

CAPÍTULO 11

O ATESTADO DE ÓBITO

Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Maria Helena Prado de Mello Jorge

2021

Sumário

O Atestado de Óbito

Preliminares

O que é o atestado de óbito e para que servem os seus dados

Um pouco de história. O Brasil nesse contexto.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade

A Declaração de óbito

Itens que a compõem. Justificativa*

O papel do médico no seu preenchimento

Causas externas de Mortalidade

Alguns conceitos importantes. Causa básica da morte. A Classificação Internacional de Doenças. Os serviços de Medicina Legal e a figura do legista

Alguns exemplos ilustrativos

Caso 1

Caso 2

Referências bibliográficas

O Atestado de Óbito

Preliminares

O que é o atestado de óbito e para que servem os seus dados

A morte de uma pessoa necessita, sempre, ser conhecida e devidamente registrada, após sua constatação por médico, conforme disposição legal no Brasil dada pela Lei dos Registros Públicos:

“Art. 77 Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial do registro civil de lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.¹

Isso posto, pode-se concluir que são deveres do médico a constatação e a atestação da morte. A constatação deve ser feita, sempre, pessoalmente, segundo, inclusive, o Código de Ética Médica² além de resolução específica do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1779 de 11.11.2005)³ e da Portaria do Ministério da Saúde⁴. Quanto à atestação, constitui-se em ato médico, que não pode ser delegado, admitindo-se, como única exceção, documentos gerados em localidades onde não existam médicos.

São dois os objetivos fundamentais do atestado de óbito. Sua função jurídica é a de fazer prova do desaparecimento do indivíduo, permitindo que seus consequentes direitos sejam passados aos herdeiros (direitos sucessórios, de previdência, entre outros). Fávero, 1962⁵, refere que o atestado de óbito é, em suma, o remate da vida civil do indivíduo, iniciada, oficialmente, com a declaração do nascimento. O segundo objetivo do atestado de óbito, 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 (segundo 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 tendentes à prevenção dessas causas⁶. Assim, com os dados fornecidos pelo médico, forma-se um arcabouço epidemiológico que pode ser trabalhado de maneiras diversas, visando a que, em última análise, a informação sobre a mortalidade se

constitua em um instrumento para a vida. Andrade, 2007⁷, refere que uma Política de Saúde adequada pode, para muitas pessoas, significar a diferença entre a vida e a morte.

Conclui-se, dessa forma, que, para o cumprimento desses objetivos, são fundamentais o empenho e o compromisso do médico com relação à veracidade, à completude e à fidedignidade das informações prestadas, uma vez que é ele o profissional responsável pelas mesmas (art. 1º Resolução CFM 1.779 de 11.11.2005).³

Um pouco de história. O Brasil nesse contexto.

Até fins do século XIX, cada país possuía um modelo diferente para fazer a atestação da morte. Em 1925, a Organização de Saúde da Liga das Nações, considerando a importância desse ato, principalmente no que dizia respeito às causas que levavam ao óbito, publicou em informe que objetivava padronizar a forma pelo qual deveriam, essas causas, ser anotadas. Em 1948, a recém-criada Organização Mundial da Saúde - OMS - não só acatou essa recomendação, como adotou o modelo proposto, com vistas a facilitar aos médicos o registro das causas e permitir que comparações entre países pudessem ser feitas.

Esse modelo, que com pequenas alterações vigora até hoje, constava de duas partes: a primeira com **três linhas** (a, b, c), onde deveria ser declarada, em **primeiro lugar a causa terminal** da morte e, em **último**, a chamada **causa básica**, entendida como aquela que dera lugar às causas seguintes; na Parte II, composta de duas linhas, a OMS recomendava menção a outras informações significativas que, a juízo do médico, pudessem ter contribuído para o processo mórbido.

