente"[65], conceito reiterado no Manual de Preenchimento da DO. O próprio Ministério da Saúde, na mesma publicação, define "óbito hospitalar específico ou institucional, como aquele que se verifica após 48 horas de internação do paciente", e talvez seja esta a confusão que vem se estabelecendo em muitos casos. É necessário lembrar que esse conceito, mais específico que o anterior (e usado, geralmente, para cálculo de estatísticas hospitalares), não elimina a competência do hospital quanto ao fornecimento do documento antes desse prazo. A título de exemplo, imagine-se um paciente que, admitido às 22 horas de um dia para submeter-se a uma cirurgia às 6 horas da manhã seguinte, evolua para óbito durante a cirurgia. Não há como negar a responsabilidade e competência do hospital quanto ao preenchimento e fornecimento da DO: o paciente estava registrado no hospital, sob a responsabilidade deste e o óbito sobreveio durante um procedimento efetuado pelo médico da Instituição. A exigência de internação maior que 24 horas para que o hospital forneça a declaração de óbito deve, portanto, ser totalmente abandonada, ficando o mesmo responsável pelo fornecimento da DO em todos os casos de óbito ali verificados, ressalvados ajustes decorrentes de mortes violentas ou suspeitas, como já salientado.

2.3.2.3. PACIENTE SEM MÉDICO ASSISTENTE (ÓBITO NO DOMICÍLIO)

Se o paciente falece sem ter tido assistência médica ou, embora esta tenha existido, a causa que levou ao óbito não está bem definida, duas situações podem ocorrer: a) a morte ocorre em local onde existe o Serviço de Verificação de Óbito – SVO e b) a morte ocorre em locais onde não existe esse Serviço.

A. EM LOCAIS ONDE EXISTE SVO

Os SVO são instituições que têm por finalidade a determinação da realidade da morte, bem como a sua causa – desde que natural e não externa – nos casos de óbitos ocorridos sem assistência médica ou com assistência médica, mas em que a morte sobreveio por moléstia mal definida. Neste sentido, é importante não confundir este órgão com o Instituto Médico Legal: ambos realizaram necropsias, mas com finalidades diferentes. A necropsia

médico-legal é feita em todos os casos de morte por causa violenta ou suspeita, sendo indicada pela autoridade policial ou judiciária. A anatomopatológica, por sua vez, feita pelo SVO, visa determinar ou diagnosticar a causa de morte, esclarecer a evolução de uma determinada doença, dizer da eficiência de uma norma terapêutica[61], todos em casos de morte por causa natural.

Em São Paulo, o SVO, criado pelo Decreto Estadual nº 4967 de 18 de abril de 1931, foi transferido para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) para funcionar junto ao Departamento de Anatomia Patológica, onde está até hoje. A lei nº 5452 de 22 de dezembro de 1986, que reorganizou os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo, permitiu estender esse serviço a outras instituições públicas ou privadas em quaisquer dos municípios da Grande São Paulo, o que poderia ocorrer mediante credenciamento dado pelo SVO da Capital. A mesma lei criou ainda o SVO do Interior (SVOI), - sob a responsabilidade do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – com a competência de realizar necropsias nas condições referidas para mortes ocorridas no Município de Ribeirão Preto, bem como credenciar instituições públicas ou privadas para a instalação de SVO em outros municípios do interior do Estado, excluídos os da Grande São Paulo. As possibilidades abertas por essa lei quanto à criação de SVO nos municípios que desejassem esse Serviço fazem prever grandes perspectivas para a melhoria da qualidade da informação sobre as reais causas de morte, de vez que a realização de necropsias, com essa finalidade, é não somente desejável como também imperiosa para a Saúde Pública.

B.EM LOCAIS ONDE NÃO EXISTE SVO

Se a morte, sem assistência médica ou com diagnóstico de moléstia mal definida, sobrevier no domicílio, em município no qual não haja ainda SVO, qual o procedimento a ser adotado?

Diversamente do revogado Código de Deontologia Médica, o atual Código de Ética Médica[4] não faz referência expressa ao Serviço de Verificação de Óbito. Isso não implica dizer, no entanto, que ele o tenha relegado a um plano secundário. Nele lê-se:

> *"É vedado ao médico;*
>
> ***Art. 83.*** *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****".*

Como anteriormente se viu, o Serviço de Verificação de Óbito – SVO – se destina a realizar necropsias em casos de morte natural em que não tenha havido assistência médica, ou, embora tenha esta ocorrido, seja a causa da morte desconhecida.

A já referida Resolução nº 1779 de 2005, do Conselho Federal de Medicina,[56]

entretanto, prevê, especificamente:

> *Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:*
>
> *1) morte natural*
>
> *1. Morte sem assistência médica*
>
> *a) nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos SVO), a Declaração de Óbito será 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.*

É evidente que o médico, nestes casos, não terá elementos para firmar o diagnóstico da doença que levou à morte, não podendo, por- tanto, preencher devidamente os itens relativos às causas da morte. O que se preconiza, neste caso, é que o médico **forneça o atestado**, a fim de que o enterramento possa ser feito, anotando que se trata de óbito **sem assistência médica.** É preciso, entretanto, ter em mente que, dada função eminentemente legal do atestado de óbito – como se viu, fazer prova de que o indivíduo não mais existe –, é preciso **certificar-se da realidade da morte, bem como da identificação do falecido.** Não se pode esquecer ainda, que a declaração do óbito deve ser preenchida em decorrência de sua função social; há um corpo que precisa ser sepultado e, para tanto, é necessário um atestado.

O que acontece, nestes casos, é que se vai ter um **atestado do óbito** e não **atestado da causa do óbito** – exigindo-se, pelo menos, que o médico se certifique, pessoalmente, do fato de ter a pessoa realmente falecido. Dessa forma, o médico não deverá fornecer a DO sem ter visto e examinado o cadáver (fundamentalmente para afastar qualquer suspeita de morte por acidente ou violência). Deverá ele anotar na DO que não assistiu o falecido, informando, no item relativo à causa de morte, que se trata de óbito sem assistência médica, não colocando, portanto, nenhum diagnóstico. Para as Estatísticas de Saúde o conhecimento dessa informação "óbitos sem assistência médica" mostra-se como um importante indicador de saúde. Aqui também se preconiza que, para evitar problemas futuros quanto ao fato de ter dado a DO sem a prestação de cuidados anteriores, após exame externo do cadáver, coloque a expressão "não há sinais externos de violência!", visando a afastar qualquer problema relativo a óbito por causa não natural.

Quanto à identificação do falecido, solicitar sempre um documento com foto, a fim de evitar possíveis problemas. Se a pessoa não possuir qualquer prova de identidade, sugere-se solicitar a comprovação de identidade a familiar que possua documento em mãos. Esse familiar seria, assim, de certa forma, o responsável pela afirmação de que aquela DO pertence àquele corpo.

Se o médico, ao examinar o cadáver, suspeitar de existência da violência, deve transferir o caso para a esfera policial, que procederá conforme o final do citado 2.3.1.

A legislação em vigor (Resolução nº 1779 – CFM)[56] explicita dois casos para os quais é necessária atenção:

1º) paciente em tratamento sob regime ambulatorial que vem a falecer no domicílio. A resolução prevê que a DO deva ser fornecida por médico da Instituição que prestava assistência ou pelo SVO e

2º) paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa de Saúde de Família, internação domiciliar e outros) que vem a falecer no domicílio, terá sua DO fornecida pelo médico pertencente ao Programa no qual o paciente estava cadastrado ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

Quanto à possibilidade da criação de SVO, preconiza-se que as localidades interessadas em criá-lo conheçam as normas junto a serviços já implementados, como o SVOC do Município de São Paulo que, como referido, funciona junto ao Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Se na área já houver IML instalado, os interessados podem, através de acordo/convênio/ contrato ou similar com essa Instituição, utilizar a estrutura física e a capacidade instalada do IML para exercer suas atividades. Fica claro que as necropsias do SVO devem ser realizadas por patologistas e, as do IML, por legistas, mas a infraestrutura poderá ser única, a exemplo do que já ocorre em algumas localidades.

2.3.2.4. PACIENTE SEM MÉDICO ASSISTENTE (ÓBITO EM TRÂNSITO)

Ainda a título de exemplo, poder-se imaginar uma situação em que o doente encontra-se no domicílio e começa a passar mal; a família chama a ambulância de um hospital; o médico que atende diagnostica um infarto agudo e recomenda remoção imediata ao hospital, sobrevindo o óbito, entretanto, na própria ambulância. O bom senso recomenda, neste caso, o fornecimento do atestado feito pelo médico da ambulância (que atendeu o paciente) visto que, analogicamente, a ambulância funciona como uma extensão, um prolongamento ou a "longa manus" do hospital e o doente já estava, portanto, sob a responsabilidade deste.

A contrário senso, se a ambulância que socorre o paciente não tem médico, a situação assemelha-se a óbito no domicílio e os procedimentos serão equivalentes ao apresentado em 2.3.2.3.

2.3.3. MORTES EM LOCAIS SEM MÉDICO

Trata-se de caso especial de morte de paciente sem assistência médica porque no local onde o óbito ocorre não existe esse profissional.

A citada Lei dos Registros Públicos[39], em seu artigo 77, prevê, para localidades em

que não existem médicos, que:

> ***Art. 77.*** *"... duas pessoas que tenham presenciado ou certificado a morte" possam promover seu registro.*

Esse recurso, porém, só deverá ser invocado nos **locais onde não haja** médico, pois, caso contrário (morte sobrevindo sem assistência médica, mas existindo o profissional na localidade), este não poderá se esquivar do fornecimento do atestado, conforme se frisou no item anterior".

PARTE 3

RESPONDENDO ÀS QUESTÕES MAIS FREQUENTES

Apesar de farta distribuição de material relativo à emissão de Declaração de Óbito pelo médico, é comum, ainda, chegarem aos Conselhos de Medicina consultas sobre questões específicas referentes ao assunto. Resgate histórico foi realizado nos arquivos do CREMESP, com o intuito de conhecer as dúvidas mais comuns que ocorrem entre os profissionais e as indagações mais frequentes para, frente à legislação em vigor, oferecer respostas e normas de conduta. As consultas foram agrupadas segundo temas e as mais pertinentes estão sumarizadas a seguir.

QUESTÃO 1

Óbito ocorrido em ambulância.
A quem compete a emissão da Declaração de Óbito?

A questão relativa a óbito ocorrido em ambulância comporta respostas diferentes, em razão da situação em que o mesmo se verifica: fundamentalmente, se havia ou não médico no veículo.

Imagine-se paciente que, no domicílio, passa mal; serviço de emergência é acionado e chega com médico que faz diagnóstico de provável infarto, sugerindo remoção para um hospital. Durante o transporte, o paciente apresenta parada cardiorrespiratória irreversível e evolui para óbito. Em razão de o médico ter dado atendimento ao paciente, esta situação assemelha-se ao óbito hospitalar e o médico da ambulância deverá ser o responsável pela emissão da DO.

Em sentido contrário, se a ambulância não dispuser de médico, o transporte será, em tudo, semelhante ao feito em veículo particular ou viatura policial. Nesse caso, se houver SVO na localidade, o corpo deverá ser encaminhado para essa instituição, para a emissão da DO. Inexistindo tal Serviço, no local, a situação se equipara à de óbito no domicílio, na qual qualquer médico **pode** e o médico do Serviço Público **tem o dever legal** de fornecer a DO. Fique claro, entretanto, que todas estas situações são aplicáveis a mortes decorrentes de causas naturais, visto que o procedimento, em caso de óbitos por causas externas, é sempre enviar o corpo para o IML para necropsia.

EMBASAMENTO LEGAL

1. A DECLARAÇÃO de óbito: documento necessário e importante. Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Clas- sificação de Doenças, 2006. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude. gov. br/ bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novem- bro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao. php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

QUESTÃO 2

Óbito ocorrido em serviços de emergência (Pronto Socorro ou Pronto Atendimento). Quais os procedimentos a serem adotados quanto ao fornecimento da Declaração de Óbito?

A fim de esclarecer a questão, imaginem-se as possíveis situações de paciente que chega ao Serviço (PS):

SITUAÇÃO A: totalmente "parado"

SITUAÇÃO B: em parada cardiorrespiratória, mas submetido a manobras de ressuscitação, responde positivamente; entretanto, logo após, tem outra parada, esta irreversível

SITUAÇÃO C: em mau estado geral; é examinado e há suspeita de infarto agudo. É medicado, mas evolui para óbito, logo após.

