

Preenchimento da declaração de óbito

As informações de mortalidade são indispensáveis para análise da situação de saúde de grupos populacionais, vigilância, monitoramento e avaliação de políticas e ações de saúde. No Brasil, a Declaração de Óbito (DO) é o documento padrão utilizado para a captação desses dados. E, de acordo com o artigo 1º da Resolução CFM nº1.779/2005, o preenchimento da DO é de responsabilidade do médico que atestou a morte.

Quando e quem deve atestar o óbito

ADO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais.

Mortes por causas naturais

Em casos em que houve assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

Causas conhecidas - cabe ao médico que vinha assistindo o paciente ou, na sua ausência, ao médico plantonista do serviço de saúde que o atendeu;

Causas mal definidas - encaminhar o cadáver ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Se não houve assistência médica, encaminhar o cadáver ao SVO, a quem cabe emitir a DO.

Mortes por causas externas (homicídios, suicídios, acidentes e eventos de intenção ignorada).

Encaminhar o cadáver ao Instituto Médico Legal - IML (artigo 2º da Resolução CFM nº. 1.779/2005), para emissão da DO. Os casos encaminhados ao SVO e/ou IML para necropsia deverão ter a Guia de Encaminhamento de Cadáver (GEC) preenchida e enviada a

estes serviços (Diário Oficial do Município - Portaria SMS.G nº 1.056/2012, de 19/05/2012).

Sequência correta

As causas que levaram à morte são registradas na Parte I do campo 40 do atestado, organizadas nu-

ma sequência lógica. Na linha "a" deve ser indicada a causa imediata ou terminal e, nas linhas subsequentes, as que deram origem às declaradas anteriormente. Pela definição da OMS, "causa básica da morte é a doença ou lesão que iniciou a cadeia

de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte".

Na Parte II do atestado são declaradas outras causas que contribuíram para a morte, mas que não estejam relacionadas com a cadeia de eventos registrada na Parte I.

Exemplo 1 – Paciente de sexo feminino, 42 anos, portadora de câncer de mama em quimioterapia, que complicou com imunossupressão e colite pseudomembranosa, evoluindo para choque séptico.

Exemplo 2 – RN prematuro (IG:36) nascido por cesárea por quadro de hipertensão arterial materna, complicou-se com septicemia e insuficiência de múltiplos órgãos.

Observações importantes

- Indicar apenas uma causa ou diagnóstico em cada linha da Parte I. Caso não haja certeza, mas uma hipótese diagnóstica, adotar os termos "suspeita de" ou "provável";
- Se for registrada insuficiência de órgão ou sistema, declarar (quando conhecida) a etiologia (ex: insuficiência respiratória devido a doença pulmonar obstrutiva crônica) ou causa desconhecida;
- Quando a morte for consequência de complicações cirúrgicas ou de procedimentos, declarar a causa que levou à indicação da cirurgia ou procedimento;
- No caso de neoplasias, colocar a localização primária e a natureza benigna ou maligna. Em caso de desconhecimento, registrar como neoplasia maligna de sítio primário desconhecido;
- Nos óbitos de recém-nascidos e natimortos devidos a patologia materna, não esquecer de registrá-la, pois ela é a causa básica da morte;
- As fraturas, exceto as patológicas, são consideradas lesões devidas a causas externas e devem ser atestadas por médico legista (IML), independentemente do tempo entre o acidente/violência e a morte;
- No caso de mortes por causas externas ou não naturais, o legista deve registrar a causa básica na última linha preenchida da Parte I. No espaço acima, as lesões. Devem ser preenchidos os campos 48, 49 e 50, relativos ao tipo de causa externa, acidente de trabalho e fonte da informação. No campo 51, fazer uma descrição sumária do evento, indicando o local de ocorrência;
- Evitar o uso de abreviações, sinais, sintomas, resultados de exames laboratoriais e modos de morrer, como parada cardiorrespiratória, assistolia e dissociação eletromecânica.

Recomendações

- É vedado ao médico 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 (artigo 83, do capítulo 10, do Código de Ética Médica);
- A responsabilidade legal dos dados contidos na DO é do médico (artigo 1º da resolução CFM nº 1.779/2005). Nunca assinar uma DO em branco. Verificar se todos os campos foram corretamente preenchidos;
- Nenhum sepultamento será realizado sem a Certidão de Óbito, que deverá ser expedida pelo Cartório, a partir da DO emitida pelo médico (Lei nº 6015/1973, alterada pela Lei nº 6216/1975, artigo 77). Portanto, é importante que o registro dos dados na DO seja feito com letra legível, sem abreviações;
- O atestado de óbito por causas não naturais foge à competência do médico que assistia o doente, passando para os serviços médico-legais (artigo 2º da resolução CFM nº 1.779/2005);
- É importante o registro do nome completo do profissional, assim como seu telefone, facilitando eventual contato para elucidação de dúvidas.

O folder *Orientações para preenchimento da declaração de óbito* está disponível no site www.prefeitura.sp.gov.br/proaim. Outras dúvidas podem ser esclarecidas junto à Prefeitura de São Paulo, pelos tels. (11) 3397-2241 / 2247 ou pelo email proaim@prefeitura.sp.gov.br. Médicos de outras cidades do Estado de São Paulo podem contatar o Sistema de Informações de Mortalidade da Secretaria de Saúde de SP, pelos tels. (11) 3066-8912 / 8843, ou acessar o manual de orientação do CFM/Ministério da Saúde no www.portalmedico.org.br/arquivos/cartilha_do_cfm_ms.pdf.