

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PÓS-GRADUAÇÃO EM MICROBIOLOGIA, PARASITOLOGIA E PATOLOGIA

**SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS: CARACTERÍSTICAS E
CONTRIBUIÇÕES PARA O ESCLARECIMENTO DE CAUSAS DE
MORTE**

CURITIBA
2007

ALEXANDER BUARQUE COSTA CARDOSO

**SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS: CARACTERÍSTICAS E
CONTRIBUIÇÕES PARA O ESCLARECIMENTO DE CAUSAS DE
MORTE**

Dissertação apresentada à qualificação de
Dissertação de Pós-Graduação em Microbiologia,
Parasitologia e Patologia da Universidade Federal
do Paraná.

Área de Concentração: Patologia.

Orientador: Prof. Dr. José Ederaldo Queiroz Telles.

Co-orientador: Prof. Lubomira Veronika Oliva

CURITIBA

2007

“Todo processo é julgado pelos advogados antes de sê-lo pelos juizes, assim como a morte do doente é pressentida pelos médicos, antes da luta que estes sustentarão com a natureza e aqueles com a justiça.”

Balzac

DEDICATÓRIA

À minha esposa Joice

Ao meu filho Nicholas

À minha mãe Ana Maria e meu pai Pasqual

AGRADECIMENTOS

Em especial ao meu orientador Prof. Dr. José Ederaldo Queiroz Telles pelo apoio integral e quase familiar. Que com muita paciência, tolerância, estímulo e confiança acreditou nesta dissertação e na concretização de um Serviço de Verificação de Óbito para a Região Metropolitana de Curitiba.

À Prof. Dra. Eleusis Ronconi de Nazareno que proporcionou grandes contribuições e permitiu o amadurecimento deste trabalho sem esquecer o compromisso e a missão com a Saúde Pública.

Agradeço ao Dr. Luís Fernando Boff Zarpelon, gestor apaixonado pela Saúde Pública, que acreditou em um projeto de SVO para Região Metropolitana de Curitiba e fez acontecer-lo.

À Prof. Lubomira Veronika Oliva pelo trabalho inicial que permitiu a concretização desta dissertação.

Ao Prof. Dr. Sílvio Marques Zanata e Prof. Lia Zanata pelo apoio inicial no Departamento de Patologia Básica.

À Dra. Karin Luhm e Dr. Nelson Ricetti Nazareno pela contribuição e sugestões na elaboração desta dissertação.

Aos Gestores de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba por terem a sensibilidade de enxergar e valorizar a importância do Serviço de Verificação de Óbito para a Saúde Pública.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	3
1.1.1 Objetivo Geral	3
1.1.2 Objetivos Específicos	3
2 JUSTIFICATIVA	4
3 REVISÃO DA LITERATURA	6
3.1 O SURGIMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE E DOS SVOs NO MUNDO	6
3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE – SIM E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO	9
3.3 LEGISLAÇÃO PERTINENTE	10
3.4 MODELOS CONTEMPORÂNEOS DE SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	14
4 METODOLOGIA	22
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO NO BRASIL.....	22
4.2 AVALIAÇÃO DOS DADOS PROVENIENTES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE	23

5	RESULTADOS	26
5.1	CARACTERÍSTICA DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO NO BRASIL	26
5.2	ANÁLISE DOS DADOS PROVENIENTES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE	31
6	DISCUSSÃO	41
7	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	61
	ANEXO I - DEFINIÇÃO DE TERMOS	62
	ANEXO II - PROJETO DE PESQUISA - “PERFIL DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS NAS CIDADES BRASILEIRAS”	64
	ANEXO III - FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO	75
	ANEXO IV - RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005	76
	ANEXO V - LEI N. 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973	78
	ANEXO VI - PORTARIA Nº 1.405 DE 29 DE JUNHO DE 2006	80

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO DE MORTALIDADE NOS EUA DISTRIBUÍDOS POR ESTADO, 2001	18
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SVOS NO BRASIL, 2003	27

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE CAMPINAS, DE 1979 A 2004.....	35
GRÁFICO 2 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE CURITIBA, DE 1979 A 2004	35
GRÁFICO 3 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE RECIFE, DE 1979 A 2004	36
GRÁFICO 4 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, DE 1979 A 2004	36
GRÁFICO 5 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE SÃO PAULO, DE 1979 A 2004.....	37
GRÁFICO 6 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS, DE 1979 A 2004.....	37
GRÁFICO 7 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE NATAL, DE 1979 A 2004	38
GRÁFICO 8 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, DE 1979 A 2004	38
GRÁFICO 9 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, DE 1979 A 2004	39
GRÁFICO 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE TAUBATÉ, DE 1979 A 2004.....	39
GRÁFICO 11, 12, 13 E 14 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA MAL DEFINIDA POR ANO EM ALGUMAS CAPITALS SEM SVO, DE 1979 A 2004	40
GRÁFICO 15 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA MAL DEFINIDA EM ALGUMAS CIDADES DE INFLUÊNCIA REGIONAL, EM LONDRINA, DE 1979 A 2004	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003.....	27
TABELA 2 - TIPO DE ROTINA PRATICADA NOS SVOS POR SERVIÇO, NO BRASIL, 2003.....	28
TABELA 3 - RECURSOS DISPONÍVEIS NOS SVOS, NO BRASIL, 2003.....	28
TABELA 4 - MODELO DE CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DOS SVOS, NO BRASIL, 2003.....	29
TABELA 5 - FINANCIAMENTO DOS SVOS, NO BRASIL, 2003.....	29
TABELA 6 - VÍNCULO FÍSICO DOS SVOS, NO BRASIL, 2003.....	30
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO DE CAUSAS, NO BRASIL, 2004.....	30
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR RESIDÊNCIA POR CAUSAS MAL-DEFINIDAS (CAP. XVIII DO CID 10) ORGANIZADOS POR FAIXA ETÁRIA, NO BRASIL, 2004.....	30
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO POR ANO DOS AGRUPAMENTOS 101 E 102 DO CID-BR 10.....	31
TABELA 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS CID 10, EM MUNICÍPIOS COM SVO E NO BRASIL – PERÍODO DE 1997 A 2003.....	32
TABELA 11 - MORTALIDADE PROPORCIONAL: PERCENTUAL DOS ÓBITOS INFORMADOS CID 9 E CID 10 NO BRASIL, DE 1979 A 2004.....	33
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGRUPAMENTOS 101 E 102 DO CID-BR 10, NO BRASIL, DE 1997 A 2003.....	34
TABELA 13 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS CID 10, EM MUNICÍPIOS COM SVO E NO BRASIL – PERÍODO DE 1997 A 2004.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
- DO – Declaração de Óbito
- ECM – Esclarecimento de *Causa Mortis*
- IML – Instituto Médico-legal
- ME – Medical Examiner
- NIM – Núcleo de Informações de Mortalidade
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SVO – Serviço de Verificação de Óbitos
- MEO – *Medical Examiner's Office*
- MS – Ministério da Saúde

RESUMO

A definição das causas de morte acarreta vários significados de importância, seja na justificativa de ações governamentais, frente ao perfil epidemiológico nacional ou regional, delineando políticas públicas para a redução de mortalidade e promoção de saúde. No âmbito individual, frente à situação específica de um cidadão que morre, as dúvidas de ordem médica, as questões legais e as questões de cidadania e direitos dos familiares, pode tornar a autópsia um recurso médico indispensável em certos casos de morte. No plano do serviço público e das necessidades do estado brasileiro, a principal missão da patologia de necropsia tem sido a de identificar as causas de morte, esclarecer a causa básica da morte e causas decorrentes ou mecanismos intermediários, nos casos de morte com indícios de causa não natural, causa externa. Os casos de morte “não violenta”, ou “natural”, principalmente aqueles sem assistência médica, ainda freqüentes no nosso país, ficam a cargo dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVOs) quando estes serviços estão presentes. Este estudo teve a finalidade de identificar, localizar e caracterizar os SVOs existentes no Brasil e através dos registros do Sistema de Informações de Mortalidade verificar possíveis desdobramentos ou resultados da implantação destes serviços. Foram identificados no período de fevereiro a abril de 2003 dez Serviços de Verificação de Óbito distribuídos pelo país. Encontramos também, significativa diminuição na mortalidade proporcional por causas mal definidas a partir da implantação destes serviços nas cidades brasileiras.

Palavras-Chave: Serviço de Verificação de Óbitos; causas indeterminadas; morte natural; Atestado de Óbito; Declaração de Óbito.

ABSTRACT

Adequate assessment of *causa mortis* carries several important meanings, such as public health policy definition towards a national or regional epidemiologic profile, in order to reduce mortality and health promotion. At the individual level, uncertainties concerning medical cause of death, may pose specific questions to the family of deceased, be it at a legal, insurance or other family rights, all of which may pose the autopsy an absolutely necessary medical resource. At the level of Brazilian public service requirements main role of autopsy pathology so far has been to assess *causa mortis* and consequential causes or intermediate pathogenesis, in cases suspected of death of external causes. In this context, cases of death of natural causes, mainly those without medical assistance, which are still frequent in Brazil, are to be assessed by *Serviços de Verificação de Óbito* (SVO) as far as these public facilities are available at the community level. The purpose of this research was to identify, geographically localize and describe the SVOs established in Brazil and thru the data of *Sistema de Informações de Mortalidade*, to study possible effects or results of the work done by the SVOs. In death causes statistics. During the period of the study, from February to April 2003 there were 10 SVOs adequately described. We found a significant decrease in mortality data for the group of deaths due to indeterminate causes related to the action of these SVOs at the Brazilian cities where it became available.

Key-words: *Serviço de Verificação de Óbito*, death indeterminate cause, internal death, Death Certificate.

1 INTRODUÇÃO

A definição da causa *mortis* acarreta vários significados de importância, seja na justificativa de ações governamentais, frente ao perfil epidemiológico nacional ou regional, delineando políticas públicas para a redução de mortalidade e promoção de saúde. No âmbito individual, atende a desdobramentos legais, necessidades previdenciárias e direitos, ou dúvidas dos familiares enlutados.