Aqui, é importante salientar que para cada situação os procedimentos indicados quanto à emissão de atestados podem ser diferentes.

SITUAÇÃO A

É necessário verificar se o paciente apresenta alguma suspeita de causa não natural, caso em que o corpo deverá ser encaminhado ao IML para necropsia. Se não houver indício de violência e existir SVO na localidade, este deverá ser o responsável pela emissão da DO. No caso de inexistir SVO, o próprio médico plantonista do PS fornecerá a DO, assinalando que "**chegou morto ao PS. Paciente sem sinais externos de violência. Causa não determinada"**

Nota: se o médico suspeitar de alguma causa, anotar **"provável causa x"**

SITUAÇÃO B

A morte no PS equivale ao óbito hospitalar e, portanto, se ocorreu nas suas dependências, a competência do fornecimento da DO é da instituição. Já foi comentado, em outra parte desta publicação, que o conceito de óbito hospitalar (e, por via de consequência, em PS) independe do tempo de permanência do paciente na instituição. Nesse caso, então, o médico que atendeu o paciente é o responsável pela emissão da DO, ressalvada sempre a questão relativa a sinais externos de violência, caso em que o procedimento deverá ser igual ao da situação A.

SITUAÇÃO C

Não há dúvida de que se trata de óbito hospitalar e que, portanto, a DO deve ser fornecida pela instituição (no caso, pelo médico que atendeu o paciente no PS). No item relativo à causa da morte, colocar "infarto" (ou provável "infarto"), visto que esse foi o diagnóstico feito pelo médico, sendo que até medicação específica foi prescrita e aplicada.

EMBASAMENTO LEGAL

1. A DECLARAÇÃO de óbito: documento necessário e importante. Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006. 40 p. Disponível em: <http:// bvsms.saude. gov. br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf >. Acesso em: 10 abr.2015.

2. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao. php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

QUESTÃO 3

Qual o destino a ser dado, nos hospitais e outras instituições de saúde, a peças anatômicas e tecidos humanos?

A questão é extremamente pertinente, dada a frequência com que situações desse tipo ocorrem em nossos hospitais. Foi, entretanto, praticamente solucionada pela Resolução nº 33 de 25 de fevereiro de 2003 da ANVISA/Ministério da Saúde (publicada no DOU de 05 de março de 2003), que estabeleceu normas relativas a coleta, acondicionamento, armazenamento, tratamento e destino final desse material.

Com relação a documentos comprobatórios desses procedimentos, o que deve ser fornecido?

Aqui, é importante salientar que, sob nenhuma hipótese deve ser fornecida uma DO, por exemplo, para membro amputado, ainda que o destino da peça venha a ser o enterramento, visto que não se tem um óbito. Neste caso, sugere-se a elaboração de um laudo, conforme especificação em 2.2.4 desta publicação.

Quanto a produtos de concepção, o item 2.2.3, também desta publicação, explica a matéria nos seguintes termos: "os resíduos de produtos de fecundação que vem à luz sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham mais valor científico ou legal e/ou quando não houver requisição pela família..." podem ser incinerados no próprio hospital ou destinados à coleta especial. Se a família quiser promover o sepultamento do produto, **poderá** ser fornecida a DO, deixando claro tratar-se de uma perda fetal e preenchendo os itens específicos com as características do produto. É importante salientar que a DO não é obrigatória, pois as características do produto não configuram um natimorto.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Seção 1, p. 49-56. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao. php?id=7848>. Acesso em: 10 abr. 2015

2. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novem- bro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Do- enças 10 (CID-10). Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ª ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2007. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/ V2008/cid10.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 4

Emissão de atestado de óbito para parente

Os Conselhos Regionais de Medicina têm emitido, com certa frequência, pareceres sobre a possibilidade (ou não) de médicos fornecerem atestados – inclusive de óbito – para parentes, às vezes, próximos. É importante salientar que não existe legislação que recomende (ou vede) esse procedimento, razão pela qual depreende-se que a conduta do médico que forneça DO para parente não pode ser questionada como antiética ou ilegal.

Entretanto, em recente parecer, o CREMESP assim se manifestou:

> *"... certamente questões emocionais podem influenciar em condutas e decisões médicas racionais, influenciando ou prejudicando o desempenho profissional. Daí ser corrente, na comunidade médica, a inadequação do atendimento de parentes, principalmente, os mais próximos. Por outro lado, se não há impedimentos éticos e legais para que um médico assine atestado de óbito de parente próximo, essa prática pode ter alguns riscos, como uma suspeita de falsidade ou omissão de dados contidos no atestado, principalmente por empresas seguradoras ou até mesmo em lides éticas e legais. Portanto, no máximo, podemos dizer que essa prática não é recomendável" (Consulta CREMESP nº 53627/10).*

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – Retificação. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao.php?id=8822. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 53.627, de 14 jun. 2010. A questão é técnica. Certamente questões emocionais podem influenciar em condutas e decisões médicas racionais. Portanto, no máximo, podemos dizer que esta prática não é recomendável. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=9408&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%E3o%20Paulo&numero=53627&situacao=&data=14-06-2010. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 5

Ainda sobre nascidos mortos e sobre óbitos de recém- nascidos logo após o nascimento. Quais os documentos a serem emitidos?

Em face aos conceitos internacionais (referendados no Brasil) sobre cada um desses eventos, e do esclarecimento trazido por Resolução do CFM sobre o assunto (primeiro, a Resolução nº 1.601 de 09/08/2000 e, depois, pela Resolução nº 1.779 de 11/11/2005), não é possível existirem mais dúvidas a respeito dos procedimentos a serem tomados em caso de óbitos fetais e de nascidos vivos que evoluem para óbito logo após o nascimento (ver itens 2.2.1, 2.2.2 e 2.2.3 desta publicação). O caso abaixo ilustra e esclarece mais uma vez a situação.

Mulher de 38 anos, com gravidez gemelar de 23 semanas (conforme caderneta de pré-natal), dá entrada no hospital em mau estado geral, quadro de eclampsia. Atendida no PS, é encaminhada diretamente à UTI, onde é medicada. Horas depois apresenta piora de seu estado e elimina, naturalmente, dois conceptos, evoluindo para óbito, logo após.

Características dos conceptos:

1.Masculino:

Sinais vitais: ausentes
Peso: 620g
Estatura: 25 cm

Nascido morto

2.Feminino

Sinais vitais: presentes
APGAR 1º minuto = 2 e
APGAR 5º minuto = 0 (Constatado o óbito)
Peso: 480g
Estatura: 25 cm

Nascido vivo que evolui para óbito

Procedimentos relativos à documentação a ser fornecida: Conforme a descrição dos casos, têm-se:

1) Mãe – Óbito (a ser atestado pelo obstetra que a atendeu). Trata- se de morte materna, decorrente de eclampsia. É importante não esquecer o preenchimento dos campos/itens específicos.

2) Concepto masculino – Trata-se de óbito fetal – nascido morto - (sinais vitais ausentes), com peso = 620g e estatura = 25 cm. Preencher DO (preenchimento obrigatório, visto o peso ser maior que 500g e a gestação maior que 20 semanas) anotando, na 1ª casela, que se trata de óbito fetal. Não esquecer de preencher os campos/itens específicos. Quanto à causa da morte = nascido morto em (1a) e eclampsia materna em (1b), ambos da Parte I da Declaração de óbito.

3) Concepto feminino – Trata-se de nascido vivo com sinais vitais presentes (APGAR 1º minuto = 2) que cessaram logo após (APGAR 5º minuto = zero). Aqui é importante salientar que, embora o peso seja menor que 500g, os sinais vitais PRESENTES caracterizam o produto como nascido vivo, ainda que esses sinais cessem no minuto seguinte. Fornecer DO e não se esquecer de preencher os campos/itens específicos. Quanto à causa da morte = anóxia neonatal, decorrente de eclampsia materna. Segundo a legislação em vigor (Resolução CFM nº 1.779 de 11/11/2005), o médico que prestou assistência à mãe é o responsável por fornecer a DO. Lembrar que, como nascido vivo, o hospital é obrigado a preencher a Declaração de Nascido Vivo (DN), documento que pode ser preenchido por qualquer servidor especialmente designado pelo hospital, e não obrigatoriamente pelo médico.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10). Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ª ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2007. v. 2 Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/ V2008/cid10.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 6

Paciente doador de órgãos. De quem é a competência quanto ao fornecimento da Declaração de Óbito?

Não há dúvida de que a prática da doação de órgãos vem crescendo. Entretanto, questões relativas a procedimentos a serem adotados pelos médicos em nível hospitalar ainda chegam aos Conselhos, principalmente no que tange à competência para a emissão de DO. As dúvidas têm fundamento e o tema se reveste de grande importância e suscita, na realidade, não poucos questionamentos.

A título de exemplo, imagine-se a seguinte situação:

Paciente masculino, 22 anos, internado na Instituição A entra em morte encefálica e a família quer doar seus órgãos. O corpo necessita, entretanto, ser transportado para a Instituição B, de maior complexidade, para que o procedimento de retirada dos órgãos possa ser efetuado. Pergunta-se: quem deve fornecer a DO: hospital A ou hospital B? O corpo pode sair do hospital A – corpo morto – sem documento comprobatório do óbito? Esse documento deve, obrigatoriamente, ser a Declaração de Óbito?

Resposta: Aqui há que se ter em mente algumas premissas importantes:

1º) as regras mais comezinhas da administração hospitalar indicam que existem os seguintes tipos de saída hospitalar: alta, óbito, transferência e evasão, havendo, para cada um, definições e procedimentos específicos;

2º) a morte encefálica, segundo o art. 3º da Lei nº 9434 de 4.02.97, chamada Lei dos Transplantes, deve ser **constatada** e **registrada** por dois médicos não participantes da equipe de remoção ou transplante; 3º) embora o destino do paciente seja outro hospital, parece não se tratar de transferência, mas de óbito.

Cabe, neste momento, a verificação importante que é a relativa a saber se o óbito do provável doador se deu em decorrência de causas naturais ou foi consequente às lesões provocadas por qualquer tipo de acidente ou violência.

Em situação normal, de NÃO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, ter-se-iam:

SITUAÇÃO 1: óbito em decorrência de causa natural deveria ter sua DO assinada por médico da instituição A; após, iria para o registro civil em cartório e sepultamento.

SITUAÇÃO 2: no caso de óbito por causa externa, o corpo seria encaminhado com uma guia, para o IML, para fins de exame necroscópico, laudo, fornecimento da DO, registro civil e posterior sepultamento.

Em caso de DOAÇÃO de órgãos, paciente com morte encefálica, nos termos da legislação em vigor (art. 3º Lei nº 9434 – Lei dos Transplantes) deve ter o estado de morte encefálica **diagnosticado, constatado e registrado** por dois médicos não participantes

da equipe da remoção ou transplante, "mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por Resolução do Conselho Federal de Medicina para morte encefálica" (A lei não especifica, entretanto, se se trata de morte por causa natural ou externa).

Esta constatação de morte encefálica tem sido feita por meio da emissão de DO assinada por dois médicos da instituição A, inclusive segundo pareceres do CREMESP (consultas nº 51.863/07 e 83.001/08) O artigo 8º da Lei dos Transplantes, entretanto, expressamente manifesta a vontade do legislador:

> ***Art. 8º*** *- "... após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será* ***imediatamente necropsiado*** *e condignamente recomposto para ser entregue, em segurança, aos parentes do morto ou seus representantes legais para sepultamento".*

Ora, se a lei determina necropsia, é de se supor que o corpo deva ser encaminhado ao IML e que a DO seja emitida por essa instituição. Verifica-se, dessa forma, um conflito positivo de competência, visto que – ao que parece – o corpo já saiu da instituição A com uma DO assinada por dois médicos e deverá ter outra DO a ser fornecida pelo IML pós-necropsia. O que fazer diante dessa situação? Como resolver o problema? A DO assinada por 2 médicos da instituição A pode ser desprezada? O IML retém esse documento? Com qual deles a família se dirige ao cartório para o registro civil do evento?

À vista do que diz o art. 3º da Lei dos Transplantes, de que "diagnóstico de morte encefálica deve ser **constatada** e **registrada** por dois médicos..." poderia ser imaginado que os médicos da instituição A, não obrigatoriamente, teriam que emitir uma DO, bastando o fornecimento de um formulário impresso, especificamente desenhado para esse fim, que seria preenchido com todos os dados do paciente e onde seria comprovada, **por dois médicos**, a morte encefálica.

