

# 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 abreviaturas, sinais, sintomas, resultados de exames laboratoriais e modos de morrer, como parada cardiorrespiratória, assistolia e dissecação 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 abreviaturas;
- 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](http://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](mailto: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](http://www.portalmedico.org.br/arquivos/cartilha_do_cfm_ms.pdf).