Se no plano coletivo, para fins de diagnóstico de saúde, ou da ausência de saúde de uma população, as estatísticas de mortalidade são absolutamente fundamentais, no plano individual, frente à situação específica de um cidadão que morre, as dúvidas de ordem médica, as questões legais e as questões de cidadania e direitos dos familiares, pode tornar a autópsia um recurso médico indispensável em certos casos de morte.

A experiência médica mundial consolidou os serviços de patologia de autópsia hospitalar, freqüentemente ligados a programas de residência médica em anatomia patológica, com objetivos de buscar reconhecer a doença básica, a causa terminal e os mecanismos fisiopatológicos intermediários, além de informar sobre a incidência de lesões patológicas subclínicas, na população geral de uma comunidade (diagnósticos secundários em necropsia) e ainda como parte de protocolos de atendimento, em casos com assistência médica, óbito hospitalar ou domiciliar, quando há vivo interesse clínico e institucional no exame *post-mortem*.

No plano do serviço público e das necessidades do estado brasileiro, a principal missão da patologia de necropsia tem sido a de esclarecer a causa básica da morte e causas decorrentes ou mecanismos intermediários, nos casos de morte com indícios de causa não natural, causa externa. Os casos de morte “não violenta”, ou “natural”, principalmente aqueles sem assistência médica, ainda freqüentes no nosso país, ficam a cargo dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVOs) quando estes serviços estão presentes.

O esclarecimento da morte não natural fica vinculado as Secretarias Estaduais de Segurança Pública através dos Institutos Médico-Legais (IMLs) que

contam com o suporte de uma rede de IMLs e o conhecimento especializado dos médicos legistas nas questões de suas competências. Para os casos de morte natural, onde não se tem uma clara evidência da causa básica do óbito, ou na ausência de assistência médica durante o curso da doença de base, deveriam ser encaminhados aos SVOs quando presentes. Tais serviços constituem unidades especializadas, cujo perfil no Brasil encontra-se em período de fértil revisão e evolução, inclusive neste estudo. Na revisão bibliográfica busca-se a visão histórica dos registros dos eventos vitais e da importância (ou não) da determinação da causa *mortis*, tendo como linha de investigação as ações da sociedade voltadas para o tema.

Dentre as múltiplas visões dominantes que cercam o ato de morrer, a perspectiva social, cultural e religiosa, visão médica e legal da morte são todas facetas profundas com historicidade própria. Tendo em vista a convergência dos grandes temas que cercam a informação de mortalidade, resolvemos escolher a visão de Saúde Pública, ou seja, como a morte é atendida na nossa sociedade, e como se organiza nosso sistema de atendimento; quais os dados gerados, e o que eles apontam.

Apesar da baixa qualidade documental da Declaração de Óbito (DO), limitada por preenchimento incompleto ou inadequado e ausência de informações no momento do registro, a DO é considerada a fonte de informação em saúde mais ampla, com cobertura universal e padronizada (ROSENBERG, 1999). Sendo a DO a fonte primária da informação de mortalidade, os laudos de necropsia representam o padrão ouro e a fonte mais fidedigna para a análise da causa final do óbito (GAWRYSZEWSKI et al., 2005).

Além disto, inexistem uma rede de SVOs com cobertura para toda a população no Brasil que permita o encaminhamento pelo médico assistencial para realizar o exame necroscópico em caso de morte natural sem assistência médica, o que obriga os médicos a atestarem o óbito de forma insegura e com grande margem de erros, contribuindo para a imprecisão dos dados epidemiológicos e legais e com riscos de prejudicar a cidadania e os direitos fundamentais.

O compromisso e a responsabilidade do médico brasileiro com a

Declaração do Óbito, consignada nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), dentro dos preceitos da ética e da ciência médica, atribuem o compromisso e apontam a necessidade por Serviços de Verificação de Óbito como estrutura complementar para o esclarecimento do óbito de causas naturais e indeterminadas, ou complementando o parecer mesmo quando ocorreu a assistência médica em algum nível.

O olhar crítico ao problema da informação da causa da morte e das demais variáveis que cercam o ato de morrer, do ponto de vista sanitário, amplia o compromisso social do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento e resolução das questões colocadas a cada vez que alguém morre; deseja-se, portanto justificar ética e cientificamente a escolha do tema da presente pesquisa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar e identificar as contribuições dos Serviços de Verificação de Óbitos para o esclarecimento no Brasil das causas de morte.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar, através de levantamento histórico-bibliográfico, tendências na informação de mortalidade brasileira, considerando aspectos da saúde pública.
- b) Investigar nos registros brasileiros de informações de mortalidade conseqüências da implantação de SVOs no Brasil.
- c) Conhecer o perfil dos Serviços de Verificação de Óbitos existentes no país.
- d) Delinear contribuições para a melhoria das Informações de mortalidade no Brasil, a partir do campo da patologia de necropsia.

2 JUSTIFICATIVA

A razão ou causa devido a qual um indivíduo perde a vida nem sempre é conhecida, mas pode ser determinada com boa certeza na maioria das situações, sempre que tenha havido assistência médica antes e no momento do óbito. Nestes casos, desde que excluída a morte não natural, deve o médico atendente declarar o óbito e suas causas não se fazendo necessária à realização de necropsia.

O instrumento atualmente utilizado pelos serviços públicos de saúde como base de dados para o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e para construir os indicadores epidemiológicos de mortalidade é a Declaração de Óbito (DO). Apesar de fornecerem informações importantes, mas dependendo da qualidade do preenchimento do Atestado Médico de Óbito (Parte VI da DO), muitas vezes faltam elementos para conclusão mais concreta sobre o evento pois diversas vezes é mal preenchida e as informações são incompletas.

O método de cálculo utilizado pela RIPS¹ para o ordenamento da mortalidade proporcional por grupo de causas exclui as causas mal definidas. Há a interpretação da relação da “frequência de causas mal definidas” com a “disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para o diagnóstico” (IDB, 2005). A comissão (RIPS) utiliza-se deste artifício para fins estatísticos, porém a importância das causas mal-definidas como causas de mortalidade, acaba sem a devida importância para as necessidades da saúde pública.

Estudos internacionais revelam que as declarações de óbitos não fornecem dados precisos; na maioria dos casos encontram-se erros ou declarações incompletas, podendo chegar a 98% se considerarmos erros menores como os dados de identificação e campos incompletos (PRITT et al., 2005; SCHNITMAN, 1990). Portanto a problemática não é apenas brasileira, e conforme veremos adiante, há diferentes níveis de imprecisão ou erro, sendo algumas categorias absolutamente inaceitáveis, pelos riscos e prejuízos que podem acarretar à sociedade.

¹Rede Interagencial de Informações em Saúde. Tem papel de articulação entre as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados, para viabilizar parcerias que propiciem informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e suas tendências (OPAS, 2006).

As políticas e estratégias para a verificação de óbitos variam nos diferentes países, sendo objeto de ativa discussão atual no nosso país, visando uma política pública coerente e sustentada. É do interesse desta pesquisa conceituar e contextualizar os principais modelos de esclarecimento da Causa *Mortis* vigentes nos países: suas atribuições e critérios para exame.

Fica reconhecida a importância que a necropsia proporciona para maior fidedignidade para a análise da causa *mortis* e dados de óbitos (GAWRYSZEWSKI et al., 2005), ainda assim devemos questionar qual o nível de precisão necessário para termos informação de qualidade básica.

Os argumentos e indagações acima relatados nos permitem desvelar a relevância dos dados da *causa mortis* e as múltiplas situações quotidianas que indicam o exame *post-mortem* como necessidade, justificando o estudo que segue sobre os SVOs no Brasil, na esfera do SUS e dos gestores regionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O SURGIMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE E DE SVOs NO MUNDO

As *causas mortis* no período da antiguidade e no início do período medieval europeu tinham importância somente para a história do indivíduo. Características físicas do corpo na morte ou de suas causas serviam de julgamento moral do indivíduo, ou mesmo como sinais indicativos de santidade. Já no final do período medieval havia registros paroquiais da morte, que eram requisitos básicos que sacramentavam a fé cristã: batismo, casamento, e falecimento .

O estado inicialmente interessou-se por estes registros de óbito para a realização de testamentos e pagamentos de serviços prestados no funeral (ALTER, 1999).

Durante o século XVI, duas entidades produziram registros de causas de mortalidade: paróquias, e estado. As informações de mortalidade apresentam-se no interesse das autoridades civis por ocasião de epidemia de peste, no final do século XVI quando se criaram as tabelas mortuárias de Londres por ocasião de uma grande peste. As informações contidas nestas tabelas permitiram John Graunt conhecer através destas a distribuição dos óbitos por características de sexo e idade (MELLO JORGE *in* MATHIAS, 2005; ALTER, 1999).

Alguns países durante séculos já possuíam suas informações de mortalidade documentadas, a exemplo da Suécia onde pode-se determinar estatísticas de expectativas de vida ao nascer desde o período de 1780 (ALTER, 1999).

Durante o século XVIII surgiu um novo campo da medicina voltado para a classificação das doenças, chamado “nosologia”. Assim, os sistemas de classificação de causas de mortalidade surgiram durante o século XIX ao mesmo tempo em que ocorreu um declínio na mortalidade. Isto foi essencial para o provimento de informações para teorias epidemiológicas nas mudanças de causas de mortalidade como as identificadas por Abdel Omran e conhecidas

como “transição epidemiológica”, com o declínio das doenças infecto-contagiosas e surgimento das doenças crônico-degenerativas (ALTER, 1999).

Historicamente a classificação de causas de mortalidade foi uma área contestada pela classe médica em debates internacionais com as necessidades apresentadas pelos estatísticos (ALTER, 1999).

Willian Farr, médico estatístico e chefe do Escritório Geral dos Registros de Londres estudou os nascimentos e óbitos e demonstrou sua importância epidemiológica relacionando aspectos sociais com a saúde (MELLO JORGE, 1990).

Pouco a pouco os registros de nascimentos e óbitos foram sendo feitos pelo estado e não mais pelas paróquias, facilitando a elaboração de estatísticas baseadas nestas informações (MELLO JORGE, 1990).