Esse documento serviria como uma guia para que o corpo pudesse ser removido da instituição A para a instituição B, onde seriam retirados os órgãos. Nesta, feito relatório desse procedimento, os dois documentos "Termo de Constatação de Morte Encefálica" (ou Termo de Declaração de Morte Encefálica, conforme Parecer CREMESP nº 83.001/08)* e "Relatório de extração de órgãos" deveriam acompanhar o corpo ao IML para necropsia e recomposição, conforme o art. 8º da Lei dos Transplantes e, aí sim, emitida uma DO.

Em razão de estar o assunto ainda em aberto, sugere-se, para esse fim, que o CREMESP crie Comissão de Estudos para que o problema possa ser devidamente equacionado e resolvido.

---

* No Município de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Portaria nº 253/2007 criou a Guia de Encaminhamento de Cadáver que, embora não se refira, especificamente a casos de morte encefálica, deve ser usada para acompanhar o corpo transferido para o SVO (causas mal definidas) ou IML (mortes violentas ou suspeitas)

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/ library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

2. BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 1997. Seção 1, p. 2191. Disponível em: < http:// www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6174>. Acesso em: 10 abr. 2015.

3. SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 51.863, de 27 de novembro de 2007. Disponível em: < http:// www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_ impressao.php?id=8501>. Acesso em 10 abr. 2015.

4. SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Pau- lo. Consulta nº 83.001, de 23 de junho de 2009. Médicos, inclusive plantonistas, que constatarem eventos de morte encefálica deveriam emitir a Declaração de Óbito para encaminhar o corpo para doação de órgãos. A emissão da Declaração de Óbito na instituição onde a morte encefálica foi constatada é o que torna oficial a morte do indivíduo, e só então o coloca na situação de doador-cadáver que permite a sua transferência para a instituição responsável pela retirada dos órgãos para transplante. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/ versao_impressao.php?id=8972 >. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 7

Paciente sem documento. Como emitir Declaração de Óbito e de quem é a competência para a emissão?

Em vários momentos neste trabalho, tem sido enfatizada a importância da DO em seus diferentes aspectos. Para as consecuções de todos os seus objetivos, ela necessita ser completa e correta e, fundamentalmente, precisa em suas informações. Para o alcance dessa meta, a recomendação dada é a de que o médico deve preencher o formulário, sempre à vista de um documento (com foto) do falecido.

Há casos, entretanto, em que tal medida é impossível.

SITUAÇÃO A: Imagine-se uma situação em que mulher grávida passa mal em via pública é encaminhada a um hospital próximo, evoluindo para óbito durante o primeiro atendimento, após eliminar o produto da gestação (M-2500g, sem sinais vitais). Como a mulher estava desacompanhada e não portava qualquer documento, pergunta-se quais os procedimentos a serem adotados pelo hospital com relação a:

1º) Providenciar DO para a mulher;

2º) O que fazer com o corpo do concepto.

O corpo da pessoa sem identificação deve, por força de lei, ser encaminhado ao IML para providências relativas à identificação e necropsia. Se o procedimento não tiver sucesso antes da emissão da DO, esta deve ser emitida fazendo constar no lugar do nome, "Desconhecido nº...". Na Instituição permanecem todos os elementos capazes de promover a identificação e, quando esta puder ser realizada, o IML deve providenciar a averbação do primeiro documento.

Quanto ao concepto, deve também ser emitida a DO-fetal – nascido morto – fazendo menção, no espaço correspondente ao nome da mãe, ao fato de, não estando ainda identificada, corresponder ao "Desconhecido nº...". O documento é também passível de averbação quando a situação for esclarecida.

SITUAÇÃO B: Imagine-se situação em que médico do Serviço Público é convocado para dar uma DO para paciente que morreu no domicílio em local sem SVO e sem IML. A sequência de providências deverá ser:

1º) Ir ao local onde se encontra o corpo para verificar se há realmente um óbito;

2º) Proceder a um exame externo do cadáver para a eliminação de dúvidas quanto a se tratar de morte natural e não violenta;

3º) Se o paciente não tiver nenhum documento (supor perda ou extravio), solicitar a algum parente para que, devidamente identificado, responsabilize-se por afirmar nome e qualificação do falecido. Essa pessoa deverá apor seu nome e assinatura em qualquer

lugar da DO, como prova de que conhece o falecido e, nessa condição, foi capaz de fornecer seus dados básicos.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 35.566, de 30 de setembro de 1959. Aprova o Regulamento do Instituto Médico- Legal do Estado. Diário do Executivo; Governo do Estado. São Paulo, 2 out. 1959. Disponível em: < http:// www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1959/decreto-35566- 30.09.1959.html>. Acesso em: 10 abr 2015.

QUESTÃO 8

Em que casos ou situações deve um corpo ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para necropsia?

Quais os conceitos de causa externa e morte suspeita?

A legislação brasileira é absolutamente clara quanto ao fato de que o atestado de óbito decorrente de lesões provocadas por causas externas deverá sempre ser fornecido por perito legista pós necropsia. A Resolução CFM nº 1.779 de 11/11/2005, faz referência a essa determinação, o que poderia levar a pensar que o assunto estivesse totalmente resolvido. Percebe-se, entretanto, que ainda pairam dúvidas quanto aos procedimentos a serem adotados em algumas situações.

Mortes por causas externas (ou não naturais) são aquelas que sobrevêm em decorrência de um acidente ou qualquer tipo de violência. Isto posto, fica claro que devem ser incluídos os casos de óbitos decorrentes dos seguintes eventos (cf. CID-10; OMS, 1995):

√ Acidentes de transporte;

√ Suicídios;

√ Homicídios;

√ Outros acidentes, aí englobados: afogamentos, queimaduras, quedas, aspiração de corpo estranho, picada de animal peçonhento, envenenamento (intoxicação), entre outros;

√ Complicações de assistência médica e cirúrgica, englobando efeitos adversos de drogas e medicamentos, acidentes ocorridos com pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos médicos e reação anormal em paciente ou complicação tardia causados por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos;

√ Sequelas de causas externas.

É importante salientar, entretanto, que, em todos esses casos, não importa o tempo decorrido entre a evento lesivo e a morte, o que quer dizer, em outras palavras, que, mesmo no caso de complicação das lesões, se a juízo do médico for possível estabelecer um nexo causal entre a morte e o evento lesivo (acidente ou violência), esta será **sempre** a causa básica da morte e o corpo deverá ser encaminhado para necropsia no IML. Parecer emitido pelo CFM em 1999 (CFM 57/99) fala em causas violentas imediatas ou tardias – todas submetidas à necropsia no IML.

Com relação à **morte suspeita**, pode ser conceituada como: aquela em que o nexo causal é duvidoso ou que, embora o corpo possa não apresentar sinais externos de violência, o caso pode sugerir, por exemplo, um envenenamento. O Parecer CFM

referido classifica a morte suspeita como parte da morte violenta, até que se prove o contrário. Nesse caso, é também necessário enviar o corpo ao IML para esclarecimento e emissão da DO.

Devem também ser enviados ao IML, para possível identificação e determinação de causa de morte, os corpos de pessoas falecidas em via pública (ou local público), mesmo que a morte seja, aparentemente, natural.

Adicionalmente, corpos de pessoas sem identificação devem ser enviados ao IML para providências junto ao Serviço de Identificação da Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo.

EMBASAMENTO LEGAL

1. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 35.566, de 30 de setembro de 1959. Aprova o Regulamento do Instituto Médico- Legal do Estado. Diário do Executivo; Governo do Estado. São Paulo, 2 out. 1959. Disponível em: < http:// www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1959/decreto-35566- 30.09.1959.html>. Acesso em: 10 abr 2015.

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10). Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ª ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2007. v.1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/ V2008/cid10.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

3. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 57, de 30 de setembro de1999. O preenchimento e execução da declaração de óbito é ato médico, cuja responsabilidade preferencial é do médico que tenha pleno ou provável conhecimento das causas que produziram a morte – Resolução do CFM definirá normas hierárquicas de responsabilidade pelo preenchimento – proposta de revogação da Resolução CFM nº 1.290/89. Disponível em: < http:/www.portal medico.org.br/pareceres/CFM/1999/57_1999.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

4. BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 13 out. 1941, p. 19699. Art.162. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

5. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

QUESTÃO 9

Sobre necropsias: autorização familiar para a sua realização e tempo para seu início

A necropsia é procedimento obrigatório em caso de morte por causa externa (em consequência das lesões decorrentes do evento lesivo) ou suspeita, e está regulamentada pelo artigo 162 do Código de Processo Penal Brasileiro (CPP), devendo ser feita por perito legista. Isso posto, sua realização dispensa autorização da família e o corpo deve ser, **sempre**, enviado para o IML, que é o órgão responsável por sua realização, emissão de laudo detalhado sobre o que for encontrado à necropsia e DO. É importante salientar que esta regra é válida **qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento lesivo e o óbito.**

Quanto ao tempo para que a necropsia seja realizada, ainda por força de lei, "só poderá ser iniciada 6 horas após a constatação da morte, SALVO se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que deve ser declarado nos autos". Nas localidades onde não existir Posto do IML, qualquer médico da localidade pode ser investido da função de perito, por ato da autoridade judicial ou policial da localidade (ver item específico deste trabalho) e, nesse caso, realizar-se-á a chamada "necropsia sumária", que consiste somente no exame externo do cadáver e, portanto, feita a qualquer momento.

Quanto às necropsias realizadas pelos Serviços de Verificação de Óbito, feitas por patologistas, embora não haja regulamentação expressa sobre a matéria ("a legislação é silente quanto a esse aspecto conforme Resolução CFM nº 7.077/10), pode- se dizer que, por analogia com o estabelecido pelo CPP, para as autopsias médico-legais valem as mesmas regras, com exceção da obrigatoriedade. Assim, para necropsias em pacientes que morreram por causas naturais, a serem feitas no SVO:

1º) só devem ser iniciadas 6 horas após a constatação da morte e 2º) não sendo obrigatórias por Lei, devem, por essa razão, depender da autorização (por escrito) de pessoa da família.

Em sentido contrário, manifestação do CREMESP datada de 2010, estabelece que "a necessidade de autorização familiar (ou responsável legal) para a realização da necropsia criaria óbice à aplicação efetiva da lei, tornando inviável o cumprimento dos objetivos trazidos pelo dispositivo legal. Desse modo, em face à obrigatoriedade do exame *post-mortem*, na hipótese aventada pelo consulente, este Departamento entende que é desnecessária a autorização familiar ou representante legal para a realização do procedimento (Consulta CREMESP nº 21.889/10)

Como proceder, então? Nesse conflito de posições, fazer prevalecer a autorização escrita da família parece ser a medida mais prudente pois, com certeza, isentará o médico de qualquer problema ético-profissional futuro.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 13 out. 1941, p. 19699. Art. 162. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

3. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 35.566, de 30 de setembro de 1959. Aprova o Regulamento do Instituto Médico- Legal do Estado. Diário do Executivo; Governo do Estado. São Paulo, 2 out. 1959. Disponível em: < http:// www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1959/decreto-35566- 30.09.1959.html>. Acesso em: 10 abr 2015.

QUESTÃO 10

Fratura patológica. O médico do hospital pode fornecer a Declaração de Óbito ou é necessário enviar o corpo para o IML? Quem é competente para emitir a Declaração de Óbito?

A morte pode ser decorrente de causas naturais (consequente a uma doença, fenômenos biológicos) ou de causas externas, aquelas que sobrevêm por lesões, agressões ou outros eventos lesivos.

A legislação brasileira é clara ao determinar que as primeiras sejam atestadas por médicos que tratavam da pessoa que morreu (inclusive plantonista ou substituto) e as segundas, por peritos legistas após necropsia.

Com relação às fraturas é necessário ter clareza se as mesmas enquadram-se no primeiro ou no segundo caso, ou seja:

1º) se o paciente era portador, por exemplo, de uma osteoporose e a fratura ocorreu, portanto, em decorrência dessa doença (fratura patológica) ou

2º) se a fratura sobreveio após um acidente, por exemplo, queda, ou violência (agressão ou lesão auto infligida).