Em 1989, em face ao envelhecimento das populações e, por via de consequência, ao acúmulo de patologias que as pessoas nessa fase da vida podem apresentar, a OMS aprovou nova postura segundo a qual, *“onde fosse necessário, os Países deveriam acrescentar linha adicional na Parte I do atestado (linha d)”*. A recomendação inicial, entretanto, continuava a mesma: colocar em último lugar a chamada “causa básica”, de forma a que, lendo essas linhas, de baixo para cima, ter-se-ia a causa básica originando complicações, completando o ciclo com a chamada “causa terminal de morte”, colocada na letra a.⁸

No Brasil, a implantação desse modelo relativo às causas ocorreu em 1950, embora, para as demais variáveis, não houvesse qualquer padronização. Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶, referem que, em 1975, quando grupo de especialistas foi reunido no Ministério da Saúde para implantar no País um sistema de informação em saúde, contabilizou-se a existência de 43 modelos diferentes de formulários para a atestação de morte, sendo que, quanto às causas, seu registro já obedecia ao disposto pela OMS, anteriormente. A padronização do modelo completo

ocorreu em 1976, quando entrou em vigor a chamada “Declaração de Óbito”.⁹ Essa padronização, em face aos benefícios indiscutíveis que pode produzir, era, aliás, desejada, desde os seus primórdios, no Brasil, segundo Oscar Freire.⁵

O Sistema de Informações sobre Mortalidade

A Declaração de Óbito – DO – constitui-se no documento hábil, em nível nacional, para a atestação da morte, pelo médico, como referido. O documento é formado por três vias autocopiativas, de cores diferentes, numeradas sequencialmente, sendo elaborado, impresso e distribuído pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo, cada uma das vias, fluxo padronizado em todo o País. Seguiram-se legislações específicas, elaboração de Manuais de preenchimento e treinamento de pessoal, que vieram a permitir a criação do Sistema de Informações sobre Mortalidade, conhecido como SIM/MS.¹⁰ Esse Sistema foi criado em 1975/6 e abrange, hoje, cerca de um milhão de óbitos ocorridos anualmente no território nacional, projetando uma taxa de mortalidade de cerca de 6 óbitos para cada 1000 habitantes. Os dados estão disponíveis em <http://datasus.gov.br> e podem ser estudados segundo as variáveis constantes do formulário¹¹. Importante salientar que a causa básica, também segundo recomendações internacionais, é sempre a causa selecionada para a apresentação das estatísticas de mortalidade.

Destaca-se que, atualmente, existe uma tendência internacional de informatização do documento utilizado para atestação do óbito, com transmissão de dados e alimentação eletrônica de Sistemas de Informação sobre Mortalidade. Portugal foi o pioneiro, em nível mundial, na “desmaterialização” do atestado de óbito em papel e implementação de um sistema informatizado, quando, a partir de 1 de janeiro de 2014, com o início do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) que havia sido criado e regulamentado na Lei n.º 15/2012, passou a certificar a totalidade dos óbitos ocorridos naquele país de forma eletrônica.¹² (https://servicos.min-saude.pt/acesso/faces/sico/Menu.jsp?resource_url=http%3A%2F%2Fservicos.min-saude.pt%2Fsico%2Ffaces%2Findex.jsp). No Brasil, o Ministério da Saúde iniciou estudos sobre o assunto.

A Declaração de óbito

Itens que a compõem. Justificativa^{1*}

O modelo da DO atualmente em vigor no Brasil data de 2011¹⁰, último ano em que algumas de suas variáveis foram alteradas, visando a obter melhor qualidade da informação - e é composto por nove blocos de informações, todos de preenchimento obrigatório (quando couberem), numerados em algarismos romanos, a saber:

Bloco I – Identificação

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input type="checkbox"/> 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 do nascimento	9 Idade Meses de 1 ano Anos completos Meses Dias Horas Minutos 9 - Ignorado	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. 9 - Ignorado	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 4 - Preta <input type="checkbox"/> 2 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 3 - Amarela
12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 5 - União estável <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> 0 - Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 3 - Médio (até 2ª série) 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> 4 - Superior incompleto <input type="checkbox"/> 2 - Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> 5 - Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado/desempregado) Código CBO 2002	