No Brasil, um ato governamental em 1814, interditava a realização de enterros sem uma declaração médica relativo àquela morte, sendo a primeira atitude governamental para garantir os registros de óbitos no Brasil. Posteriormente, lei criada em 1870, criava a Diretoria Geral de Estatística com a finalidade de manipular os dados de nascimentos, casamentos e óbitos. Em 1888 é estabelecida a primeira lei obrigando os registros civis dos óbitos, que foi sendo sucessivamente substituída em 1939 pelo Decreto n. 4.857, em 1969 pelo Decreto-Lei 1.000 e em seguida pela Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973 em vigor atualmente (MELLO JORGE, 1990).

Vários autores utilizaram estes dados com finalidade sanitária no Brasil a partir da década de 40 e até mesmo o Ministério da Justiça em 1957. Fica reconhecida a importância dos registros vitais por parte do estado em vários setores, inclusive no campo da saúde (SAADE, 1947; SCORZELLI, 1947; ROSADO, 1949; MORAES, 1949; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1947 *in* MELLO JORGE, 1990).

Como a legislação não define como estes eventos serão manipulados na prática, apenas obrigando o registro do óbito mediante o atestado de óbito, fica a tarefa embora parte a cargo da medicina, de definir naquele momento este evento terminal.

Em 1950 a OMS definia um conceito de morte caracterizado pela “cessação dos sinais vitais em um momento qualquer depois do nascimento, sem

possibilidade de ressuscitação”, porém sabe-se hoje, que com o advento dos transplantes, o óbito é definido como morte encefálica (OMS, 1957). Este é apenas um exemplo de critério que presumidamente fica a “critério médico”.

Apesar dos grandes avanços da medicina com métodos diagnósticos, as medidas complementares para alcançar o diagnóstico da doença que acometeu o paciente geralmente não são mais aplicáveis após o momento do óbito, mesmo que a doença não tenha sido bem elucidada em um caso de morte natural. Nestes casos o estudo *post-mortem* surge como grande valia, sendo o estudo cadavérico o parâmetro “ouro” para o diagnóstico da causa de morte (BOMBI, 2003; GAWRYSZEWSKI et al., 2005).

Exames de necropsia podem revelar dados ocultos, como Gawryszewski e colaboradores encontraram ao confrontar as DOs, exames de necropsia e toxicologia em vítimas de homicídio. A alta prevalência de consumo de álcool em vítimas de homicídio (42,5%) que fizeram exame toxicológico faz levantar a necessidade de elucidar as relações entre violência e substâncias psicoativas (GAWRYSZEWSKI, 2005).

Os Serviços de Verificação de Óbito reconhecidos como serviços de anatomia patológica, são as entidades responsáveis pela execução da atividade de verificação do óbito nas mortes naturais sem assistência médica e na elucidação de casos mal-definidos (CFM, 2005).

O primeiro Serviço de Verificação de Óbitos que passa a ser regulamentado no Brasil é o SVOC de São Paulo, através do Decreto nº 4.967, de 13 de abril de 1931, e passou a ser incorporado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) pelo decreto nº 10.319, a partir de 18 de abril de 1939. Além da finalidade de esclarecer a causa *mortis* em casos de óbito por moléstia mal definida ou sem assistência médica ocorridos no município de São Paulo, tem ainda como finalidade prestar colaboração técnica, didática e científica ao Departamento de Patologia da FMUSP, às diversas unidades da Universidade de São Paulo e a outras Instituições de Ensino e Pesquisa na área médica (SVOC, 2007).

O Decreto de nº 4.967 atribui ao SVOC importância à garantia da qualidade das informações de óbito na Saúde Pública, decretando que “*nenhum enterramento, na Capital, de pessoa falecida de morte natural pode ser efetuada*

pele oficial de registro sem que seja cientificado o Serviço de Verificação de Óbitos...” e determinando a atribuição de *causa-mortis* em indivíduos falecidos sem assistência médica e dos indivíduos falecidos com atestado médico, sempre que o Serviço Sanitário julgar conveniente aos interesses de Saúde Pública (SVOC, 2007).

3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE (SIM) E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Como forma de padronização do atestado de óbito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 por razão da “Conferência Internacional da Revisão da Classificação” editou o “*Manual of the international statistics classification of diseases, injuries, and causes of death*” (WHO, 2006). Nesta publicação aprovou-se então o “*International Form of Medical Certificate of Cause of Death*” que passou a ser utilizado no Brasil a partir de 1950 (LAURENTI, 2004).

Em 1975, o Ministério da Saúde padronizou as Declarações de Óbitos para todo o país e posteriormente implantou o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), como critério essencial para implementação de um Sistema de Vigilância epidemiológica no país. Uma nova versão da DO que é a utilizada atualmente foi elaborada em 1998.

O planejamento das ações governamentais é baseado também em dados de mortalidade. Quando referimo-nos aos óbitos de menores de 1 ano as estatísticas oficiais (SIM) apresentam indicadores de morte sem assistência médica bastante inferior aos encontrados através de busca ativa. Este fato pode ser explicado pela tentativa por parte do médico de poupar a família de submeter a uma avaliação em Institutos Médico-Legal ou Serviços de Verificação de Óbito, fornecendo assim a DO (DUCHIADE et al. 1989). Mesmo quando submetido ao IML algumas situações como Síndrome de Morte Súbita na Infância são sub-notificados como outras causas. Isto se deve ao fato de que a autópsia realizada pelo IML baseia-se somente em aspectos macroscópicos (NIOBEY. 1989; VICTORA et al., 1987 in DUCHIADE 1989).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.601/00 de 9 de agosto

de 2000 (revogada pela resolução CFM nº1776/05, de 05 de dezembro de 2005), já previa ser responsabilidade do médico o correto preenchimento dos dados das declarações de óbitos.

A Declaração de Óbito (DO) é denominado o documento fornecimento pelo médico contendo várias partes, inclusive a parte VI do documento, o atestado médico do óbito. Na Parte I, possui várias linhas que permitem ao médico listar múltiplas causas de óbito, sendo a última linha a causa básica de óbito. A causa básica de óbito define-se como sendo “a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte; ou circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal”. Desta forma, a causa básica origina uma seqüência de complicações ou conseqüências que levaram a última causa conseqüencial do óbito, causa terminal ou imediata, doença, lesão ou complicação que causou a morte.

Na Parte II, deve ser registrado qualquer condição mórbida que possa ter contribuído significativamente com o óbito, sem estar diretamente ligada com a lesão, ou doença que causou a morte. A área sombreada para ser preenchida com o Código da Classificação Internacional de Doenças (CID), não deve ser preenchida pelo médico, ela é reservada aos codificadores responsáveis das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Quanto aos óbitos no período perinatal, quando a criança nasce viva, é obrigatório preencher a declaração de nascido vivo e a declaração de óbito. Caso ocorra morte fetal ou natimorto, a declaração de óbito do feto deve ser preenchida se o período de gestação for igual ou superior a vinte semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500g e/ou estatura igual ou superior a 25cm (LAURENTI, 1994).

3.3 LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Os sepultamentos passam a ser entendidos com a participação da responsabilidade médica, a partir da necessidade por parte do poder público da informação do término da vida de um indivíduo. Este registro ao longo dos

tempos foi substituído até o estabelecimento da Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Anexo V), alterada pela lei n. 6.216, de 30 de junho de 1975, que prevê:

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

§ 1º - antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º - a cremação de 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 tiver sido firmado por dois médicos ou por um médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Entende-se que o ato de atestar o óbito é função da classe médica, e somente não é, quando não há a presença do médico na localidade onde ocorreu o óbito. Desta forma será lavrado por duas testemunhas do óbito.

O poder público passa então a entender que no registro do óbito as suas características são de determinação médica, profissão regulamentada pelo decreto n. 20.931, de 11 de janeiro de 1932.

O exercício da medicina é regulamentado pelo decreto n. 20.931, e versa em seu artigo n.15 a responsabilidade do “atestar o óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias, com a exata "*Causa mortis*", de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária”.

O decreto e a lei acima mencionados deixam em aberto como estes atestados serão firmados na magnitude de situações em que os óbitos ocorrem no cotidiano. O que parece ficar claro, é que há uma referência para a categoria médica da responsabilidade de regulamentar sobre o assunto.

A lei federal de n. 6.015, determina a responsabilidade médica no preenchimento do atestado de óbito. Porém nem sempre as mortes ocorridas são assistidas pelo médico, e conforme o Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1.246/88) é vedado ao médico:

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

Desta forma cria-se uma lacuna evidente que somente começa a ser esclarecida com o parecer do CFM n. 57/1999 referindo alguns casos de morte sem assistência médica como a morte suspeita e morte indeterminada. Todavia não se preocupa com a determinação efetiva da *causa mortis*. A causa de morte indeterminada não é morte suspeita, mas não é obrigatoriamente investigada (CFM, 1999).

A morte de causa suspeita é bem diferente da morte por causa desconhecida, mesmo que súbita. Esta é um tipo de morte natural que não compõe o rol de possibilidades com natureza jurídica para classificação como morte suspeita. A "*causa mortis*" para ser conhecida, merecerá avaliação necroscópica clínica e anátomo-patológica para a sua verificação e conclusão, porém nunca uma perícia médico-legal. A perícia oficial é desnecessária e somente será solicitada pela autoridade policial, nestes casos, por intuição ocasional, por desconhecimento de causa em sua função ou por falta de mecanismo administrativo institucional municipal de Serviço de Verificação de Óbitos.

É importante que todo médico entenda que quando enganado em sua boa fé, tendo ele exarado a Declaração de Óbito e, após, surgir a descoberta de alguma causa violenta, ele, médico, não terá culpa por ter sido enganado. Até dentro de hospitais isto pode acontecer, conforme casos recentemente estampados em noticiário.

O médico, quando responsável pelo paciente que falece, não deverá gratuitamente alegar suspeição à distância, ou criar suspeita sem fundamentação.

(sem grifo no original).

O parecer, no entanto determina a necessidade de existência dos Serviços de Verificação de Óbito através do médico patologista como entidade responsável para o esclarecimento das mortes naturais sem assistência médica. Assim, remete aos órgãos públicos a responsabilidade de "criá-los".