Se o médico tiver provas de que a doença ocasionou a fratura, inclusive com exames (por exemplo, de imagem), anotações em prontuário ou assemelhados, poderá ele mesmo atestar a morte, deixando clara a condição de NÃO VIOLÊNCIA. Nesse caso, o corpo não precisará ir para o IML, visto que a competência dessa instituição é, como tem sido ressaltado, trabalhar com causas externas.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

QUESTÃO 11

Médico tratava de paciente que falece no domicílio.
Onde conseguir o formulário para a atestação da morte?

Declaração de óbito é o documento básico do Sistema de Informações sobre Mortalidade, criado e gerido pelo Ministério da Saúde do País.

As DOs são distribuídas pelo Ministério às Secretarias Estaduais de Saúde que, por sua vez, as disponibilizam para as Secretarias Municipais de Saúde (de cada Unidade da Federação). Estas, em nível de cada Município, são responsáveis pela distribuição e controle das DOs aos estabelecimentos de saúde, IML, SVO e Cartórios do Registro Civil da localidade.

Assim, se um médico tem um cliente particular e este falece no domicílio, o profissional provavelmente não terá, em seu poder, o formulário DO para atestar a morte. Entretanto, poderá dirigir-se à Secretaria Municipal de Saúde ou a qualquer hospital onde, apresentando sua identidade profissional, não terá dificuldade em obter o formulário.

Esse obstáculo foi propositadamente colocado no fluxo do documento, visto que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, gestora do Sistema de Informações sobre Mortalidade, em razão da importância do documento, faz um controle rigoroso do mesmo. O documento é impresso com sequência numérica, com distribuição e controle determinados pelo artigo 12 de Portaria nº 116 MS/SUS de 11 de fevereiro de 2009, que estabelece, ainda, ser vedada a distribuição das DO para empresas funerárias.

A respeito de hospitais que somente fornecem DO para membros de seu corpo clínico (Consulta CREMESP nº 8.243/97), o CREMESP opina que isso poderia, inclusive, caracterizar infração e punição ético profissional, visto que:

> *"... o documento DO deve ser acessível a todos os médicos em hospitais, não lhes podendo ser negado, sob pena de ocorrer manifesta limitação do exercício profissional, aqui caracterizado pelo ato médico de fornecer atestado de óbito".*

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2009. Seção I, p.37-43. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8158>. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 8.243, de 10 de junho de 1997. Paciente falece no domicílio. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3581>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 12

Rasuras, correções ou retificações na Declaração de Óbito. Isso é possível? É legal? Como proceder?

Já foi salientado à saciedade que a DO é o documento padrão em todo o território nacional, de uso exclusivo do médico, para a atestação do evento morte. Com ele, a família deve dirigir-se ao Cartório do Registro Civil para o devido registro oficial do evento e posterior emissão da Certidão de Óbito, este, o documento hábil para a comprovação jurídica da morte.

Fica claro, portanto, que a DO é um documento oficial do País e como tal, não admite rasuras. O médico deve preenchê-lo tendo vistas à veracidade, à fidedignidade e à completitude das informações. Isto posto, recomenda-se: que o faça sempre mediante a apresentação de um documento do falecido, do prontuário hospitalar ou laudo de necropsia, quando houver. No caso de erro no preenchimento da DO, deve ser feita uma ressalva a respeito, apondo sua assinatura abaixo do mesmo para justificá-lo. Assim, quando se tratar de erro de pequena monta, a correção pode ser feita no próprio formulário.

Caso não seja possível a ressalva (exemplo, erro nos nomes ou na causa da morte), deve ser usado outro formulário, ficando a instituição responsável pela devolução, à Secretaria Municipal de Saúde, do jogo de DO "danificado". É preciso lembrar que as DOs são numeradas, existindo controle sobre o que é distribuído a cada instituição – e devolvido pela mesma. Como exemplo, pode- se citar um erro do médico, ao anotar a causa da morte (insuficiência hepática em vez de insuficiência cardíaca), caso em que o jogo original de três DOs deve ser inutilizado (anotando que foi substituído), e, posteriormente, devolvido à Secretaria de Saúde.

Retificação no documento será possível, por exemplo, no seguinte caso: Suponha-se, corpo enviado ao IML com suspeita de intoxicação exógena. Material para exame toxicológico é retirado das vísceras da pessoa e enviado ao laboratório. O preenchimento da DO, entretanto, precisa ser feito rapidamente e o legista, em geral, coloca:

I a - Provável intoxicação exógena;
b – Aguardando exames de laboratório;
c –
d –
II

Em casos como esse, admite-se que, para fins de esclarecimento da causa da morte, o médico, ao receber o resultado do exame toxicológico, possa enviar à Secretaria Municipal de Saúde um adendo à DO emitida, informando a positividade (ou não) do

exame e a confirmação (ou não) da suspeita inicial de intoxicação exógena. Situação análoga está prevista entre as atribuições do SVO no Estado de São Paulo (Lei Estadual nº 5.452 de 22/12/1986)

> *Art. 3º ... VII - fazer as necessárias comunicações à Fundação SEADE e, quando solicitado, a outros órgãos interessados, nos casos em que, após exames complementares, for modificado ou completado o diagnóstico da causa básica da morte.*

Outra alteração possível, inclusive incentivada pelas próprias autoridades do País, visto fazer parte de programa específico do Ministério da Saúde, é o caso do óbito submetido à investigação. Suponha caso de morte em que a causa básica registrada na DO era, simplesmente, "parada cardiorrespiratória" e que a investigação permitiu saber que se tratava, na realidade, de morte consequente a uma causa bem definida (exemplo, esquistossomose); aqui, a causa, para fins estatísticos/epidemiológicos, poderá ser corrigida. O Sistema de Informações sobre Mortalidade, no entanto, reterá a informação inicial, mostrará que o caso foi submetido a investigação e exibirá a causa bem definida obtida após esta.

Resta claro, porém, que em todos os casos a modificação de causa é feita para fins epidemiológicos, ficando registradas no Sistema a notação de que o caso foi submetido a investigação, a causa anterior e a devidamente esclarecida.

Nas demais situações, a alteração de dados na DO só será possível em retificação de documento público já assentado, por solicitação à Vara dos Registros Públicos conforme, inclusive, Parecer já emitido pelo CREMESP (Consulta 109198/06)

EMBASAMENTO LEGAL

1. A DECLARAÇÃO de óbito: documento necessário e importante. Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006. 40 p. Disponível em: <http://bvsms. saude.gov. br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf >. Acesso em: 10 abr.2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Lei nº 5.452, de 22 de dezembro de 1986. Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, de 23 dez. 1986. Seção 1.<Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_ impressao.php?id=6129>. Acesso em: 10 abr. 2015

3. SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 109.198, de 19 de junho de 2009. O CREMESP recomenda que a alteração dos dados da Declaração de Óbito deverá ser feita mediante autorização do Poder Judiciário. Disponível em: < http://www.cremesp. org.br/library/ modulos/legislacao/pareceres/ versao_impressao.php?id=8497>. Acesso em: 10 abr. 2015.

4. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2009. Seção I, p.37-43. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao. php?id=8158>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 13

Investigação de óbito. O que é, em que consiste e qual a sua finalidade? O médico é obrigado a responder às indagações feitas pelas secretarias de saúde?

Tem sido bastante enfatizada, nesta publicação, a função epidemiológica da DO, na medida em que seus dados constituem a base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/ MS. A informação dada pelos médicos na DO, principalmente sobre a(s) causa(s) da morte, vai ser responsável pelo estabelecimento do panorama epidemiológico sobre a saúde da população. Assim, toda vez que ocorre um óbito sem assistência médica (portanto, com causa não deta- lhada) ou, embora com assistência médica, a causa não esteja bem definida, por força de determinação do Ministério da Saúde, o caso passa a fazer parte do Programa "Redução do Percentual de Óbitos com Causa Mal Definida". Este objetiva, em última análise, o aprimoramento das informações sobre mortalidade, com vistas a qualificar as análises de situação de saúde que irão subsidiar o planejamento em saúde (Programa criado no Plano Plurianual 2004-2008 do Ministério da Saúde) [1].

A investigação consta de dois momentos: dados obtidos em consulta aos documentos médicos do paciente (ou visita/contato com os médicos/ instituições que cuidaram do falecido) e, quando isso não for ainda suficiente para estabelecer a real causa básica da morte, visita domiciliária para preenchimento do formulário "autopsia verbal" [1], deve ser realizada.

A investigação do óbito é, portanto, uma etapa importante no contexto do aprimoramento da qualidade da informação e os médicos, quando questionados a respeito, não devem se negar a responder. No Município de São Paulo, o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PROAIM) da Secretaria Municipal de Saúde, não poucas vezes, solicita, aos médicos, esclarecimentos sobre pacientes que evoluíram para óbito e sobre cuja causa básica da morte, anotada na DO, existe alguma dúvida.

Esses profissionais têm questionado sobre suas responsabilidades e deveres sobre o tema, principalmente, se estão obrigados a responder.

Parecer do CREMESP, do ano de 2005, estabelece que:

> *"... 1º) o dever ético de todos os profissionais médicos para com a qualidade das informações prestadas na DO é indiscutível;*
>
> *2º) as respostas às solicitações devem ser dadas, preferencialmente, pelo médico que assinou a DO, na sua impossibilidade, por médico que acompanhou o caso ou, finalmente, por membro da Comissão de Revisão de Óbito, nos hospitais".*

Fica claro, portanto, que a colaboração dos médicos é imprescindível, devendo, portanto, ser dada sempre que o mesmo for, para isso, solicitado. Visando a facilitar os contatos, é importante que o médico que assinou a DO deixe seu endereço, telefone e

e-mail registrados no formulário.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – Retificação. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao.php?id=8822. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2009. Seção I, p.37-43. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/ legislacao/versao_impressao.php?id=8158>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 14

Ao decriminar a(s) causa(s) de morte na Declaração de Óbito, o médico não estaria infringindo o sigilo profissional? Não seria melhor colocá-la(s) em código?

A questão do sigilo profissional é bastante valorizada em Medicina e seus Códigos de Ética têm enfatizado o assunto em todas as suas versões, sinalizando sempre que, conforme redação atual, é vedado ao médico "revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente" (Art. 73 CEM)

Nessas ressalvas, enquadra-se o fornecimento do atestado de óbito pelo médico, inclusive com a discriminação das causas que conduziram o paciente à morte.

O que justifica a "quebra do sigilo" na atestação da morte é, sem dúvida, a preponderância do interesse público sobre o interesse individual, de vez que pensar na morte do ponto de vista da Saúde Pública significa ver e reconhecer que a elaboração do quadro epidemiológico de hoje, objetiva, em última análise, salvar vidas amanhã, por meio de ações postas em prática pelo poder público.

Quanto à colocação das causas em códigos, visando à Classificação Internacional de Doenças, é prática que não tem sido indicada, visto que o médico não é um codificador, não sendo de seu conhecimento as mais simples regras usadas internacionalmente. A recomendação é, portanto, de que o médico coloque, sempre, as causas que conduziram ao evento letal (conforme as regras internacionais descritas na Parte 1 desta publicação), para que o atestado possa cumprir, totalmente, suas finalidades médicas, jurídicas, estatísticas e éticas.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – Retificação. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao.php?id=8822. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10). Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ª ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2007. v.1, 2 e 3. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/ cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

QUESTÃO 15

O que é Declaração de Óbito Epidemiológica?

Consulta nº 102.613/03 dirigida ao CREMESP indaga sobre o conceito e finalidade da chamada DO Epidemiológica e qual o papel do médico nesse contexto.

Trata-se de documento padrão elaborado pelo Ministério da Saúde, de uso obrigatório em todo o território nacional, especificamente concebido para a coleta de óbito não conhecido pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) e que, tardiamente, chega ao conhecimento das autoridades locais de saúde. O requisito para a sua emissão é o de que o sepultamento já tenha sido realizado, não sendo possível, portanto, emitir uma DO normal.

A DO e a DO Epidemiológica são em quase tudo iguais, havendo, entretanto, algumas diferenças importantes como cor, fluxo, responsável pelo preenchimento, entre outros.