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 Nacional de Habilitação ou semelhantes) a fim de evitar problemas de homônimos. É importante deixar claro que a DO é documento oficial e constitui-se na fonte de dados para o preenchimento da Certidão de Óbito, sendo que, nessa qualidade, não pode conter rasuras ou emendas. Em caso de erro acidental no preenchimento, a DO rasurada deve ser inutilizada e preenchida outra em seu lugar. Quanto ao tipo de óbito, é importante esclarecer que, embora o mesmo formulário seja utilizado para declarar mortes e óbitos fetais, a distinção entre os dois tipos de eventos é feita quando da apuração dos dados nos serviços responsáveis pelas estatísticas de saúde. Os demais campos, vão permitir a completa identificação do falecido e o estudo epidemiológico da mortalidade segundo algumas características sociodemográficas.

^{1*} Extraído de Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶

Bloco II – Residência

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

Além da complementação das informações acima, objetivam, do ponto de vista epidemiológico, permitir uma distribuição espacial dos óbitos em cada área, o cálculo de indicadores quanto à vigilância em saúde, contatos com a família visando à posterior investigação de óbito, se necessário.

Bloco III – Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito		21 Estabelecimento		Código CNES
<input type="checkbox"/> 1 - Hospital	<input type="checkbox"/> 3 - Domício	<input type="checkbox"/> 5 - Outros	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> 2 - Outros estabelecimento	<input type="checkbox"/> 4 - Via pública	<input type="checkbox"/> 6 - Atividade religiosa		
22 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)		Número	Complemento	23 CEP
24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF

Essas informações possibilitam o retorno da equipe de saúde ou pesquisa ao local (Instituição) onde ocorreu a morte, para esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que, porventura, possam surgir.

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

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado/desempregado)	Código CBO 2002
	<input type="checkbox"/> 0 - Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> 3 - Médio (até 2º grau)	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> 1 - Fundamental (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> 4 - Superior incompleto		
	<input type="checkbox"/> 2 - Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> 5 - Superior completo		
30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto
<input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Única	<input type="checkbox"/> 1 - Vaginal	<input type="checkbox"/> 1 - Antes
		<input type="checkbox"/> 2 - Gêmea	<input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo	<input type="checkbox"/> 2 - Durante
		<input type="checkbox"/> 3 - Triplê ou mais	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 3 - Depois
		<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
				35 Peso ao nascer
				Gramas
				36 Número da Declaração de Nascido Vivo

Este Bloco tem objetivos epidemiológicos relativos à saúde materno-infantil. Óbitos fetais e de menores de um ano têm, não poucas vezes, em sua gênese, 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 Nascido Vivo, destina-se a permitir o relacionamento entre os Bancos de Dados de Mortalidade (SIM/MS) e de Nascidos Vivos (SINASC/MS).

Bloco V – Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 - No aborto <input type="checkbox"/> 5 - De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 8 - Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 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		CID
	a	Tempo que se passou entre o início da doença e a morte:	
	b	Tempo que se passou entre o início da doença e a morte:	
	c	Tempo que se passou entre o início da doença e a morte:	
	d	Tempo que se passou entre o início da doença e a morte:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		

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 declaradas pelos médicos nas DO. No caso específico de mortes por causas externas, em que a realização de necropsias é obrigatória, a presença de gravidez pode ser comprovada sempre que ocorrer abertura de útero. Esse fato, aliás, já era recomendado por Fávero, 1962.⁵

Quanto às causas da morte, os dados solicitados devem ser preenchidos conforme referido na Parte 1 desta publicação, lembrando 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. 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 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).

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 Revisão⁸, referida, salientando-se que essa informação **não é de preenchimento a ser feito pelo médico**, mas do serviço responsável pelas estatísticas.