Os Serviços de Verificação de Óbito, ora funcionantes ou a serem instituídos pelo poder público municipal ou estadual, deverão, quando possível, contar com retaguarda laboratorial de patologia clínica e anatomia patológica, sem os quais as necrópsias clínicas reduzem enormemente a sua eficácia diagnóstica. É imperioso que pelo menos as capitais e cidades de igual densidade demográfica sejam dotadas de

Serviços de Verificação de Óbito adequadamente instalados...

[...] Resta ao poder público, nos termos deste parecer e da futura resolução normativa, prover condições de execução do trabalho médico para elaboração da Declaração de Óbito na forma de transporte para cadáveres, locais de execução dos exames, implantação de SVO, acionamento dos médicos, dentre outros.

(sem grifo no original)

O que se demonstra é que o presente parecer culminou na Resolução CFM nº 1.601/00 de 9 de agosto de 2000 que estabeleceu critérios ainda que iniciais para o encaminhamento das mortes sem assistência médica e determinou a necessidade de criação do Serviço de Verificação de Óbito vinculado aos Órgãos públicos de Saúde. Esta legislação foi revogada pela Resolução do CFM 1.776/2005 05 de dezembro de 2005 (complementar). Através destas, o paciente que chega ao hospital sem evidências de causas externas, o preenchimento do atestado médico do óbito deverá ser baseada na história de doença. Quando ocorre a chegada do paciente em óbito e não há condição que possa justificar o óbito e inexistência de Serviços de Verificação de Óbito na localidade, é colocado causa indeterminada (anexo IV).

1) Morte Natural:

I - Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, qualquer médico da localidade.

II - Morte com assistência médica:

...

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.

No caso de cremação o atestado de óbito deve ser lavrado por dois médicos, mesmo em casos de morte natural sem assistência médica em locais

onde não exista SVO:

§ 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 tiver sido firmado por dois médicos ou por um médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Recentemente o Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, estabeleceu metas financeiras e físicas para implantação de Serviços de Verificação de Óbitos. A portaria segue critérios de abrangência regional em cada estado para a criação de serviços de verificação de óbito, e regras de financiamento para os serviços. Ela define o corpo de profissionais que devem compor os SVOs e estratifica em três níveis de complexidade ou porte (Anexo VI).

3.4 MODELOS CONTEMPORÂNEOS DE SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Nos países de língua inglesa, a investigação de óbito iniciou-se com o “*coroner*”. O *crowner* ou *coroner* como era chamado foi criado através dos Artigos de Eyre em 1194, com a finalidade de proteger os interesses da coroa (do inglês – *crowne*). O interesse inicialmente era simplesmente financeiro, como a coroa necessitava de contribuições para ampliar seu recurso em cofre, as propriedades de todos os criminosos eram confiscadas pelo estado. O motivo da morte passa a ser interesse do estado (coroa), já que o suicídio era considerado um crime. Também, o esclarecimento de assassinatos era duplamente interessado pela coroa, já que seus recursos eram confiscados pelo estado e havia o interesse em punir o assassino para manter a ordem do lugar (DAVIS, 1997).

Pelo envolvimento com os interesses da coroa, o *coroner* não tinha um trabalho imparcial, possuía má reputação e por isso era pouco respeitado. O interesse no esclarecimento nas causas de mortes era altamente financeiro e a maior qualidade do *coroner* era sua lealdade ao monarca e não sua habilidade. A investigação da morte naquela época era baseada nas circunstâncias ambientais

que levaram a morte e o exame externo do corpo à procura de lesões visíveis. Os avanços da medicina com Versalius e Harvey nos séculos XVI e XVII permitiram um maior entendimento da anatomia e em 1807 a Universidade de Edinburgo criou a cadeira de medicina legal e assim passou-se a valorizar a necropsia como parte fundamental da investigação da morte. Um Ato em 1926 na Inglaterra determinou que “toda morte súbita, inesperada e todas as mortes ocorridas em prisões deveriam ser investigadas”. Além disto, determinou algumas qualificações mínimas para o *coroner*, que a partir de então somente poderia ser advogado, procurador ou médico (DAVIS, 1997).

O modelo atual de “*Coroner’s office*” é o adotado na Inglaterra, País de Gales, algumas províncias no Canadá e em alguns estados americanos. O “*Coroner*” é um advogado (porém também pode ser um médico), que averigua os casos de morte e coleta as informações com as testemunhas e familiares. Determina se há a necessidade de investigação por parte de um médico legista, patologista ou clínico. Ele pode atestar o óbito, portanto atestar o óbito não é prerrogativa do médico na Inglaterra, País de Gales ou Irlanda do Norte. Em 2001 as mortes certificadas diretamente pelo médico representavam apenas 65%, pelo médico sob autorização do *Coroner* 15% e o restante (23%) pelo próprio *Coroner* (CROWN, 2003).

A ocorrência de um episódio contribuiu com uma mudança no modelo tradicional do “*Coroner*” bretão. Harold Shipman era médico de família em Hyde, cidade de aproximadamente 35.000 habitantes na Inglaterra tendo executado 235 pacientes no período de 1979 a 1999, transformando-se no maior serial-killer dos tempos modernos. Por ele ser além de médico das vítimas o responsável pelos Atestados de óbitos de suas vítimas, ficou por mais de 20 anos sem ser descoberto, até haver a descoberta de que 15 óbitos de pacientes atendidos por ele estavam relacionados à overdose de morfina (CROWN, 2003; THE LANCET, 2000).

Na Grã-Bretanha, o caso de Harold Shipman fez a comunidade médica repensar as medidas de controle médico e epidemiológico nos casos de médicos com elevada emissão de atestados de óbitos. Afinal, a morte de seus pacientes nunca fora relatada aos serviços responsáveis pela verificação do óbito ou de

medicina legal. O caso também motivou a revisão do sistema de verificação de óbitos na Inglaterra e País de Gales, que seguia o modelo do Coroner Office, além de outras abordagens epidemiológicas com intuito de detectar médicos com elevado número de atestados de óbitos (FRANKEL, 2006; BILLET, 2005; CROWN, 2003).

O caso “*Shipman*” foi um dos alicerces de uma mudança profunda no modelo de *Coroner* anteriormente adotada, para um modelo mais consistente baseado na patologia forense, similar ao modelo de Medical Examiner adotado nos Estados Unidos, que veremos a frente.

Na Austrália a legislação quanto ao fornecimento da declaração varia conforme o estado. É uma obrigação de o clínico fornecer o atestado de óbito ao paciente. As condutas para o fornecimento de atestado variam em cada estado e em alguns um médico fica de plantão para encaminhar para o serviço médico-legal ou atestar o óbito. Este médico tem o prazo que varia de 24 a 48 horas para definir a causa *mortis* ao menos que o óbito seja encaminhado a outro serviço. Existe distinção para o médico que acompanha o paciente, o que é determinado para o período mínimo entre o óbito e a sua última consulta que não deve exceder três meses. Para o processo de cremação são necessários dois atestados: o primeiro fornecido pelo clínico ou médico que acompanhou o paciente, ou fornecido pelo patologista ou médico legista se for o caso, e um segundo, por clínico indicado (STARK 2003).

Na Alemanha, o médico que certificar o óbito por causa desconhecida ou não natural deve informar o serviço policial, que identificará se haverá necessidade de maior investigação. Lá a medicina forense faz parte da formação médica. Na região da Bavária a cremação somente é realizada após a comunicação da polícia, que verifica a presença de sinais de eventos não naturais de morte (STARK 2003).

Assim como no Brasil, na França o médico avalia se há sinais de causas externas de morte. Como não há IMLs as mortes suspeitas são remetidas a inquérito policial e um médico com qualificação forense quando solicitado. Apesar disto, um número muito menor de mortes é certificado sem autópsia se comparado com o modelo de *Coroner* da Grã-Bretanha (STARK 2003). Há uma

valorização ética quanto às causas das mortes, e por este fim o certificado de óbito é segmentado em duas partes, sendo a primeira com a identificação do decíduo e a segunda com as causas de óbito que são remetidas para o serviço público de saúde separadamente para garantir o sigilo das informações.

A “autópsia verbal” tem sido estratégia utilizada para avaliar a causa de morte na África e Sudoeste Asiático, onde pessoas morrem em casa, sem ter tido contato com o sistema de saúde (OMS, 2004).

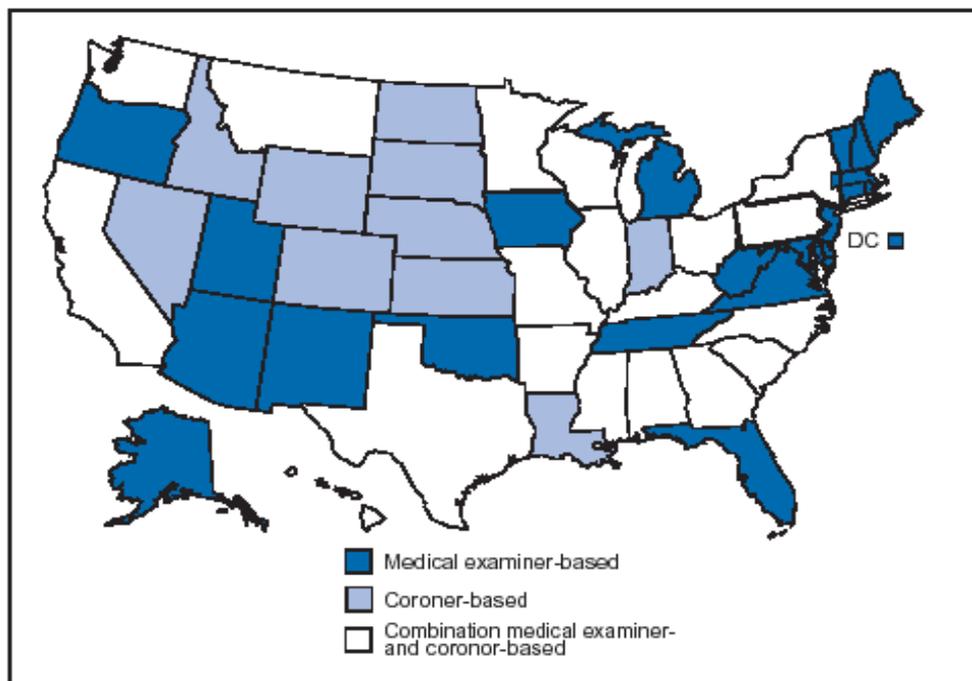
Experiências com a dita “autópsia verbal” também vêm sendo utilizadas no Brasil através dos trabalhos realizados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. As informações coletadas no domicílio servem de subsídio para o esclarecimento de óbitos ocorridos em casa e sem assistência médica. A prática, bastante difundida em países em desenvolvimento foi avaliada do ponto de vista metodológico e apresenta boa especificidade, mas baixa sensibilidade para algumas patologias (BANG, 1990; BARRÊTO, 2000). Isto justifica sua implantação em locais onde exista uma importante sub-notificações de óbitos, e/ou um grande número de óbitos sem assistência médica e em domicílio. Casos como o estudo de Barrêto et al. (2000) realizado no Ceará, demonstram que as técnicas de autópsia verbal podem contribuir para a interpretação dos múltiplos fatores relacionados com o óbito e também com o planejamento de ações em saúde.