O instrumento é impresso em uma só via, não é válido para o Registro Civil e, importante, sua distribuição é feita somente para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e seu preenchimento é de **responsabilidade dos gestores do SIM nessas instituições.**

Percebe-se, assim, que se trata de um documento sem caráter legal, criado pelas autoridades de saúde com vistas ao aprimoramento quantitativo do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Isso posto, fica claro que os médicos, em geral, estão fora dos procedimentos relativos a preenchimento/fornecimento da DO Epidemiológica, a não ser o profissional ligado à Secretaria de Saúde e que, para tal fim, tenha sido designado pelo gestor local da Saúde.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria deVigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http:/ www.google.com.br/ url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fsvs.aids.gov.br%2Fdownload%2Fmanuais% 2FManual_ Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf&ei=UzE-Ve2GBIGYNr78gKAO&usg=AFQjCNGFZ w_u81tS-MjxA-TYpLgoHlfo0w&bvm= bv.91665533,d.eXY> Acesso em: 27 abr 2015.

QUESTÃO 16

É admissível que Declaração de Óbito preenchida no formulário correto e assinada por médico devidamente qualificado seja rejeitada por algum órgão/serviço? O que fazer nesse caso?

A DO preenchida com essas características e retratando a verdade, com relação ao falecido, não pode ser rejeitada, a não ser nos casos em que esteja contrariando a legislação em vigor. Assim, por exemplo, o Cartório do Registro Civil tem competência legal para não aceitar DO que constitua infração a qualquer dispositivo legal.

Situações em que o cartório pode rejeitar a DO (quando infringir qualquer determinação legal):

1) corpo destinado à cremação com DO assinada por um só médico (a legislação em vigor exige duas assinaturas);

2) nos municípios onde existir SVO, atestado com anotação de que o óbito foi decorrente de causa mal definida (ver Lei Estadual nº 5.452 de 1986, que reorganiza o Serviço de Verificação de Óbito no Estado de São Paulo);

3) nos municípios onde existir posto do IML, óbito decorrente de causa externa com DO não oriunda dessa Instituição.

Quanto à possível rejeição de DO por agência funerária ou companhia de seguro, a melhor doutrina estabelece não ser isso possível, na medida em que a emissão da DO é ato privativo do médico que, subsidiado por prontuário hospitalar/laudo necroscópico, terá a maior e melhor condição de preencher adequadamente o documento.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973. Seção 1. Disponível em: http://legis.senado.leg.br/ sicon/#/ pesquisa/lista/documentos Acesso em: 27 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Lei nº 5.452, de 22 de dezembro de 1986. Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n. 245, de 23 dez. 1986. Seção 1. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao.php?id=6129> Acesso em: 27 abr. 2015.

QUESTÃO 17

Paciente vítima de queda de motocicleta, internado durante 52 dias, morre em decorrência de septicemia. Quem fornece e como deve ser preenchida a Declaração de Óbito?

A primeira regra a ser levada em consideração é a relativa ao fato de que se trata de um óbito por causa externa (mesmo que tenha ocorrido tardiamente) e, como tal, deve ter sua DO emitida por perito legista pós-necropsia (no IML) e não pelo hospital onde o paciente estava internado.

A afirmativa de que o óbito se verificou em decorrência de septicemia não procede, de vez que esta é causa terminal de um processo que se iniciou com a queda de moto, que se constitui, portanto, na causa básica da morte.

O hospital deve enviar um relatório ao IML onde constem, inclusive, as datas de internação e do surgimento das complicações. Assim, a DO deve ser preenchida no IML, informando as causas e o tempo de cada uma.

I a – Septicemia
b – Politraumatismo
c – Queda de moto
d –
II

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/ modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

QUESTÃO 18

Cobrança pela emissão da Declaração de Óbito

A cobrança de honorários médicos pela emissão/fornecimento da Declaração de óbito constitui em questão polêmica e sobre a qual não há ainda unanimidade.

Resgate histórico de pareceres a consultas enviadas ao Conselho traz, conforme o momento considerado, diferentes posicionamentos (em face à legislação vigente) e, por via de consequência, aponta diferentes condutas a serem adotadas pelos médicos.

Embora o CFM em seu CEM trate, não poucas vezes, do tema honorários, não fica clara, em nenhuma de suas colocações, a postura relativa à cobrança pelo fornecimento da DO.

O próprio CFM, coautor da publicação "Declaração de Óbito: documento necessário e importante" opina no sentido de que a emissão da DO não pode ser cobrada.

Entretanto, no Parecer (nº 17/1988), o Conselho Federal esclarece que:

> *"O ato médico de examinar e constatar o óbito, ..., poderá ser cobrado, desde que se trate de paciente particular, a quem o médico não vinha prestando assistência...".*

O folder "Orientações para o Preenchimento da Declaração de Óbito"*, elaborado pela Prefeitura do Município de São Paulo, não trata de matéria relativa ao pagamento.

A publicação do CREMESP "Atestado Médico: prática e ética" considera um equívoco "cobrar pelo atestado de óbito em si. Segundo a própria autonomia, o profissional pode optar por cobrar ou não pelo tempo despendido e/ou pelo deslocamento ao local em que está o corpo".

Parece ser, esta última, a melhor posição a ser adotada (e recomendada), visto que deixa claro que o preenchimento/fornecimento da DO é tarefa que não deve ser cobrada, podendo ser possível, porém, cobrar o ato de ir ver o corpo e o de examiná-lo, a fim de constatar a morte.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p. 173 – Retificação. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/ versao_impressao.php?id=8822. Acesso em: 10 abr. 2015.

2. A DECLARAÇÃO de óbito: documento necessário e importante. Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf >. Acesso em: 10 abr.2015.

3. OSELKA, Gabriel (Coord.). Atestado médico: prática e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes& cod_publicacao=68> Acesso em: 27 abr. 2015.

* http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mortalidade/ preenchimentoDO.pdf

QUESTÃO 19

Oficial de Cartório do Registro Civil questiona o ' Conselho sobre a existência de duas Declarações de Óbito para a mesma pessoa. Isso é possível? Quem errou?

O missivista refere que dois médicos diferentes deram DO, com causas diferentes, para uma mesma pessoa. Sem conhecer a história em detalhes, sem saber as datas em que os atestados foram emitidos (e registrados), e desconhecendo a condição dos médicos que assinaram as DOs, fica prejudicada qualquer avaliação sobre quem teria cometido o erro, inclusive se o segundo médico sabia (ou não) da existência do primeiro atestado.

No terreno das hipóteses, pode se imaginar, por exemplo, que:

1. O primeiro médico deu uma DO com causa indeterminada. A família, por qualquer razão, não se conformou com a situação, solicitando a outro médico uma nova DO

2. O segundo médico, se soubesse da existência da primeira DO, não poderia fornecer uma segunda DO uma vez que a primeira poderia já estar registrada. Teria havido, nesse caso, importante infração ético-profissional.

Se a existência da primeira DO fosse ignorada pelo segundo médico, pergunta- se se este teria ido ver o cadáver e, em que condição (médico da família, por exemplo), teria assinado o documento.

A recomendação aos médicos é que procurem conhecer a legislação a respeito e estejam certos do fato de poderem fornecer o documento e se as condições estipuladas na Resolução CFM nº 1.779 de 11/ 11/2005 estão sendo contempladas.

É bom lembrar que a emissão da DO tem, inerente a si, uma importante função social, mas que a legislação existente deve ser cumprida.

Menção especial deve aqui ser feita à Lei que reorganiza o Serviço de Verificação de Óbito da Capital de São Paulo – SVO-C (1986) e que, expressamente prevê:

Art. 4º Os corpos encaminhados pela polícia aos Serviços de Verificação de Óbitos somente serão restituídos às famílias, após necropsia e com atestado fornecido por esses Serviços.

Parágrafo único – No caso de apresentação de dois atestados de óbito para o mesmo corpo, será considerado válido aquele expedido pelos Serviços a que se refere este artigo, após a realização da necropsia.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/ library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285>. Acesso em 10 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Estado). Lei nº 5.452, de 22 de dezembro de 1986. Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, de 23 dez. 1986. Seção 1.<Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_ impressao.php?id=6129>. Acesso em: 10 abr. 2015

QUESTÃO 20

Dúvidas sobre cremação de cadáver

A cremação de corpos sem vida é prática milenar em muitas civilizações. Entre nós, só recentemente começa a ser implementada, inclusive por questões de espaço e de Saúde Pública, em seus aspectos ligados, principalmente, à contaminação do solo.

Do ponto de vista jurídico é procedimento permitido, estando sua regulamentação ligada a leis, regulamentos e posturas municipais.

Legislação federal (Lei dos Registros Públicos) prevê sua realização em seu art. 77 § 2º, nos seguintes termos:

> *Art.77 – Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial do registro do lugar do falecimento extraída após a lavratura do assento óbito, em vista do atestado do médico se houver no lugar, ou em caso contrário de duas pessoas qualificadas que tiveram presenciado ou verificado a morte.*
>
> *...*
>
> *§ 2º A cremação do cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.*

Isso posto, no que tange especificamente ao interesse dos médicos, é o fato de que a Declaração de Óbito seja assinada por dois profissionais devidamente qualificados.

EMBASAMENTO LEGAL

1. BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973. Seção 1. Disponível em: http://legis.senado.leg.br/sicon/#/pesquisa/lista/documentos Acesso em: 27 abr. 2015.

2. SÃO PAULO (Município). Lei nº 7.017, de 19 de abril de 1967. Institui a prática de cremação de cadáveres e incineração de restos mortais no Município, e dá outras providências. Diário Oficial do Município; São Paulo, SP, 20 abr. 1967, p.1. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/ legislacao/versao_impressao.php?id=9980> Acesso em: 27 abr. 2015.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.

2 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2011. Disponível em tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ obt10vf.def

4 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2019. Seção 1, p. 90-92.

5 NIOBEY, F. M. L. et al. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. Revista de Saúde pública, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 311-8, 1990.

6 SILVA, J. A. C. et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém/Pará, em 2010. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 4, p. 335-340, 2013.

7 LUCENA, et. al. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 318-324

8 VANDERLEI, L. C. et al. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 1, p. 7-14, 2002.

9 STRUQUE, C. O.; CORDERO, J. A.; CURY, P. M. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 361-364, 2003.

10 SELLERS, A. H.The Physician's statement of cause of death. American Journal and Public Health and Nations Health, v. 28, p. 430-4, 1938.

11 DEPORTE, J. V. Mortality Statistics and the Physician: An Argument for Classifying Deaths According to Informed Medical Judgment. American Journal of Public Health and Nations Health, v. 31, p. 1051-1056, 1941.

12 MORIYAMA, I. M. Development of the present concept of cause of death. American Journal of Public Health and Nations Health. v. 46, p. 436-41, 1956.

13 MANUAL of the international statistics classification of diseases, injuries, and causes of death. 6 rev. Geneva: World Health Organization, 1948.

14 ORGANIZACÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. 9. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1975.

15 OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Educacion y Adiestramiento em Certification Medica (Informe Del Grupo de Trabajo) – La Enseñanza de La Certificatión Medica de las causas de Defunción – Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. v. 58, n. 6, p. 487-581, 1960.

16 LOGAN, W. P. D. Death Certification. British Medical Journal, v. 1, p. 1272- 1274, 1953.

17 LOGAN, W. P. D. Instruction of medical practitioners in death certification in England and Wales. Bulletin of World Health Organization, v. 11, n. 1-2, p. 258-261, 1954.

18 MORIYAMA, I. M. Improving the quality of medical certification of causes of death in the USA. Bulletin of the World Health Organization. v. 11, n. 1-2, p. 791-794, 1954.

19 LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. O Sistema de Infor- mações sobre Mortalidade: Passado, Presente e Futuro. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2006.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília, 2011.

21 DORN, H. F.; MORIYAMA, I. M. Uses and significance of multiple cause tabulations for mortality statistics. American Journal of Public Health and Nations Health, v. 54, p. 400-406, 1964.

22 ORGANIZACÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. rev. São Paulo: Cen- tro da OMS para a Classificação de Doenças, 1995.

23 MELLO JORGE, M. H. P.; CASCÃO, A. M.; SILVA, R. C. Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2003 (Série Divulgação, 10).

24 JAMES, G; PATTON, R. E.; HESLIN, A. S. On the significance of cause of death as recorded on death certificates. Public Health Reports, v. 70, n. 1, p. 39-51, 1955.

25 BEADENKOPT, W. G. et al. An assessment of certain medical aspects of death certificate data for epidemiologic study of arteriosclerotic heart diseases. Journal of Chronic Diseases. v. 16, p. 249-62, 1962.