Bloco VI - Médico

VI	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> 1 - Assistente <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 5 - IML <input type="checkbox"/> 3 - IML	44 Município e UF do SVO ou IML	UF
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura		

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. 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 se era, por exemplo, 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

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

48 Tipo 1 - Acidente 2 - Suicídio 3 - Homicídio 4 - Outros 9 - Ignorado

49 Acidente do trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Fonte da informação 1 - Boletim de Ocorrência 2 - Hospital 3 - Família 4 - Outra 9 - Ignorado

VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 - Via pública 2 - Endereço de residência 3 - Outro detalhado 4 - Estabelecimento comercial 5 - Óbitos 9 - Ignorada

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF

Este bloco é destinado ao esclarecimento de casos de óbitos decorrentes de acidentes e/ou violências e será detalhado no item 3 desta publicação.

Bloco VIII – Cartório

VIII 53 Cartório Código 54 Registro 55 Data

56 Município 57 UF

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

IX 58 Declarante 59 Testemunhas

A

B

No caso especial de óbitos ocorridos em localidades sem médico, a lei prevê que duas testemunhas, que tenham presenciado ou verificado a morte, possam promover seu registro em cartório, assinando o documento DO existente nesta instituição.

A certificação do óbito por testemunhas (*leigos*) deve ser feita somente na presença de sinais inequívocos de morte no cadáver, como a putrefação cadavérica.

O papel do médico no seu preenchimento

O médico tem a responsabilidade jurídica e ética do preenchimento da DO, bem como por todas as informações nela registradas, e não somente pela descrição das causas, respondendo pelas informações aí existentes.

É de se referir, entretanto, que há normas específicas no que se refere a quem deve preencher a DO e como isso deve ser feito em cada caso.

Esta publicação visa detalhar normas e procedimentos para a elaboração do documento em casos de mortes por causas externas. Para mortes por causas naturais, ver Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶; CFM/MS/CBCD, 2009¹³ e CFM, Resolução 1779 de 11.11.2005³.

Laurenti e Mello Jorge, de longa data, referem que, muitas vezes, os médicos não preenchem adequadamente a DO em razão de não terem sido devidamente capacitados para tanto¹¹. Levantamentos feitos por outros autores comprovam o fato^{14,15,16,17}. É necessário que, nos Cursos de Medicina, o problema do preenchimento da DO seja enfatizado, bem como que os Conselhos procedam a reciclagens periódicas dos médicos. O Ministério da Saúde, por sua vez, a cada alteração no documento, deve divulgar o fato e capacitar os profissionais relativamente às alterações.

Também neste sentido, recentemente, o Ministério da Saúde desenvolveu um aplicativo chamado “**AtestaDO**” com o objetivo de ser um instrumento de educação permanente, destinado a todos os médicos que emitem a DO. Neste aplicativo, que dispõe de informações sobre o preenchimento, responsabilidades e condições em que a DO deve ser emitida, os médicos podem estudar, realizar treinamento sobre o preenchimento da DO e, inclusive, fazer avaliações de seu desempenho por meio de testes no item “*Atestado Interativo*”. O aplicativo é gratuito para tablets e smartphones e está disponível na *Google Play* e *App Store* (<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/aplicativos/atestado/>).

O objetivo desta apresentação é detalhar tarefas e responsabilidades do médico legista quanto ao preenchimento da DO, de forma a cumprir a legislação brasileira no que tange às mortes por acidentes e violências.

Causas externas de Mortalidade

Alguns conceitos importantes. Causa básica da morte. A Classificação Internacional de Doenças. Os serviços de Medicina Legal e a figura do legista

Entende-se por morte não natural aquela que sobrevém em decorrência de qualquer tipo de acidente ou violência, grupo que a OMS denomina, globalmente, de “causas externas”⁸. Os acidentes e as violências configuram-se em um conjunto de agravos à saúde que, quando levam à morte, são causas que obrigam a que seus atestados de óbito sejam fornecidos por médicos legistas.

O Código de Processo Penal Brasileiro¹⁸ refere em seu Capítulo II – Do exame do corpo de delito e das perícias em geral – posturas a serem seguidas em casos de necropsias e elaboração de laudos já que, em casos de morte por causas externas^{2**}, a determinação detalhada sobre a causa da morte se constituirá em um elemento de prova no campo jurídico.