O modelo de *coroner* inglês visto anteriormente, ainda é utilizado nos Estados Unidos, porém em alguns estados americanos um novo modelo vem substituindo este modelo tradicional. A solução criada para resolver a deficiência da estrutura dos *Coroner's Office* não foi reestruturá-lo, mas criar uma forma totalmente nova. Em 1877 em Massachusetts criou-se a figura do *Medical Examiner* que tinha como finalidade a determinação da causa de morte através de processo científico. A cidade de Nova Iorque em 1917 travou o caminho para o modelo de *medical examiner* atual apontando que a formação deste médico deveria ser a de patologista e este teria a autoridade por lei de realizar a autópsia sempre que se fizesse necessária (DAVIS, 1997).

Nos “*Medical Examiner's Office*”, o médico designado ou nomeado para as

investigações de óbito possui formação em patologia forense.

FIGURA 1 - SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO DE MORTALIDADE NOS EUA DISTRIBUÍDOS POR ESTADO, 2001



Fonte: *Centers for Disease Control* (CDC, 2004, v. 53, n. RR-8)

O “*Chief Medical Examiner*” (Examinador Médico, ME) é médico patologista, com sub-especialização em patologia forense através de programa certificado pela ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*), e autorizado pelas autoridades de saúde e policiais do condado, para investigar a morte nas seguintes circunstâncias: morte súbita ou inesperada, morte violenta, morte suspeita para ou comprovadamente de causa não natural (KING COUNTY, 2004). O objetivo do programa é prover avaliação médica especializada na investigação de mortes que são de importância para a saúde pública, a segurança e/ou ao bem estar da comunidade (KING COUNTY, 2004).

Com base na legislação estadual de Nova Iorque, a divisão de ME vem assumindo as funções do “*Coroner’s Office*”, tendo jurisdição sobre todo tipo de restos humanos, com a prerrogativa de realizar autópsias e determinar procedimentos e políticas para garantir a investigação da morte no interesse da saúde pública. No Estado de Washington, o “*Medical Examiner’s Office*” é a

divisão de Saúde Pública do condado correspondente; o staff inclui o “*medical examiner*” propriamente dito, responsável pelo serviço, obrigatoriamente médico patologista especializado em patologia forense, além dos investigadores médicos, assistentes de autópsia e administrativos(KING COUNTY, 2004).

A Liga Municipal Nacional americana define quais classes de morte devem ser investigadas através da patologia especializada, onde o esclarecimento preciso da causa e forma da morte é essencial à sociedade; nestes casos a sociedade espera que após estudo rigoroso, deverá estar determinada a causa e a maneira da morte (STATE MEDICO-LEGAL INVESTIGATIVE SYSTEM, NATIONAL MUNICIPAL LEAGUE, New York, 1968).

Por tratar-se de modelo contemporâneo que vem sendo progressivamente adotado nos países desenvolvidos, configurando-se como a perspectiva mais qualificada para a verificação da morte e esclarecimento da *causa mortis*, o modelo será descrito com maiores detalhes, principalmente os que possam contribuir a este estudo.

A investigação da morte neste sistema é entendida como função do tempo, onde qualquer atraso na notificação e investigação aumentará as dificuldades da investigação. Portanto nos casos de morte de notificação ao ME, a conduta deve ser de comunicação imediata e a falha em comunicar tais mortes implica na culpabilidade. O ME dispõe de atendimento 24hs, inclusive com informação por telefone. Os critérios para notificação obrigatória no sistema do ME merecem serem transcritos, frente à premissa de que os limites entre morte natural e mortes não naturais são muitas vezes tênues, e mais do que isto, interessa à saúde pública e à lei uma abordagem integrada e altamente especializada ao estudo patológico da morte. Também ficará patente que o ME não se incumbe apenas dos casos de morte não natural. Os casos de morte que não atendem aos critérios não são acatados pela instituição do ME, sendo retornados ao médico de origem, a quem cabe certificar a morte ou encaminhar para o patologista autônomo realizar a autópsia. Este é o caso dos óbitos com atendimento médico nas últimas 36 horas que antecederam a morte e cuja *causa mortis* é conhecida. No entanto, casos de pessoas que estavam aparentemente gozando de boa saúde, sem atendimento médico nas últimas 36 horas são acolhidos pelo ME (KING COUNTY, 2004).

Morte hospitalar, durante atendimento de emergência não é causa de notificação, salvo se algum dos critérios de notificação esteja presente; nestes casos cabe ao clínico comunicar imediatamente o óbito por telefone. O ME não procede à autópsia na maioria dos casos comunicados, sendo que nos casos não aceitos pelo ME a autópsia deve ser realizada por patologistas autônomos ou nos hospitais gerais. Em casos de morte hospitalar acatada pelo ME, a injunção do ME ou de seus investigadores na maneira de tratamento restringe-se apenas a julgar se o caso é relativo ao ME, sem entrar no mérito do tratamento propriamente dito.

Seguem ainda algumas diretrizes e rotinas do ME pertinentes a este estudo:

Freqüentemente os clínicos e demais profissionais médicos notificam todos os óbitos, para se preservar de eventuais questões de ordem legal. Ao invés disto, devem se familiarizar com os critérios do ME, reduzindo notificações desnecessárias. O ME também não realizará autópsia apenas porque o atendente se recusa a assinar a DO e deseja saber a extensão de um processo natural de doença.

Quando o ME aceita o caso, o clínico deve comunicar a família da remoção do corpo, e que poderá ocorrer autópsia. Geralmente o transporte é feito pelo investigador médico do ME.

A experiência dos patologistas do ME demonstra que os clínicos têm dificuldade em entender a morte de seus pacientes, mesmo quando estão atendendo-o há anos por condições geralmente não fatais, como é o caso de portadores de hipertensão arterial sistêmica ou de cirrose de longa duração, que evoluem com morte súbita, onde o diagnóstico anatômico da morte pode ser: varizes rotas, pneumonia, embolia pulmonar.

Aceita-se que o certificado de óbito possa declarar simplesmente cirrose e a condição terminal pode não ficar estabelecida. Também é aceito que se utilize “provável” para o evento final, e.g.: provável ruptura de varizes de esôfago, devido à cirrose hepática. Quando for desejável conhecer a causa terminal de morte, o clínico pode tentar autorização para autópsia com a família, após certificar-se que o caso não é do ME.

Freqüentemente os certificados de óbito contêm diagnósticos como falência cardíaca ou cardiorrespiratória; no entanto, são mecanismos tão gerais que geralmente não tem significado na declaração da causa do óbito. Frente a dificuldades em preencher o DO o clínico pode consultar o ME.

Casos de morte por síndrome da morte súbita na infância, até o ano de 1994 tinham suas autópsias conduzidas no *Children's Hospital and Medical Center for Autopsy*, sendo que após esta data passaram a ser procedimento obrigatório do ME. Nestes casos a visita do investigador médico inclui a investigação da cena do óbito e eventual recriação. A investigação do ME geralmente inclui história e entrevista familiar, radiologia, autópsia com histologia e análise toxicológica de fluidos. Após a autópsia ocorre nova visita domiciliar, conduzida por enfermeira. As mortes envolvendo criança ou adolescente menor de 18 anos implicam ainda na consulta aos arquivos do Serviço de Proteção a Infância, Reconciliação familiar, Bem estar infantil, entre outros.

Os modelos contemporâneos de ME americanos exigem o profissional médico ou odontólogo patologista forense, como o perfil ideal e específico para o trabalho especializado nos ME. Médicos e dentistas podem candidatar-se para o treinamento em Patologia Forense, após terem completado a formação regular em Anatomia Patológica, que nos EUA inclui no mínimo quatro anos de Residência Médica (no Brasil o programa oficial aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é de três anos, em regime de tempo integral, com ampla carga horária em patologia de necropsia, citopatologia e patologia cirúrgica; inclui estágio em patologia forense opcional) (SBP, 2007).

Nos EUA o treinamento na sub-especialidade de Patologia Forense deve durar no mínimo um ano e geralmente é ofertado nas unidades de ME nas grandes cidades, afiliados a escolas médicas. Nos EUA existem 40 Programas de Residência Médica em Patologia Forense, acreditados ao Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (ACGME, 2006).

4 METODOLOGIA

Para avaliar o Serviço de Verificação de Óbitos e sua relação com a Saúde Pública no Brasil, foi necessária uma ampla revisão de literatura e das características da legislação, relacionadas a Declaração de Óbito e da natureza dos SVOs. Por serem escassas literaturas prévias a este respeito, propusemos a pesquisa em duas etapas. A primeira, busca identificar, localizar e caracterizar os SVOs existentes no Brasil até novembro de 2003. A segunda, a partir destas informações levanta as conseqüências da implantação destes serviços na informação de mortalidade. Assim, possibilitamos a construção de um diagnóstico destes serviços no Brasil e se os mesmos influenciam as estatísticas de mortalidade brasileiras.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO NO BRASIL

Foi realizada ampla revisão bibliográfica realizada no PUBMED², BIREME³, LILACS⁴ no período de fevereiro a abril de 2003 e posteriormente complementada no período de março a novembro de 2005, para buscar informações que possam caracterizar um perfil mínimo sobre os Serviços de Verificação de Óbito no Brasil.