26 MORIYAMA, I. M. et al. Evaluation of diagnostic information supporting medical certification of deaths from cardiovascular disease. In: HAEUSZOL, W. (ed.). Epidemiology approaches to the study cancer and other chronic diseases. National Cancer Institute, Bethesda, MD, p. 405-419. 1966.

27 MORIYAMA, I. M. et al. Inquiry into diagnostic evidence supporting medical certifications of death. American Journal and Public Health and Nations Health. v. 48, p. 1376-1387, 1958.

28 MORIYAMA, I. M. Factors in diagnosis and classification of deaths from c.v.r. diseases. Public Health Report. v. 75, n. 3, p. 189-195, 1960.

29 JABLON, S. et al. On the significance of cause of death as recorded on death certificates in Hiroshima and Nagasaki, Japan. In: HAEUSZOL, W. (ed.). Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases. National Cancer Institute, Bethesda, MD, p. 445-465, 1966.

30 COMMITTEE ON MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSES OF DEATH. Problems in the medical certification of causes of death. American Journal of Public Health and Nations Health. v. 48, n. 1, p. 71-80, 1958.

31 MILANESI, M. L.; LAURENTI, R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo: I-Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da Capital. Rev. Ass. Med. Bras, v. 10, p. 111-6, 1964.

32 FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica de causa de morte em São Paulo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 21-29, 1974.

33 PUFFER, R. R.; GRIFITTH, G. W. Patterns of urban mortality. Washington D.C.: Pan American Health Organization, 1973

34 PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. Patterns of mortality in childhood. Washington D.C.: Pan American Health Organization, 1973

35 LAURENTI, R. Causas múltiplas de morte.Tese de Livre-Docência. 1973.Tese. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1973.

36 LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos de idade com ênfase na mortalidade materna. Ministério da Saúde, Brasília DF, 2006 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

37 LAURENTI, Ruy. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. In: Margarita Antonia Villar Luis. (Org.). Os Novos Velhos Desafios da Saúde Mental. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008, p. 21-32.38 MURRAY, C. J. L; LOPEZ, A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press; 1996.

39 BRASIL. Registros Públicos. Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973 (alterada pela Lei 6216 de 30 de junho de 1975). São Paulo: Atlas, 1976.

40 SILVEIRA, M. H.; LAURENTI, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registro e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 7, p. 37-50, 1973.

41 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2009. Seção 1, p.37-43

42 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de instruções para preenchimento de declaração de óbito. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 24).

43 DALL'ORA, A. Sulla nozione giuridico-penale di cadaver. Rivista italiana di diritto penale, Milan, n. 2, p. 18-41.

44 INTRONA, F. Sulla nozione di cadavere. Arch. Pen., n. 1, p. 281-9, 1954.

45 SANTOS, J. M. C. Cadáver. In: Repertório enciclopédico do direito brasileiro. 6. ed. Rio de Janeiro: Borsol, 1966.

46 HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. 4 ed., Rio de Janeiro: Forense, 1958.

47 SILVEIRA, M. H. A tutela jurídica do cadáver. 1966. Dissertação. (Especialização) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1966.

48 NACIONES UNIDAS. Departamento de Assuntos Economicos y Sociales. Manual de metodos de estadisticas vitales. Nueva York, 1955 (Estudos Metodológicos, Série F, 7)

49 SILVEIRA,M.H.Perdas Fetais do Distrito de São Paulo.1974.Monografia.(Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1974.

50 SILVEIRA, M. H.; LAURENTI, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registro e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 7, p. 37-50, 1973.

51 GRUENWALD, P. Growth of the human fectus. American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.94, n. 8, p. 112-119, 1966.

52 LUBCHENCHO, L. O. et al. Intrautering growth as estimate from live born – birth weith data at 24 to 42 weeks for gestation. Pediatrics, v. 32, n. 5, p. 703- 800, 1963.

53 WHO: Recommended definitions, terminology and formal for statistics tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal death. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 56, n. 3, p. 247-253, 1977.

54 UNITED NATIONS. Principles and recommendations for a vital statistics system. 2. rev. New York: United Nations Publication, 2001.

55 BRASIL. Código de Processo Penal Brasileiro: Decreto nº 3689 de 3 de outubro de 1941 (legislação atualizada). São Paulo: Saraiva, 2014.

56 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005. Seção 1, p. 121.

57 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 33 de 25 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mar. 2003. Seção 1, p. 45.

58 REZENDE, J.(ed.). Obstetrícia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.

59 ALMEIDA, J. A.; DUARTE, F. J. M. Legislação médica anotada. Lisboa: Bertrand- Amadora, 1973.

60 BENGOA, F. B. Temas de Derecho Penal. Montevídeo: Centro de Estudiantes de Notariano, 1962.

61 FAVERO, F. Medicina Legal. São Paulo: Martins, 1962.

62 BRASIL. Código Penal Brasileiro: Decreto 2848 de 7 de dezembro de 1940 modificado pela Lei nº 7209 de 11 de julho de 1984. São Paulo: Saraiva, 2014.

63 SILVEIRA, R. M. J. O atestado médico falso. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1996 (Série Divulgação n, 9).

64 BRASIL. Ministério da Saúde. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A: Normas e Manuais Técnicos)

65 BRASIL. Ministério da Saúde. Terminologia Básica em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1983. (Série B: Textos básicos de saúde, 4)

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

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
9 Idade — Anos completos; Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos; Ignorado 9
10 Sexo: M - Masc.; F - Fem.; I - Ignorado
11 Raça/Cor: 1 Branca; 2 Preta; 3 Amarela; 4 Parda; 5 Indígena
12 Situação conjugal: 1 Solteiro; 2 Casado; 3 Viúvo; 4 Separado judicialmente/ divorciado; 5 União estável; 9 Ignorada
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 9; Série
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) — Código CBO 2002

II – Residência

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

III – Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito: 1 Hospital; 2 Outros estab. saúde; 3 Domicílio; 4 Via pública; 5 Outros; Ignorado 9
21 Estabelecimento — Código CNES
22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc) — Número — Complemento
23 CEP
24 Bairro/Distrito — Código
25 Município de ocorrência — Código
26 UF

IV – Fetal ou menor que 1 ano

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

27 Idade (anos)
28 Escolaridade (última série concluída) — Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo; Ignorado 9; Série
29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) — Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos — Nascidos vivos: __ | __ 99 Ignorado; Perdas fetais/ abortos: __ | __ 99 Ignorado
31 Nº de semanas de gestação: __ | __ 99 Ignorado
32 Tipo de gravidez: 1 Única; 2 Dupla; 3 Tripla e mais; 9 Ignorada
33 Tipo de parto: 1 Vaginal; 2 Cesáreo; 9 Ignorado
34 Morte em relação ao parto: 1 Antes; 2 Durante; 3 Depois; 9 Ignorado
35 Peso ao nascer (Gramas)
36 Número da Declaração de Nascido Vivo

V – Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL
37 A morte ocorreu: 1 Na gravidez; 2 No parto; 3 No aborto; 4 Até 42 dias após o parto; 5 De 43 dias a 1 ano após o parto; 8 Não ocorreu nestes períodos; Ignorado 9

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 — Tempo aproximado entre o início da doença e a morte — CID
a
Devido ou como consequência de:
b
Devido ou como consequência de:
c
Devido ou como consequência de:
d

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

VI – Médico

41 Nome do Médico
42 CRM
43 Óbito atestado por Médico: 1 Assistente; 2 Substituto; 3 IML; 4 SVO; 5 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

VII – Causas externas

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

48 Tipo: 1 Acidente; 2 Suicídio; 3 Homicídio; 4 Outros; Ignorado 9
49 Acidente do trabalho: 1 Sim; 2 Não; Ignorado 9
50 Fonte da informação: 1 Boletim de Ocorrência; 2 Hospital; 3 Família; 4 Outra; Ignorado 9
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

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

VIII – Cartório

53 Cartório — Código
54 Registro
55 Data
56 Município
57 UF

IX – Localid. S/ Médico

58 Declarante
59 Testemunhas
A
B

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO PARA SEPULTAMENTO PARCIAL

PARTE ANATÔMICA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO
CENTRO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

1ª VIA / Nº

PARTE A SEPULTAR: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

ESTADO CIVIL:
[ ] Solteiro [ ] Casado [ ] Viúvo
[ ] Desquitado [ ] Outros [ ] Ignorado

SEXO
[ ] Maculino [ ] Ignorado
[ ] Feminino

NASC.: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ _ Anos

NATURALIDADE: _____

LOCAL DE OCORRÊNCIA
[ ] Hospital [ ] Via Pública
[ ] Outro [ ] Ignorado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

RESIDÊNCIA HABITUAL: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____

OCUPAÇÃO HABITUAL: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO [ ] 1º GRAU [ ] SUPERIOR [ ] IGNORADO [ ] 2º GRAU [ ] NENHUM

FILIAÇÃO: PAI: _____ MÃE: _____

RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A AMPUTAÇÃO: [ ] SIM [ ] NÃO [ ] IGNORADO

ATESTADO MÉDICO

CAUSA BÁSICA DA AMPUTAÇÃO

PARTE I
DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A AMPUTAÇÃO

A) _____
DEVIDO A OU COMO CONSEQÜÊNCIA DE

B) _____
DEVIDO A OU COMO CONSEQÜÊNCIA DE

CAUSAS ANTECEDENTES:
ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ULTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA

C) _____
DEVIDO A OU COMO CONSEQÜÊNCIA DE

INTERVALO ENTRE INÍCIO DA DOENÇA E AMPUTAÇÃO

PARTE II
OUTROS ESTADO PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONSTRIBUÍRAM PARA A AMPUTAÇÃO, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU

d) _____

CAUSA EXTERNAS

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA AMPUTAÇÃO

ACIDENTE:
ATROPELAMENTO [ ]
QUEDA [ ]
ACIDENTE DE TRÂNSITO [ ]
OUTROS [ ] _____
ESPECIFICAR

ACIDENTE DE TRABALHO
[ ] SIM
[ ] NÃO
[ ] IGNORADO

VIA PÚBLICA [ ]
OUTROS [ ]
IGNORADO [ ]

MÉDICO

NOME: _____ CRM: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____ ASSINATURA: _____

CEMITÉRIO

CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO: _____

MUNICÍPIO: _____

OBSERVAÕES: _____

ANEXO 3 – INFORMATIVO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE (CABO FRIO/RJ)

Ministério da Justiça Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu , , presto voluntariamente as informações abaixo, estando ciente de que estas informações são confidenciais e serão usadas somente para fins estatísticos.

Data:_____ Assinatura:_____ Grau de Parentesco:_____

INFORMATIVO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE

▪ IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO **Nº de Registro:**

Nome:_____ Idade:____ Sexo:__M __F

▪ TIPO DE CAUSA EXTERNA

1a. ( ) Acidentes de Transporte *(todo acidente que envolve um veículo destinado ou usado no momento do acidente, principalmente, para transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro).*
1b. ( ) Acidente de Trânsito *(todo acidente com veículo ocorrido na via pública.)*
1c. ( ) Outros Acidentes
2. ( ) Suicídio *(toda e qualquer lesão autoprovocada intencionalmente)*
3. ( ) Homicídio *(ação ou efeito de agredir, aqui significando assassinato)*
4. ( ) Outras

▪ EM CASO DE ACIDENTE DE TRANSPORTE

1.1 Tipo: ( ) Atropelamento ( ) Colisão com outro veículo. Qual? _____
( ) Colisão com objeto fixo ou parado ( ) Outro. Qual?_____

1.2 **PESSOA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE TRANSPORTE**
( ) Pedestre ( ) Ciclista ( ) Motociclista ( ) Condutor de automóvel
( ) Ocupante de automóvel ( ) Condutor de veículo de transporte pesado (caminhão, ônibus)
( ) Ocupante de veículo de transporte pesado (caminhão, ônibus)

▪ EM CASO DE OUTROS ACIDENTES

( ) Queda (especificar o tipo) _____ ( ) Afogamento (especificar o tipo) _____
( ) Exposição a corrente elétrica ( ) Outros. Descrever _____

▪ ACIDENTE DE TRABALHO

( ) Sim ( ) Não

▪ EM CASO DE SUICÍDIO (LESÕES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE)

( ) Produto químico Qual? _____
( ) Enforcamento, estrangulamento e sufocação
( ) Disparo de arma de fogo: (1) arma de mão (2) arma de maior calibre (9) ignorado
( ) Fumaça, fogo ou chamas ( ) Objeto cortante/penetrante (faca, machado, outros). Qual? _____
( ) Precipitação de local elevado ( ) Outros. Qual? _____

▪ EM CASO DE HOMICÍDIO (AGRESSÕES)

( ) Produto químico. Qual?_____
( ) Enforcamento, estrangulamento e sufocação
( ) Disparo de arma de fogo: (1) arma de mão (2) arma de maior calibre (9) ignorado
( ) Fumaça, fogo ou chamas ( ) Objeto cortante/penetrante (faca, machado, outros). Qual? _____
( ) Precipitação de local elevado ( ) Outros. Qual? _____

▪ EM CASO DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS

( ) Bala perdida ( ) Morte resultante de confronto com a polícia ( ) Outras. Quais?_____

▪ DATA E LOCAL DE OCORRÊNCIA DA CAUSA EXTERNA

( ) Residência ( ) Via pública ( ) Trabalho ( ) Outros. Qual?_____

Data do acidente/violência: _____ Hora:_____ Chegou a ter assistência médica: ( ) Sim ( ) Não

ANEXO 4 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.779/2005

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.779, 11 de novembro de 2005

Publicada no DOU, 5 dez. 2005, Seção 1, p. 121

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

"Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

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. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta";

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as 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.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

ANEXO 5 – FOLDER DO ATESTADO DE ÓBITO

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A declaração de óbito é o instrumento legal que fornece dados que irão alimentar o sistema de informação sobre mortalidade de uma população e orienta o planejamento das ações de assistência.