Portanto, os exames necroscópicos de cadáveres vítimas de causas externas configuram-se em perícias médicas de natureza criminal e devem ser realizados, preferencialmente, em serviços médico-legais por peritos oficiais.

Segundo França, “... *O médico legista é o médico habilitado profissional e administrativamente a exercer a medicina legal, por meio de procedimentos médicos e técnicos, tendo como atividade principal colaborar com a administração judiciária nos inquéritos e processos criminais. Sua lotação é sempre nos Institutos ou Departamentos ou Núcleos Regionais de Medicina Legal.*”¹⁹. Além disso, de acordo com a Lei 12.030 de 2009²⁰, que dispõe sobre as perícias oficiais, ele deve ter seu ingresso na função por meio de concurso público.

Os serviços de medicina legal são órgãos oficiais ligados à Segurança Pública, e estão presentes em todos os Estados brasileiros. Apesar disto, sabe-se que sua distribuição pelo País não é homogênea, havendo muitas regiões que não dispõem destes serviços. Nesses locais, segundo disposição legal, qualquer médico pode ser designado por uma autoridade policial ou judicial como perito médico legista *ad hoc*, e proceder ao exame do cadáver e fornecer a DO.

Ao fornecerem esses documentos, médicos legistas, devem ter em mente a dupla óptica pela qual esse problema pode ser visto: a vítima chega ao óbito em consequência de uma ou

^{2**} A este conjunto, agregam-se as chamadas “mortes suspeitas”.

mais lesões decorrentes de atos (intencionais ou acidentais), que se constituem nas circunstâncias por meio das quais o evento morte se concretizou.

A Classificação Internacional de Doenças⁸, em dois de seus Capítulos prevê essa situação: a) no Capítulo XIX estão referidas a natureza e a localização dessas lesões (traumatismos, envenenamentos e algumas outras consequências das causas externas); b) o Capítulo XX “Causas externas de Mortalidade e Morbidade”, traz descritas as possíveis formas por meio das quais essas lesões foram causadas (acidentes de trânsito, quedas, suicídio, agressão, etc).

Isso posto, fica fácil entender que o legista deve, na DO que preenche, fazer menção a ambas as situações: a lesão que causou diretamente a morte e a causa externa que a produziu.

Com relação à lesão, é importante lembrar que ela deve, sempre, ser descrita na **Parte I**, letra **a**; deixando, a última menção, para o tipo de causa externa que produziu a lesão fatal, sendo importante referir que a informação sobre a lesão será, sempre, resultante de seu laudo. Quanto à circunstância geradora da lesão (tipo de acidente ou violência), também chamada causa jurídica da morte – o registro deverá estar calcado no Boletim de Ocorrência Policial (que deveria, sempre, acompanhar a solicitação de necropsia), ou na informação da família obtida no momento da identificação ou retirada do corpo, no IML.

É certo que, não poucas vezes, o legista reluta em anotar a chamada causa jurídica da morte, pensando ser de sua competência registrar somente as lesões encontradas na necropsia. Outras vezes, a dificuldade ocorre por não ter acesso às informações do Boletim de Ocorrência Policial. Hercules refere que a menção da causa jurídica não deve ser cobrada do legista visto que ele, habitualmente, não dispõe dessa informação²¹.

É preciso referir, entretanto, que, do ponto de vista da saúde – que utiliza essa informação para fins epidemiológicos e para o estabelecimento de políticas públicas, inclusive para a prevenção de novas mortes – apenas o registro da lesão (um traumatismo crânio encefálico - TCE, por exemplo), não mostra o enfoque a ser dado nessa prevenção; é preciso saber se esse TCE ocorreu como consequência de um acidente (e que tipo de acidente), de um homicídio ou de um suicídio. Estes sim, objetos de programas de prevenção.

Como proceder, então?

Nesse aspecto, é importante que as informações relativas a cada Boletim de Ocorrência Policial cheguem às mãos do legista, a fim de que ele não necessite registrar a sua opinião quanto à circunstância do evento em cada caso, mas tenha elementos – ainda que presuntivos – para detalhá-la.