Também foram utilizadas no período posterior buscas eletrônicas no sistema de cadastramento do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e outras formas de levantamento como contatos. No período fevereiro a abril de 2003 foram contactadas todas as Secretarias Estaduais de Saúde em todo território nacional, Regionais da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP),

² Site a serviço da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, que inclui mais de 16 milhões de citações do MEDLINE e outros jornais científicos de ciências biomédicas e medicina de períodos anteriores a 1950 aos dias de hoje. Contém vínculo com textos integrais e outros recursos (PUBMED, 2007).

³ A Bireme é um centro especializado da OPAS que está no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério da Saúde, Ministério de Educação, Secretaria de Estado de São Paulo e Universidade de São Paulo. Seu portal oficial abriga a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e conta com publicações e proporciona pesquisa aos principais portais na Internet (MEDLINE, SciELO, Cochrane, LILACS), além de outras informações e publicações de saúde (BIREME, 2007).

⁴ Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Secretarias Estaduais de Segurança, como mantenedoras dos Institutos Médico-legais (IML) também foram contatadas.

Um questionário elaborado com oito quesitos abrangendo características gerais, recursos humanos, instalações e qualidade de trabalho foi remetido às instituições que demonstraram interesse em participar do estudo (Anexo II). A partir das respostas foram considerados SVOs e selecionados para o estudo apenas aquelas instituições que realizavam serviços de necropsia no seu processo de trabalho para avaliação de óbitos naturais sem assistência médica.

4.2 COLETA E AVALIAÇÃO DOS DADOS PROVENIENTES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE FRENTE À EXISTÊNCIA DE SVO NA LOCALIDADE

O Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde é baseado nas informações provenientes da Declaração de Óbito. As DOs são recolhidas nos cartórios e outras procedências (hospitais, serviços funerários) e centralizadas nos Serviços de Epidemiologia de cada município onde são submetidas à seleção da causa básica da morte conforme as regras de codificação internacionais. Também são computados os dados dos campos do local de ocorrência do óbito, naturalidade, profissão, município de residência. Após a alimentação das informações contidas nas DOs, estas são submetidas a um programa de crítica das informações de óbitos na tentativa de identificar erros de digitação ou de codificação e a consistência das informações. Mesmo assim as informações constantes nas DOs não contam com 100% de precisão de dados. Optamos em organizar as doenças a partir de grupos de causas classificados pelo código da Classificação Internacional de Doenças nº 9 no período de 1979 a 1995 e através do código da CID nº 10 do período de 1996 a 2004.

As informações provenientes do SIM são disponibilizadas através do site do DATASUS⁵ (2007) e foram acessadas no período de março de 2005 a dezembro de 2006. O período do estudo foi determinado pela disponibilidade de

⁵ DATASUS (2007).

dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade através da internet, das mortes ocorridas por residência no período de 1979 a 2004 e a presença de serviços nas localidades nesta época (2003). Como em 1996 foi implantada a Classificação de Internacional de Doenças 10^a Revisão, os dados foram classificados pelo capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais nos exames clínicos e laboratoriais) no período de 1996 a 2004 e pelo capítulo XVI (Sintomas, sinais e afecções mal definidas) no período anterior de 1979 a 1995. Os dados de 2005 e 2006 não estavam disponíveis para avaliação.

O SIM apesar de apresentar alguns problemas de cobertura e qualidade das informações, é um sistema de abrangência nacional, o que demonstra grande vantagem sem seu uso. De forma estimada a partir dos dados demográficos, possui cobertura de cerca de 86,4% do território nacional, atingindo cerca de um milhão de óbitos por/ano. A sub-notificação destas informações têm concentração, na sua grande maioria nas regiões Norte e Nordeste. Nas regiões Sul e Sudeste, onde se concentra a maior parte da população (57,3% em 2004), a abrangência aproxima-se de 100% (IDB 2005). Por isso, algumas cidades selecionadas para o estudo (do interior dos estados), foram escolhidas dos estados da Região Sul e Sudeste. Também os valores de mortes por causas mal-definidas nas cidades do interior nas Regiões Norte e Nordeste são responsáveis pela grande elevação da mortalidade proporcional destas regiões (MELLO JORGE, 1990).

Como esta etapa da pesquisa tem como objetivo levantar características que levam em conta a imprecisão destas informações, as informações serão avaliadas na forma como tradicionalmente elas são levantadas em seus serviços de saúde e disponibilizadas pelo SIM. Por tratar-se de casuística ampla e para evitar efeitos de sazonalidade nos indicadores de mortalidade, optou-se por agrupar os períodos por ano. A amostragem escolhida para estudo fora dos óbitos ocorridos por residência.

Não foi utilizada a regra aplicada pelo RIPSa no ranqueamento da mortalidade proporcional por grupos de causas. Isto se deve pelo fato do método de cálculo utilizado não considerar as causas não determinadas como causa de óbito na avaliação de taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas. A

regra utilizada para o cálculo da mortalidade proporcional por causas mal definidas manteve-se, como segue abaixo. Para os demais grupos de causas manteve-se (por óbvio) a mesma regra.

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por grupo de causas definidas}}{\text{Número total de óbitos de residentes}} \times 100$$

Durante o período de trabalho de coleta de dados, ocorreram mudanças na Declaração de Óbito indisponibilizando o acesso aos dados do campo com/sem assistência médica na Parte VI (Atestado de óbito) da Declaração de óbito. A avaliação das mortes por Causas Mal Definidas em função da variável Assistência Médica, apresenta elevado percentual de ausência de informação (sem informação e ignorado). Esta variável se bem informada poderia representar a existência de assistência médica prévia a doença como vimos anteriormente e desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde.

Para efeitos deste estudo foram consideradas cidades com SVO as dez cidades que responderam os questionários. Foram também levantados os dados provenientes de algumas capitais brasileiras que não possuíam SVO e de algumas cidades de influência.

O SIM disponibiliza as informações de mortalidade em dados absolutos no portal do DATASUS, contando com dados absolutos que podem ser organizados com cruzamentos de variáveis através do programa TABWIN (um tabulador de dados) e depois exportados para outros aplicativos como o Excel ® para o processamento de dados. A partir destas informações, foram analisados dados das cidades em que se encontravam SVO, das capitais brasileiras e de algumas cidades de influência regional do Sul e Sudeste do Brasil, com intuito de encontrar outras variações possivelmente ligadas a existência de SVO. Os dados foram organizados e classificados de forma absoluta e relativa considerando o período de implantação dos SVOs.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICA DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO NO BRASIL

A busca ao CNES⁶ revelou não existir código específico para SVOs e a atividade não é regulamentada pelo SUS. Portanto não são reconhecidos na sua especificidade, muitas vezes cadastrados como serviço de anatomia patológica ou simplesmente inexistente seu cadastro. Recentemente o Ministério da Saúde enfrentou grande dificuldade no levantamento das redes de SVOs do país, na tentativa de estabelecer a Rede Nacional de SVOs.

Não tendo encontrado pesquisas publicadas ou referências que pudessem nortear a situação atual destes serviços no Brasil, foi necessário recorrer a levantamento sobre os SVOs brasileiros a partir de dados não publicados, produzido pelo Departamento de Patologia Médica da Universidade Federal do Paraná no ano de 2003, cujos dados foram apresentados preliminarmente no XXIV Congresso da Sociedade Brasileira de Patologia, em Florianópolis, no ano de 2003. Esta estratégia permitiu avaliar possíveis impactos dos SVOs nos 2 anos subsequentes.

A revisão bibliográfica e a busca eletrônica por SVOs e termos correlatos através da internet resultou em pouca informação, localizando apenas os SVOs de Ribeirão Preto e São Paulo (capital).

O primeiro SVO brasileiro foi instalado em São Paulo em 1931, seguido por Recife em 1932, Ribeirão Preto em 1954 e Curitiba em 1965. O mais recente SVO até a presente pesquisa era de João Pessoa (2002). Até o ano 2001 as atuações de SVOs e IMLs frequentemente se sobrepõem e geralmente o IML atua como SVO e atende aos casos de morte natural sem assistência médica, embora para o entendimento desta pesquisa, os serviços que executavam apenas o exame externo não foram considerados como SVO.

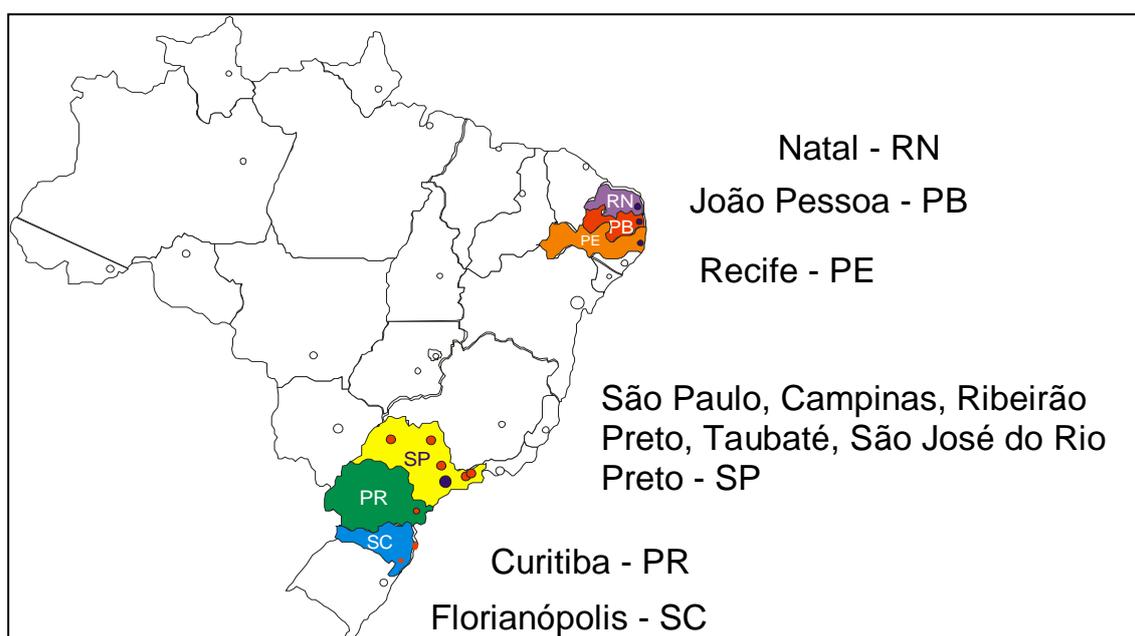
Na cidade de Fortaleza, a Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com

⁶ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2007).

a Vigilância Sanitária ou Epidemiológica realiza visita domiciliar, para através de levantamento de informações auxiliar no preenchimento das DOs, o que foi conceituado anteriormente como “autópsia verbal” (BARRÊTO, 2000).