Diretoria do CREMERJ

Câmara Técnica de Medicina Legal do CREMERJ
Coordenador: Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Junior

ORIENTAÇÃO PRÁTICA
DO SEU PREENCHIMENTO

CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DO CREMERJ
Gestão 2018 - 2020

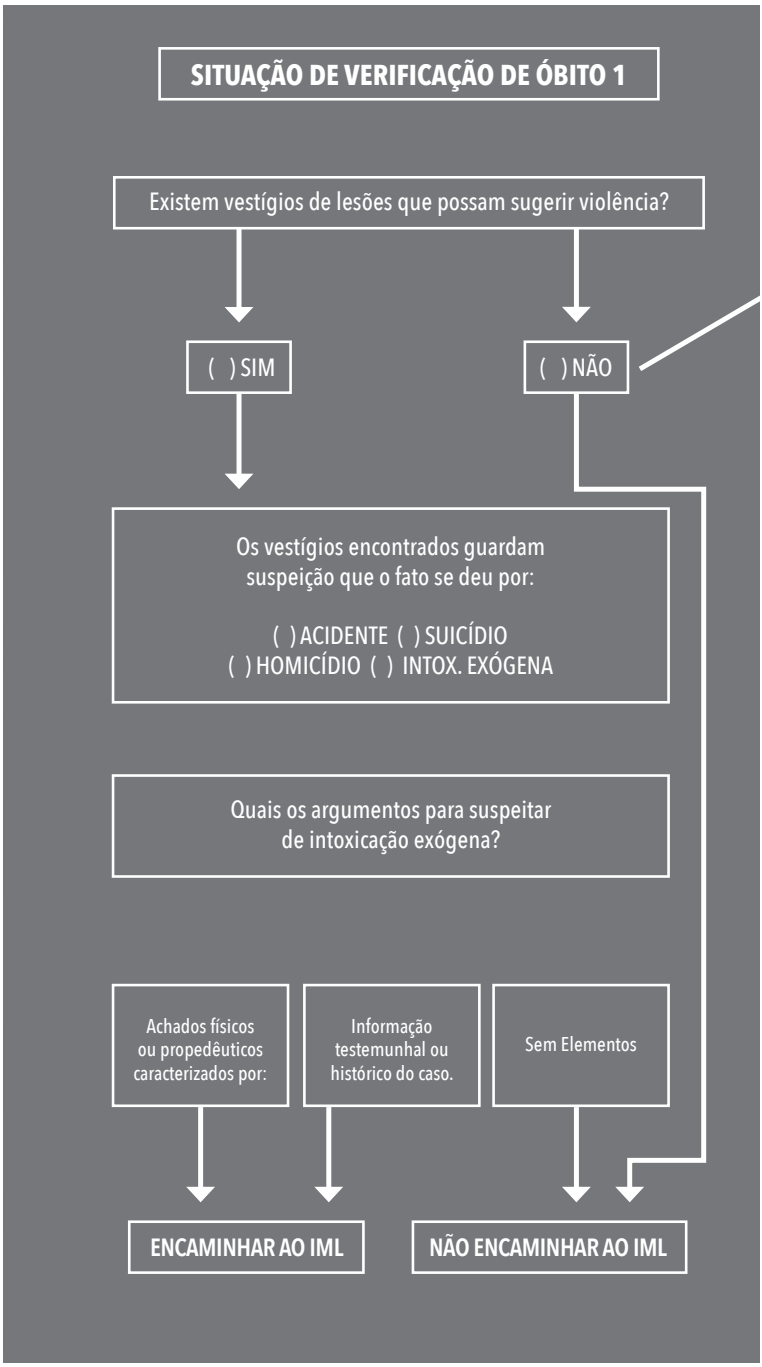
Sylvio Sergio Neves Provenzano - Presidente
Célia Regina da Silva - Primeira Vice-Presidente
Ricardo Azêdo de Luca Montes - Segundo Vice-Presidente
Rafaella Braga Leal Reis - Secretária Geral
Ricardo Farias Júnior - Primeiro Secretário
Beatriz Rodrigues Abreu da Costa - Segunda Secretária
Flavio Antonio de Sá Ribeiro - Tesoureiro
Luiz Fernando Nunes - Primeiro Tesoureiro
Carlos Romualdo Barboza Gama - Diretor de Seccionais e Subsedes
Luís Guilherme Teixeira dos Santos - Corregedor
Celso Eduardo Jandre Boechat - Vice-Corregedor

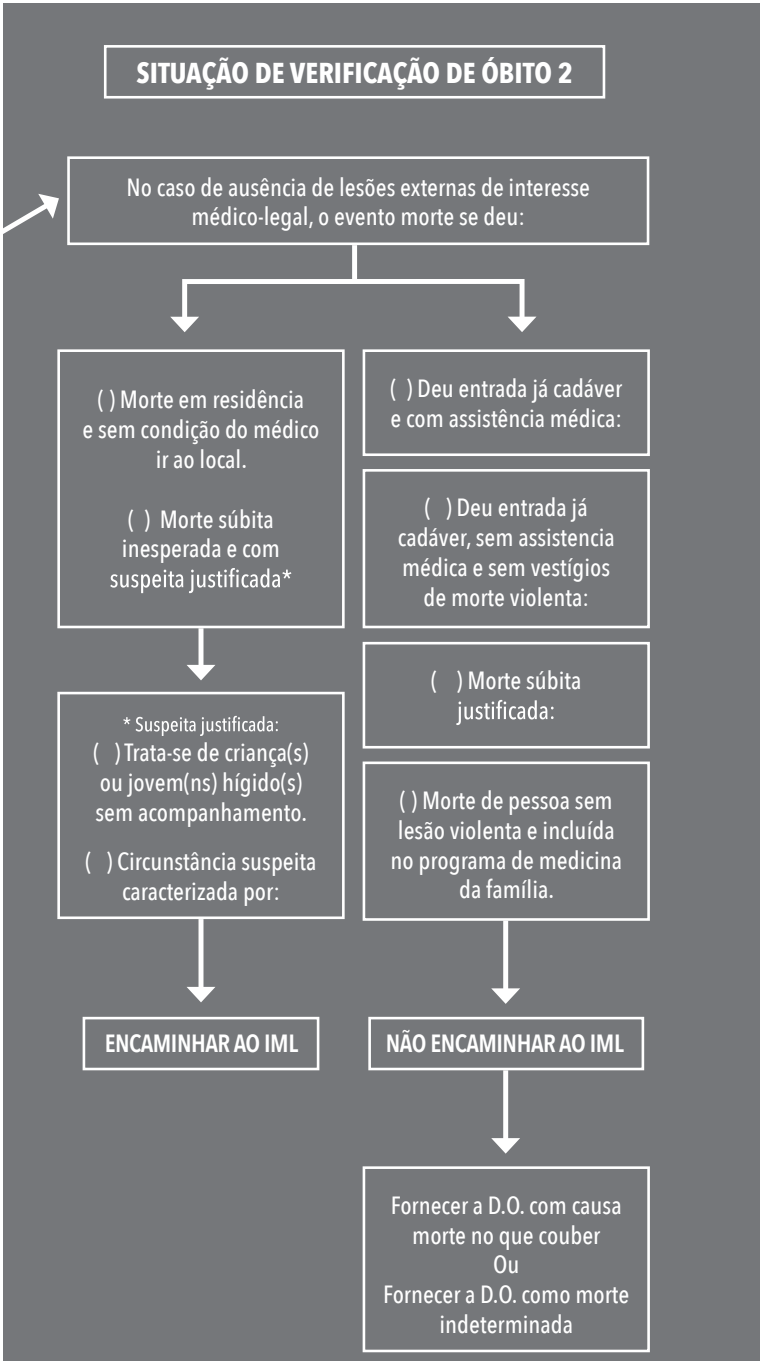
Visite o CREMERJ
A CASA DO MÉDICO

CPEDOC – Centro de Pesquisa e Documentação
Tel.: (21) **3184–7050** (Opção 3)

Praia de Botafogo, 228 – loja 119 B | Botafogo
Rio de Janeiro – CEP: 22250-145

www.cremerj.org.br


SITUAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO 1
Existem vestígios de lesões que possam sugerir violência?
( ) SIM
( ) NÃO
Os vestígios encontrados guardam suspeição que o fato se deu por:
( ) ACIDENTE ( ) SUICÍDIO
( ) HOMICÍDIO ( ) INTOX. EXÓGENA
Quais os argumentos para suspeitar de intoxicação exógena?
Achados físicos ou propedêuticos caracterizados por:
Informação testemunhal ou histórico do caso.
Sem Elementos
ENCAMINHAR AO IML
NÃO ENCAMINHAR AO IML


SITUAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO 2
No caso de ausência de lesões externas de interesse médico-legal, o evento morte se deu:
( ) Morte em residência e sem condição do médico ir ao local.
( ) Morte súbita inesperada e com suspeita justificada*
* Suspeita justificada:
( ) Trata-se de criança(s) ou jovem(ns) hígido(s) sem acompanhamento.
( ) Circunstância suspeita caracterizada por:
ENCAMINHAR AO IML
( ) Deu entrada já cadáver e com assistência médica:
( ) Deu entrada já cadáver, sem assistencia médica e sem vestígios de morte violenta:
( ) Morte súbita justificada:
( ) Morte de pessoa sem lesão violenta e incluída no programa de medicina da família.
NÃO ENCAMINHAR AO IML
Fornecer a D.O. com causa morte no que couber
Ou
Fornecer a D.O. como morte indeterminada

O DOCUMENTO

A **DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)** é um documento público, padronizado em todo o território nacional, impresso pelo Ministério da Saúde e de distribuição gratuita. Cada formulário possui **03 (três)** vias carbonadas. A **1ª via** (branca) e a **2ª via** (amarela) devem ser entregues aos familiares para possibilitar o registro em cartório e o sepultamento. A **3ª via** (rosa) deve ficar retida por **30 dias** para reavaliação das causas de morte e possíveis correções devendo ser encaminhada, ao final deste prazo, à Secretaria Municipal de Saúde.

A **DECLARAÇÃO DE ÓBITO**, além de ser um documento legal, tem a finalidade de conhecer o perfil de mortalidade da população brasileira.

Sugere–se que uma cópia da **DO** seja anexada ao prontuário médico.

O PREENCHIMENTO

A **DO** deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, independentes do local de ocorrência (estabelecimentos de saúde, domicílios e outros).

O óbito é considerado fetal quando a duração da gestação é igual ou superior a 20 semanas, ou o peso do feto é igual ou superior a 500 gramas, ou a estatura igual ou superior a 25 centímetros. Em quaisquer dos casos deve haver a emissão da **DO**.

Para os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), é imprescindível o preenchimento do campo 37 da **DO** que trata das mortes relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério.

Atenção! A DECLARAÇÃO DE ÓBITO SÓ PODE SER EMITIDA QUANDO O MÉDICO TIVER VERIFICADO PESSOALMENTE O ÓBITO.