Como salientam Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶, o atual modelo da DO já traz a especificação relativa ao tipo de causa externa, bem como qual a fonte de informação utilizada para o preenchimento desse quesito (Campo 50 – Bloco VII). Neste campo, portanto, fica explícito que a origem da informação relacionada ao tipo de causa externa não foi o exame médico-legal, bem como o fato do preenchimento desta informação ser de caráter estritamente epidemiológico, o que protege o médico legista com relação à responsabilidade pela veracidade sobre os dados aí preenchidos.

A Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências²¹, ao tratar das articulações institucionais com vistas à melhoria da qualidade da informação relativa a causas externas, refere, como importante, a sensibilização e a capacitação dos médicos que atuam nos Serviços de Medicina Legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, seus laudos e demais dados, bem como a alimentação dos sistemas de informação.

Esta referência remete à já discutida relação entre as áreas da Saúde e da Segurança Pública, visto o fato de interessar, a ambas, a obtenção de melhores dados e melhores informações. Importante trabalho está sendo vivenciado, no Estado do Rio de Janeiro, onde, em março de 2015, foi instituído, no Instituto de Segurança Pública da Secretaria Estadual de Segurança Pública, o Núcleo de Qualificação de Estatísticas e Mortes por Causas Externas (Portaria PCERJ Nº 699 de 15.01.2015). Essa iniciativa representou o desdobramento de um Convênio assinado em 2010 entre as secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública, que objetivava a melhoria da qualidade da informação pela área da Saúde; essa ligação tem possibilitado a recuperação de casos com informação deficiente, permitindo uma melhor qualificação da mesma e, por via de consequência, um panorama mais real da mortalidade por acidentes e violências, entre nós.

No município de São Paulo, o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PROAIM – habitualmente também realiza, através de convênio com o Instituto Médico Legal, essa tarefa, sendo possível constatar, desde sua implantação, apreciável ganho quanto à qualidade da informação.

É necessário que esses instrumentos estejam à disposição dos legistas, ao realizar a necropsia e elaborar a DO e o laudo necroscópico, visto que as informações aí colhidas podem ser capazes de orientá-los quanto às conclusões, em cada caso. Sobre esse assunto, aliás, desde meados do século passado, Fávero já recomendava que fossem passadas, ao legista, informações sobre a ocorrência de cada evento, se suicídio, homicídio ou acidente⁵.

Finalmente, outro ponto importante a destacar é que, algumas vezes, o médico legista pode não chegar a uma conclusão sobre a causa da morte imediatamente após o exame necroscópico, necessitando solicitar exames complementares (análises toxicológicas ou exames histopatológicos, por exemplo), que podem estar à sua disposição caso o serviço médico legal de sua localidade disponha de laboratórios forenses. Tendo em vista que, habitualmente, a DO é preenchida e fornecida aos familiares logo após a necropsia com vistas ao sepultamento, pode ser indicado que a causa da morte ainda não foi determinada, estando na dependência de exames complementares. Nestas situações, é fundamental que, após receber os resultados dos exames solicitados e concluir a análise do caso com a causa da morte esclarecida, o médico legista (ou qualquer servidor do serviço médico legal) informe a Secretaria de Saúde acerca da causa da morte mais detalhada, a fim de retificar a DO inicialmente elaborada. Essa conduta visa que o SIM/MS possa ser adequadamente alimentado.

Alguns exemplos ilustrativos

Caso 1

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de suicídio consumado. Indivíduo do sexo masculino encontrado pendurado por uma corda, em uma árvore em frente a um terreno. Ao exame necroscópico, presença de cianose labial, congestão de conjuntivas, protrusão da língua, além de sulco na região cervical oblíquo ao eixo do pescoço, interrompido na região posterior e mais profundo na região anterior; internamente, presença de manchas de tardieu nos pulmões, pulmões hiperinsuflados e congestos.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 3 - No aborto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 5 - De 42 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 6 - Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	39 Necrópsia? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Descreva ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada mencionando-se um último lugar a causa básica.		APORTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
		Tenha atenção para o preenchimento correto do CID	
		a <i>Asfixia Mecânica</i>	
		b <i>Constricção Cervical</i>	
		c <i>Enforcamento</i>	
		d	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa básica.			