Foram identificados no total 13 SVOs estruturados e 11 responderam ao questionário. Foram avaliados dez serviços que funcionavam oficialmente como SVO, abrangendo seis estados do país (Figura 2).

FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SVOS NO BRASIL, 2003



Quanto à abrangência dos serviços, quatro serviam apenas às demandas do seu município, três às necessidades metropolitanas e três atendiam o seu estado (Tabela1).

TABELA 1 - ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Abrangência do Atendimento	Total
Municipal	4
Região Metropolitana	3
Estadual	3
TOTAL	10

Todos os serviços avaliados (total de dez serviços) propõem-se a prestar

assistência às mortes naturais sem assistência médica. Destes 6 ou 60% deles atendiam também as necessidades dos Hospitais Universitários, quatro ou 40% aos interesses de familiares e cinco ou 50% executavam também embalsamamento e/ou formolização (Tabela 2).

TABELA 2 - TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS PELOS SVOS, NO BRASIL, 2003

Serviços prestados	Total
Mortes sem assistência médica ou com assistência até 2 horas do óbito	10
Morte c/ assistência, em Hospital Universitário	6
Interesse particular do familiar ou do médico	4
Embalsamamento ou formolização	5

Os SVOs consultados possuíam amplas funções, atendendo as mortes naturais sem assistência médica e servindo ao sistema complementar, atendendo aos interesses médicos ou familiares; realizando embalsamamento e/ou formolização. As rotinas médicas incluem: exame macroscópico das vísceras, descrição da macroscopia, amostragem e histologia. Descrição da microscopia, diagnósticos, preencher e assinar a Declaração de Óbito e emitir laudos. Dos serviços analisados, três deles realizam a prática do exame externo isoladamente, sendo que os demais realizam evisceração completa e viscerotomia clássica ou evisceração parcial e viscerotomia seletiva (Tabela 3).

TABELA 3 - ROTINAS PRATICADAS NOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Rotina de Necropsia	Total
Somente exame externo ⁷	3
Exames dos órgãos <i>in situ</i>	7
Evisceração completa e viscerotomia clássica	5
Evisceração parcial e viscerotomia seletiva	7

⁷ O exame externo pode ser entendido como processo de triagem na tentativa de excluir morte violenta.

O exame histológico era executado em todas as necropsias como rotina em apenas 20% dos serviços. Em 4 serviços ou 40% deles era realizado de 20 a 30% das vezes, e em 4 ou 40% dos serviços não realizavam exames histológicos ou realizam em menos de 10% dos casos (Tabela 4). Foi identificado que 40% dos serviços não realizam histologia de forma sistemática na investigação e 50% destes não dispõem dos serviços complementares de microbiologia, toxicologia e sorologia (Tabela 5).

TABELA 4 - PERCENTUAL DE AUTÓPSIAS COM COMPLEMENTAÇÃO HISTOLÓGICA NOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Percentual de autópsias c/ exame histológico	Total
100%	2
20 a 30%	4
<10% - não realizado	4
TOTAL	10

TABELA 5 - RECURSOS MATERIAIS DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Recursos disponíveis	Total
Material para exame interno, macroscópica e histologia	10
Arquivo de laudos	10
Arquivo de material histológico	8
Informatização	7
Bioquímica e sorologia	5
Exame toxicológico	4
Microbiologia	4

Dos serviços encontrados, o modelo de contratação de Recursos Humanos adotado por eles em 8 ou 80% dos serviços apresentava vínculo estadual e apenas 2 ou 20% apresentavam vínculo municipal. Dos serviços que possuíam vínculo estadual em 4 serviços ou metade deles apresentaram vínculos mistos com outras formas de contratação (Tabela 6). O financiamento dos Serviços era oriundo principalmente dos estados em 60%, porém o financiamento em 20% dos

serviços era misto, ou seja, com a contrapartida de outras instituições (Tabela 7).

TABELA 6 - VINCULAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Tipo de Vínculo	Total
Vínculo estadual	4
Vínculo Municipal	2
Misto: estadual e fundação (OSCIP)	3
Misto: estadual e instituição privada	1
TOTAL	10

TABELA 7 – MANTENEDOR DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS, NO BRASIL, 2003

Financiamento	Total
Estado	6
Município	2
Misto	2
TOTAL	10

A estrutura física onde se localizam estes serviços, em nenhum deles era independente, sendo sempre vinculada a estrutura municipal, estadual ou instituição/hospital universitário (Tabela 8).

TABELA 8 - VÍNCULO FÍSICO DOS SVOS, NO BRASIL, 2003

Instalações Físicas	Total
Anexo à instituição universitária	5
Dependências de Prefeitura	2
Anexo a Hospital Universitário	1
Anexo a IML	1
Estrutura da Secretaria do Estado	1
TOTAL	10

5.2 ANÁLISE DOS DADOS PROVENIENTES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE - SIM

Foi realizado um ordenamento decrescente por grupo de causas do CID 10ª Revisão para o ano de 2004 no país a partir dos óbitos identificados no Sistema de Informações de Mortalidade, considerando as causas mal definidas. A partir do ano de 2004, o grupo de causas mal-definidas passa de 3º colocado para o 4º colocado com 12,39% dos óbitos identificados (Tabela 9).

Na distribuição dos óbitos por causas mal-definidas, no Brasil para o ano de 2004 por faixa etária foi considerado o campo ignorado como demonstrado na Tabela 10.

TABELA 9 - ÓBITOS POR GRUPO DE CAUSAS, NO BRASIL, 2004

Grupo de Causas	Óbitos	
	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	285543	27,88%
Neoplasias	140801	13,75%
Causas externas	127470	12,45%
Causas mal definidas	126922	12,39%
Doenças do aparelho respiratório	102168	9,98%
Doenças endócrinas e nutricionais	53134	5,19%
Doenças do aparelho digestivo	48661	4,75%
Doenças infecciosas e parasitárias	46067	4,50%
Doenças do período perinatal	31011	3,03%
Doenças do aparelho geniturinário	17094	1,67%
Doenças do sistema nervoso	15156	1,48%
Malformações e deformidades congênitas	10210	1,00%
Transtornos mentais e comportamentais	8158	0,80%
Doenças hematológicas e imunitárias	4978	0,49%
Doenças osteomusculares	3002	0,29%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1886	0,18%
Gravidez, parto e puerpério	1672	0,16%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	119	0,01%
Doenças do olho e anexos	21	0,00%
Total	1024073	100,00%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2007)

TABELA 10 - ÓBITOS POR CAUSAS MAL-DEFINIDAS (CAP. XVIII DO CID 10) ORGANIZADOS POR FAIXA ETÁRIA, NO BRASIL, 2004

Faixa Etária	Total de óbitos por causas mal definidas	Total de óbitos	%
Menor 1 ano	3730	54183	6,88
1 a 4 anos	1279	9468	13,51
5 a 9 anos	475	5021	9,46
10 a 14 anos	472	5884	8,02
15 a 19 anos	996	19137	5,20
20 a 29 anos	3322	54145	6,14
30 a 39 anos	5945	60409	9,84
40 a 49 anos	10093	90779	11,12
50 a 59 anos	13859	123087	11,26
60 a 69 anos	19253	164532	11,70
70 a 79 anos	25994	208161	12,49
80 anos e mais	40851	225414	18,12
Idade ignorada	653	3853	16,95
Total	126922	1024073	12,39

Através da lista especial de tabulação de mortalidade CID-BR 10⁸, distribuímos para os anos de 1997 a 2003 em que o CID 10 fora implantado de forma integral (compreendendo os meses de janeiro a dezembro) para o Sistema de Informações sobre Mortalidade e consideramos as dez cidades onde havia SVOs e as cidades em que estes serviços estavam ausentes (Tabela 12). O objetivo inicial era de identificar a possibilidade de alguma diferença na mortalidade proporcional por causas mal-definidas que pudessem justificar um estudo mais aprofundado das conseqüências desta variação.

⁸ Existem diversas listas de tabulação de mortalidade que podem ser encontradas no CID 10^o Revisão. Adotamos a CID-BR 10 por ser a disponibilizada pelo SIM através do portal do DATASUS. A lista básica de tabulação da CID 9^a Revisão foi adaptada à realidade brasileira pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde com nome de CID-BR, e posteriormente o mesmo para a 10^a Revisão (DATASUS, 2007).

TABELA 11 - MORTALIDADE TOTAL E PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS (CAPÍTULO XVIII DO CID 9 E CAPÍTULO XVI DO CID 10) NO BRASIL, DE 1979 A 2004

Ano	Nº óbitos mal def.	Nº total de óbitos	% óbitos mal defin
1979	143351	711742	20,1
1980	161246	750727	21,5
1981	158131	750276	21,1
1982	152748	741614	20,6
1983	165774	771203	21,5
1984	182244	809825	22,5
1985	166609	788231	21,1
1986	165575	811556	20,4
1987	158497	799621	19,8
1988	159901	834338	19,2
1989	149828	815773	18,4
1990	148475	817284	18,2
1991	146110	803836	18,2
1992	147479	827652	17,8
1993	157830	878106	18,0
1994	151223	887594	17,0
1995	144830	893877	16,2
1996	137039	908883	15,1
1997	132925	903516	14,7
1998	140929	931895	15,1
1999	141653	938658	15,1
2000	135749	946686	14,3
2001	135766	961492	14,1
2002	134176	982807	13,7
2003	133434	1002340	13,3
2004	126922	1024073	12,4

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGRUPAMENTOS 101 (MORTE SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA) E 102 (RESTANTE DE SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE) DO CID-BR 10, NO BRASIL, DE 1997 A 2003.