CUIDADOS NO PREENCHIMENTO

- Preencher com letra de forma e caneta esferográfica.
- Evitar emendas ou rasuras.
- Evitar campos em branco – usar IGNORADO ou traço.
- Não usar abreviações ou siglas (Ex.: IAM, IRA, EAP).
- Para os **óbitos fetais**, não preencher os campos: raça, cor, estado civil, escolaridade e ocupação.
- Para descrição de **ocupação** – não registrar "aposentado" e sim a ocupação exercida antes da aposentadoria.

- As informações sobre **identificação** devem ser preenchidas baseadas na verificação de um documento de identidade e/ou certidão de nascimento.
- Nos casos de pessoas desconhecidas, sem documentos, os dados de identificação como estatura, cor, idade presumida, sinais aparentes e quaisquer outras informações que possam auxiliar em um futuro reconhecimento deverão ser colhidas pela autoridade policial.
- Dados de **residência**: é importante registrar o nome do logradouro, o mais claro possível; o bairro; o município (cidade) e a unidade federativa (Estado).
- Em caso de óbito fetal, considerar a residência da mãe.
- Dados de ocorrência – se referem ao local de ocorrência do óbito e não ao local onde está sendo emitida a **DO**.

Importante: é imprescindível que, além da assinatura, seja registrado o nome completo do médico, CRM e telefone, pois em algumas ocasiões pode ser necessário o contato com o médico responsável pelas informações contidas na **DO** para esclarecimento de dúvidas.

O PREENCHIMENTO DOS DADOS CONSTANTES NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO É DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO QUE A ATESTOU.

A DESCRIÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE

O preenchimento deste campo é obrigatório, uma vez que fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população nos níveis federal, estadual e municipal.

A **Causa Básica** é definida como *"a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal"* (OMS, 1996).

A frase "devido ou como consequência de", impressa abaixo de todas as linhas da Parte I existe, exatamente, para relacionar o evento da anterior ao da subsequente.

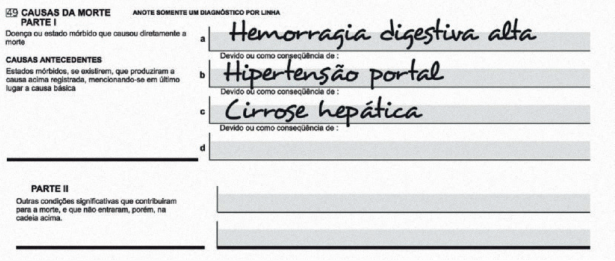
A **Causa Básica** da morte deve ser registrada na última linha preenchida da Parte I e deve ser a origem das causas registradas nas linhas acima.

No caso de morte como consequência de complicações cirúrgicas ou de procedimentos, informar a doença que levou à realização da cirurgia ou procedimento. Esta é a **Causa Básica** da morte.

Nas neoplasias malignas, indicar a localização primária e o tipo específico. Se não for possível a informação da localização primária, registrar neoplasia maligna de sítio primário desconhecido.

Para óbitos de recém–nascidos e natimortos, consequentes de patologias maternas, a **Causa Básica** da morte é a doença ocorrida na mãe, anotada na última linha da **Parte I**.

Exemplo de preenchimento das causas de morte:
I CAUSAS DA MORTE - AWin saem W DIAGNOSTICO K* LWHA


CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

a Hemorragia digestiva alta

Devido ou como conseqüência de :

CAUSAS ANTECEDENTES

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

b Hipertensão portal

Devido ou como conseqüência de :

c Cirrose hepática

Devido ou como conseqüência de :

d

PARTE II

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

Ainda existe na **Declaração de Óbito** a **Parte II**, onde o médico deve descrever os estados mórbidos que possam ter contribuído para aquele óbito e que não entraram na sequência causal declarada na **Parte I.** O preenchimento desta parte é importante no caso de desconhecimento da causa que levou à morte.

O uso do termo **causa indeterminada** deve ser evitado ao máximo, valorizando–se as informações que possam indicar possíveis problemas de saúde pré–existentes, que estejam envolvidos direta ou indiretamente com o óbito em questão. Estas informações podem ser obtidas com familiares ou mesmo serem deduzidas a partir de receitas médicas que informem os medicamentos que o paciente fazia uso.

Importante: o recebimento da quantia referente ao seguro de vida só pode acontecer em casos de óbitos por causas determinadas. Nos casos em que conste, na **DO**, como a causa *mortis*, "**causa indeterminada**", a seguradora não liberará o seguro ao(s) beneficiário(s).

LEGISLAÇÃO PARA CONSULTA

• **Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/2009**

"É vedado ao médico:

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. 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 em que de necropsia e verificação médico–legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditorias ou de verificação médico–legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame."

• **Resolução CFM 1997/2012** – Altera o Art. 77 do Código de Ética Médica:

"É vedado ao médico:

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito."

• **Resolução CFM n. 1.641/2002** – Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não–médico e dá outras providências.

• **Resolução CFM n. 1.779/2005** – Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

• **Lei Federal n. 11.976/2009** – "Art. 5º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instalarão o S.V.O."

• **Portaria MS nº 116/2009** – Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

• **Resolução SES–RJ n. 550/1990** – Dispõe sobre a expedição de Atestado de Óbito de pacientes que venham a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto–Socorro ou Ambulatório Público ou privado, e dá outras providências.

ORIENTAÇÕES

ENDEREÇOS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Praia de Botafogo, nº 228 – Anexo 119 B - Centro Empresarial Rio
Botafogo - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3184-7050
Fax: (21) 3184-7120
Homepage: www.cremerj.org.br
E-mail: faleconosco@crm-rj.gov.br
Horário de funcionamento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

CPEDOC – CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO
Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas
E-mail: cpedoc@crm-rj.gov.br
Tel: (21) 3184-7050
Opção: 3
Tel: (21) 3184-7181/ 7186/7191/7231/7199

CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas
E-mail: faleconosco@crm-rj.gov.br
Tel: (21) 3184-7050
Opção: 1

SUBSEDES E SECCIONAIS

SUBSEDE BARRA DA TIJUCA
Av. das Américas, nº 3555 - Bloco 1 - 2º Piso
Sala 202 - Shopping Barra Square
CEP: 22631-003 Barra da Tijuca/RJ
Tel: (21) 2432-8987
e-mail: barradatijuca@crm-rj.gov.br

SUBSEDE CAMPO GRANDE
Av. Cesário de Melo, nº 2.623/ sala 302
Centro Empresarial Campo Grande - Campo Grande
CEP: 23052-102 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2413-8623
e-mail: campogrande@crm-rj.gov.br

SUBSEDE DA ILHA DO GOVERNADOR
Estrada do Galeão, nº 826 - 1º Piso - Loja 110
Shopping Golden Ilha - Ilha do Governador
CEP: 21931-630 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2467-0930
e-mail: ilha@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MADUREIRA
Rua Carolina Machado, 560 - Sala 340 - Madureira
CEP: 21351-021 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2452-4531
e-mail: madureira@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MÉIER
Rua Dias da Cruz, nº 188 - loja 219 - Méier
CEP: 20720-012 – Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2596-0291
e-mail: meier@crm-rj.gov.br

SUBSEDE TIJUCA
Praça Saens Pena, nº 45/ sala 324 - Tijuca
CEP: 20520-100 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2565-5517
e-mail: tijuca@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS
Rua Professor Lima, nº 160/ salas 506 e 507
Ed. Paço dos Profissionais - Centro
CEP: 23900-000 - Angra dos Reis/RJ
Telefax: (24)3365-0330 / 3365-0793
e-mail: angra@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAÍ
Rua Tiradentes, nº 50/ sala 401 - Centro
CEP: 27135-500 - Barra do Piraí/RJ
Tel.: (24)2442-7053
e-mail: barradopirai@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSA
Rua Pinto Ribeiro, nº 103 - Centro
CEP: 27310-420 - Barra Mansa/RJ
Tel.: (24)3322-3621
e-mail: barramansa@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CABO FRIO
Av. Julia Kubitschek, nº 39/ sala 111 - Jardim Riviera
CEP: 28905-000 - Cabo Frio/RJ
Telefax: (22)2643-3594
e-mail: cabofrio@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CAMPOS
Praça Santíssimo Salvador, nº 41/ sala 1405
CEP: 28010-000 – Campos dos Goytacazes/RJ
Telefax: (22)2722-1593 / 2723-0924
e-mail: campos@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
Rua Marechal Deodoro, nº 557/
salas 309 e 310 - 25 de Agosto
CEP: 25071-190 – Duque de Caxias/RJ
Tel.: (21)2671-0640
e-mail: caxias@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ITAPERUNA
Rua Dez de Maio, nº 626/ sala 406 - Centro
CEP: 28300-000 - Itaperuna/RJ
Telefax.: (22)3824-4565
e-mail: itaperuna@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE MACAÉ
Rua Dr. Luiz Belegard, nº 68/ sala 103 – Centro
CEP: 27913-160 - Macaé/RJ
Tel.: (22)2772-0535
e-mail: macae@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NITERÓI
Rua Cel. Moreira César, nº 160/ salas 1209 e 1210 - Icaraí
CEP: 24230-062 - Niterói/RJ
Telefax.: (21)2620-9952/2717-3177
e-mail: niteroi@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA FRIBURGO
Rua Luiza Engert, nº 01/ salas 202 e 203 - Centro
CEP: 28610-070 - Nova Friburgo/RJ
Telefax: (22)2522-1778
e-mail: friburgo@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA IGUAÇU
Rua Dr. Paulo Fróes Machado, nº 88/ salas 202 Centro
CEP: 26255-172 - Nova Iguaçu/RJ
Telefax: (21)2667-4343
e-mail: novaiguacu@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS
Rua Doutor Alencar Lima, nº 35/ salas 1.208 a 1.210
Centro - CEP: 25620-050 - Petrópolis/RJ
Telefax: (24)2243-4373
e-mail: petropolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE RESENDE
Rua Alan Kardec, 50 – Sala 715 – Edifício Golden Center
CEP: 27541-290 – Jardim Tropical – Resende - RJ.
Tel.: (24)3354-3932
e-mail: resende@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS
Av. Lúcio Meira, nº 670/ sala 516
Shopping Várzea - Várzea
CEP: 25953-009 - Teresópolis/RJ
Tel.: (21)2643-3626
e-mail: teresopolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL DE TRÊS RIOS
Rua Prefeito Joaquim José Ferreira, nº 14, sala 207
Centro - CEP: 25804-020 - Três Rios/RJ
Telefax: (24)2252-4665
e-mail: tresrios@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VALENÇA
Rua Padre Luna, nº 99/sala 203 - Centro
CEP: 27600-000 - Valença/RJ
Telefax: (24)2453-4189
e-mail: valenca@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VASSOURAS
Rua: Expedicionário Oswaldo de Almeida Ramos,
nº 52 / sala 203 - Centro
CEP: 27700-000 – Vassouras/RJ
Tel:(24)2471-6652
e-mail: vassouras@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
Av. Sete de Setembro, 300 - Sala 204
Edifício Independência
CEP: 27213-160 - Bairro Aterrado - Volta Redonda/RJ
Tel:(24)3348-0577
e-mail: voltaredonda@crm-rj.gov.br

ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Brasília/DF
CEP: 70.058-900
Tel.: (61) 3315-2425
Site: http://www.saude.gov.br
DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
SGAS 915 Lote 72 - Brasília/DF
CEP: 70.390-150
Tel.: (61) 3445-5900
Fax: (61) 3346-0231
Site: www.portalmedico.org.br

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SEPN 515, Bloco B, Ed. Ômega
Brasília (DF) – CEP 70770-502
Telefone Geral: (61) 3448-1000
Site: http://www.anvisa.gov.br/

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – RJ
Rua México, nº 128 - 5º andar
Tel.: (21) 2240-2768/2224-2868/2240-2275
Site: http://www.saude.rj.gov.br/

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RJ
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 - 8º andar
Tel.: (21) 2503-2280/2503-2239
Site: http://www.saude.rio.rj.gov.br/

VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL
Rua do Lavradio, 180 - Centro
Site: www.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria
E-mail: ouvidovisa@pcrj.rj.gov.br
Engenharia Sanitária e Ambiental: 2224-2200
Setor de Saúde: 2215-0687
Setor de Alimentos: 2215-0686
Educação Sanitária: 2215-0689
Reclamações/Denúncias: 2503-2280/2215-0690