Bloco VII – Causas Externas

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

48 Tipo 1 - Acidente 3 - Homicídio 9 - Ignorado
 2 - Suicídio 4 - Outros

49 Acidente do trabalho 1 - Sim 9 - Ignorado
 2 - Não

50 Fonte da informação 1 - Boletim de Ocorrência 3 - Família 9 - Ignorado
 2 - Hospital 4 - Outra

51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência **Suicídio por enforcamento - 30 / DP** Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
 1 - Via pública 4 - Estabelecimento comercial
 2 - Endereço de residência 5 - Outros
 3 - Outro endereço 9 - Ignorado

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF

Caso 2

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de homicídio. Mulher, 25 anos, foi abordada por indivíduo desconhecido que tentou roubar seu telefone celular e foi baleada. Ao exame necroscópico, presença de duas lesões perfuro-contusas com características de orifício de entrada de projétil disparado por arma de fogo localizadas na região fronto-parietal direita e na região parietal direita e duas lesões perfuro-contusas com características de orifício de saída de projétil de arma de fogo localizadas na região occipital; internamente, presença de fraturas cominutivas na calota craniana e na base do crânio, lesões laceradas no encéfalo com hemorragia adjacente.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

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

40 CAUSAS DA MORTE PARTE I DOENÇA OU ESTADO MÓRIBUNDO 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**

b **Agente perfuro-contundente**

c **Projétil disparado por arma de fogo**

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

Bloco VII – Causas Externas

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

48 Tipo 1 - Acidente 3 - Homicídio 2 - Suicídio 4 - Outros 9 - Ignorado

49 Acidente do trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

50 Fonte da informação 1 - Boletim de Ocorrência 2 - Hospital 3 - Família 4 - Outra 9 - Ignorado

VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
Homicídio por arma de fogo - BO / DP

Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
 1 - Via pública 2 - Estabelecimento comercial 3 - Orto da hab. 4 - Estabelecimento comercial 5 - Outros 9 - Ignorado

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____ Número _____ Bairro _____ Município _____ UF _____

Caso 3

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de acidente de trânsito – choque automóvel X motocicleta. Ao exame, tratava-se de adulto jovem, sexo masculino, motociclista, apresentando, externamente, diversas escoriações na face, região torácica anterior e membros superiores direito e esquerdo, fratura exposta de membro inferior direito e laceração extensa na região temporal esquerda do crânio; internamente: crânio com fratura na região temporal esquerda e hemorragia subaracnóidea difusa, tórax com fraturas de múltiplos arcos costais, lacerações nos pulmões e hemotórax, abdome com ruptura de baço e hemoperitônio.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

V 57 A morte ocorreu 1 - Gravidez 2 - No parto 3 - No aborto 4 - Até 42 dias após o parto 5 - De 43 dias a 1 ano após o parto 6 - Mais de 1 ano após o parto 7 - Não ocorreu nesses períodos 8 - Não ocorreu nesses períodos 9 - Ignorado

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.

NOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

	Tempo decorrido entre o início da doença e a morte	CID
a. Politraumatismo		
b. Agente contundente		
c. _____		
d. _____		
PARTE II		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.		

Bloco VII – Causas Externas

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

48 Tipo 1 - Acidente 3 - Homicídio 9 - Ignorado
 2 - Suicídio 4 - Outros

49 Acidente do trabalho 1 - Sim 9 - Ignorado
 2 - Não

50 Fonte da informação 1 - Boletim de Ocorrência 3 - Família 9 - Ignorado
 2 - Hospital 4 - Outra

51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência **Ac. Trânsito - colisão moto x auto - 30 / DP** Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
 1 - Via pública 4 - Estabelecimento comercial
 2 - Estação de rodoviária 5 - Ônibus
 3 - Órbita do edifício 9 - Ignorado

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____ Número _____ Bairro _____ Município _____ UF _____

Caso 4

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de morte suspeita. Indivíduo jovem, encontrado morto em sua residência, sem sinais aparentes de violência, porém familiares relataram desconhecer que o mesmo apresentava quaisquer patologias. Ao exame necroscópico, ausência de lesões externas traumáticas; internamente, ausência de lesões traumáticas de interesse médico-legal, ausência de sinais indicativos de alterações patológicas nos órgãos. Médico Legista coletou fragmentos de pulmão, coração, fígado e rim para exame complementar histopatológico e coletou sangue e urina para análise toxicológica.

Bloco 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 9 - Ignorado
 6 - Não ocorreu nestes períodos

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

39 Necropsia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

40 CAUSAS DA MORTE PARTE I **ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA** Tenção aproximada entre o local da doença e a morte: CID

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.

a **Causa ainda não determinada**

b **Aguardando exames complementares**

c _____

d _____

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

Bloco VII – Causas Externas

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

48	Tipo			49	Acidente do trabalho		50	Fonte da informação		
	<input type="checkbox"/> 1 - Acidente	<input type="checkbox"/> 3 - Homicídio	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência	<input type="checkbox"/> 3 - Família	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> 2 - Suicídio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Outros		<input type="checkbox"/> 2 - Não		<input type="checkbox"/> 2 - Hospital	<input type="checkbox"/> 4 - Outra			

VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

Monte suspeita – 30 a ... / ... DP

Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência

<input type="checkbox"/> 1 - Via pública	<input type="checkbox"/> 4 - Estabelecimento comercial
<input type="checkbox"/> 2 - Estação de metrô	<input type="checkbox"/> 5 - Outros
<input type="checkbox"/> 3 - Outro da lista	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado

ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

Número	Bairro	Município	UF

Nota:

Como visto acima, neste caso, é fundamental que, após receber os resultados dos exames solicitados e concluir a análise do caso com a causa da morte esclarecida, o médico legista (ou qualquer servidor do serviço médico legal) informe a Secretaria de Saúde acerca da causa da morte mais detalhada, a fim de retificar essa DO inicialmente elaborada.

Referências bibliográficas

1. 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.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 2.217 de 01 de novembro de 2018. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília: 2018; 179.
3. 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: 2005; 121.
4. 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, Seção 1. Brasília: 2009; 37-3.
5. Favero F. Medicina Legal. São Paulo: Martins; 1962.
6. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. Aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
7. Andrade EO. Apresentação ao Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília; 2007.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Rev. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças, em Português. São Paulo: EDUSP; 1996.
9. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília; 2011.
11. Laurenti R, Mello Jorge MHP. Informação em Saúde. O papel do médico. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2017.
12. Ferreira da Silva JE. Certificação do óbito - avaliação dos procedimentos legais. Coimbra, s/d. [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
13. Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Federal de Medicina/Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante: Ministério da Saúde, 2007 (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
14. Vanderlei LC, et. al. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. Informe Epidemiológico do SUS. 2002; 11;(1); 7-14.
15. Struque CO, Cordeiro JA, Cury PM. 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; 2003; 39(4); 361-4.
16. Silva JAC, et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém/Pará, em 2010. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013; 59(4); 335-40.
17. Lucena L, et. al. Declaração de Óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. Revista Bioética, Brasília, DF. 2014; 22; (2); 318-24.
18. Brasil. Código de Processo Penal Brasileiro: Decreto 3689 de 3 de outubro de 1941 (legislação atualizada). São Paulo: Saraiva; 2014.
19. França GV. Fundamentos de Medicina Legal. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
20. Brasil. Lei 12.030 de 17 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as perícias oficiais e dá outras providências.
21. Hercules HC. Medicina Legal - Texto e Atlas. São Paulo: Atheneu; 2008.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília; 2002.