Grupo de cidades	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cidades sem SVO	5,54%	6,26%	6,62%	6,56%	7,03%	6,70%	6,73%
Cidades com SVO	1,11%	1,03%	1,12%	1,07%	1,04%	1,07%	1,21%

Considerando as cidades com a presença de Serviços de Verificação de Óbito, no período de 1997 a 2004, encontramos os valores da mortalidade por causas mal-definidas, mais baixas para o período na cidade de Ribeirão Preto, e os valores mais altos para o período, superando até 2002 os valores nacionais, na cidade de João Pessoa (Tabela 13).

TABELA 13 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS DO CID 10, EM MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS E NO BRASIL, PERÍODO DE 1997 A 2004

Localidade	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Campinas	3,11%	2,65%	2,43%	2,72%	2,48%	2,63%	2,09%	1,61%
Curitiba	1,00%	1,13%	1,67%	0,91%	1,27%	0,93%	1,19%	1,14%
Florianópolis	1,79%	1,46%	1,44%	0,97%	0,91%	0,91%	1,23%	1,32%
João Pessoa	27,24%	25,59%	26,20%	24,97%	20,49%	20,39%	8,47%	2,79%
Natal	3,40%	2,28%	2,61%	2,21%	2,51%	2,30%	2,30%	2,38%
Recife	2,29%	0,89%	1,40%	1,12%	0,94%	1,21%	0,86%	1,10%
Ribeirão Preto	1,72%	1,02%	1,24%	1,06%	1,27%	0,65%	0,53%	1,23%
São Paulo	1,02%	1,14%	1,06%	1,16%	1,06%	1,28%	1,49%	1,22%
São José do Rio Preto	6,15%	6,81%	4,97%	1,70%	1,68%	1,36%	1,37%	1,31%
Taubaté	2,06%	1,54%	2,79%	2,65%	1,92%	1,96%	1,52%	1,35%
Brasil	14,71%	15,12%	15,09%	14,34%	14,12%	13,65%	13,31%	12,39%

Considerando o período disponibilizado pelo SIM através do site do DATASUS⁹, as cidades foram analisadas no período de 1979 a 2004, óbitos por residência, a partir da existência de SVO e a data de sua implantação. Cinco cidades: Campinas, Curitiba, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, tiveram data de

implantação anterior ao período analisado (Tabela 13, Gráficos 1 a 5).

GRÁFICO 1 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE CAMPINAS, DE 1979 A 2004

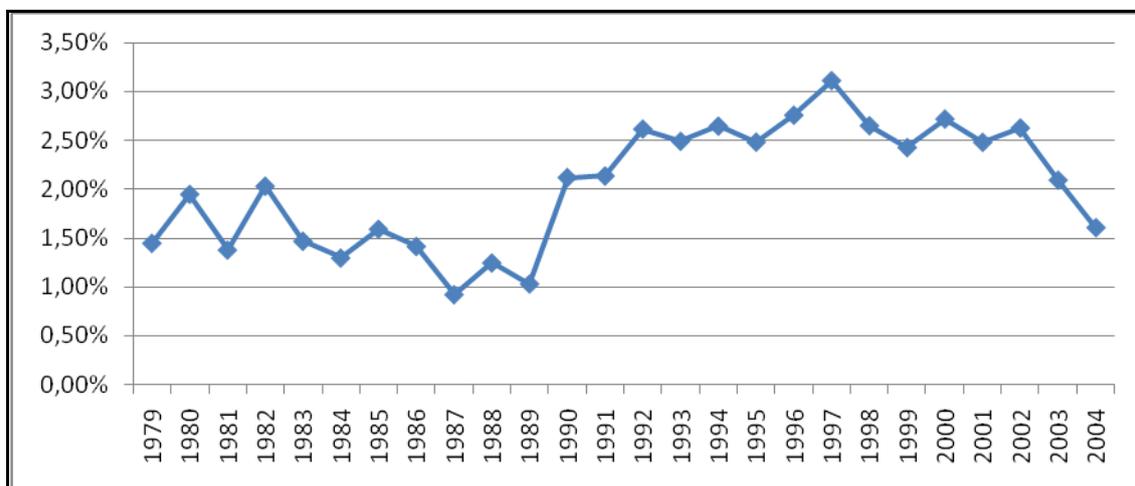
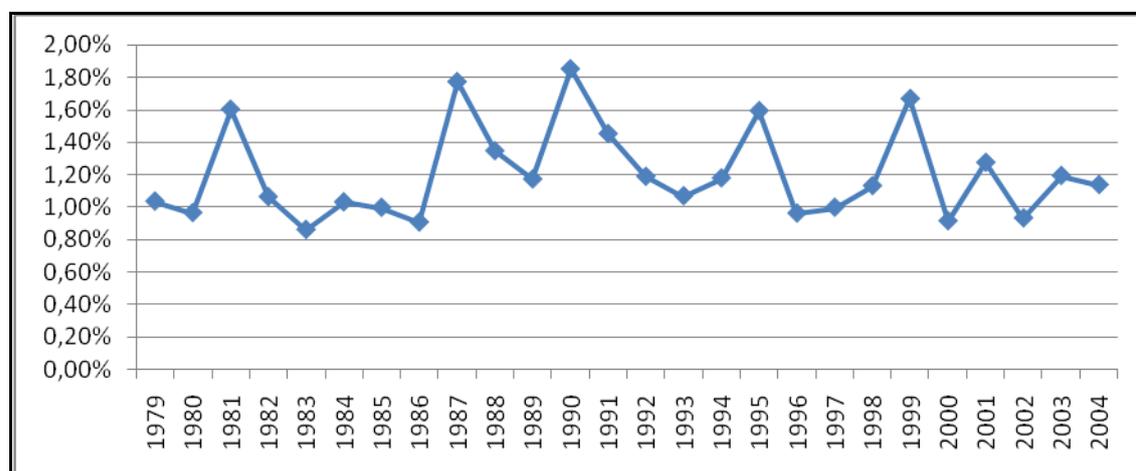


GRÁFICO 2 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE CURITIBA, DE 1979 A 2004



⁹ DATASUS (2007).

GRÁFICO 3 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE RECIFE, DE 1979 A 2004

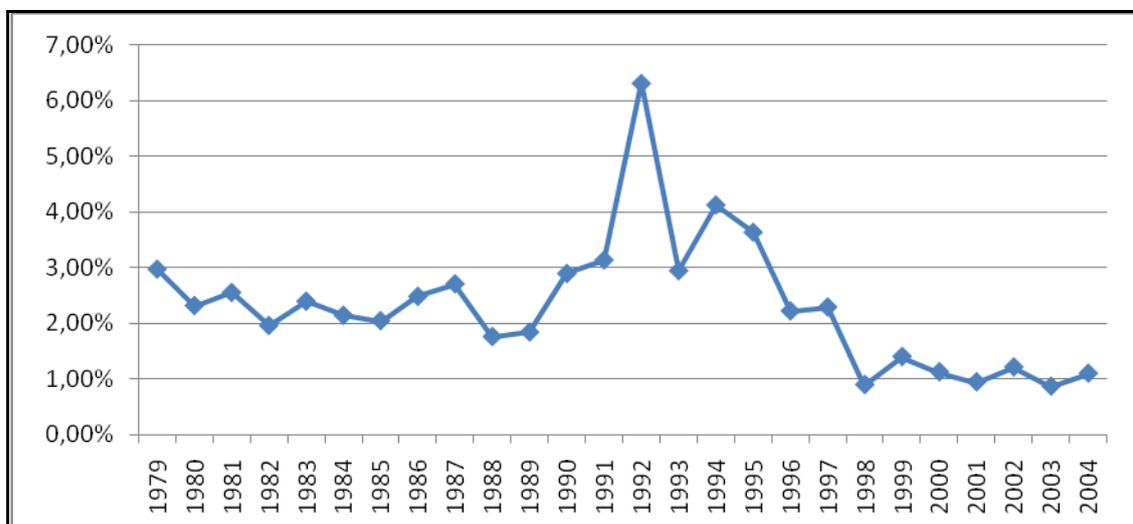


GRÁFICO 4 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, DE 1979 A 2004

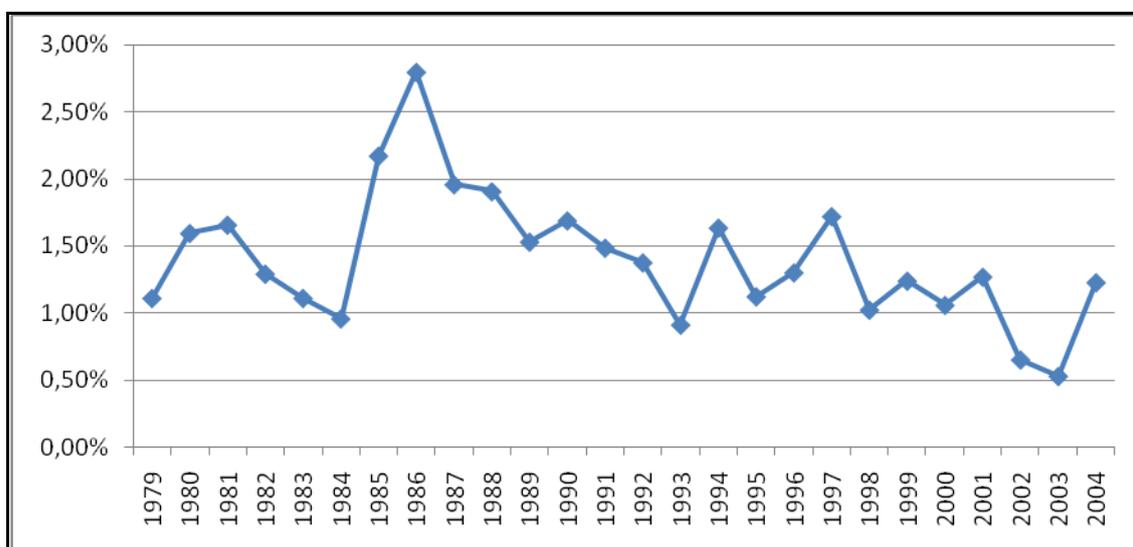
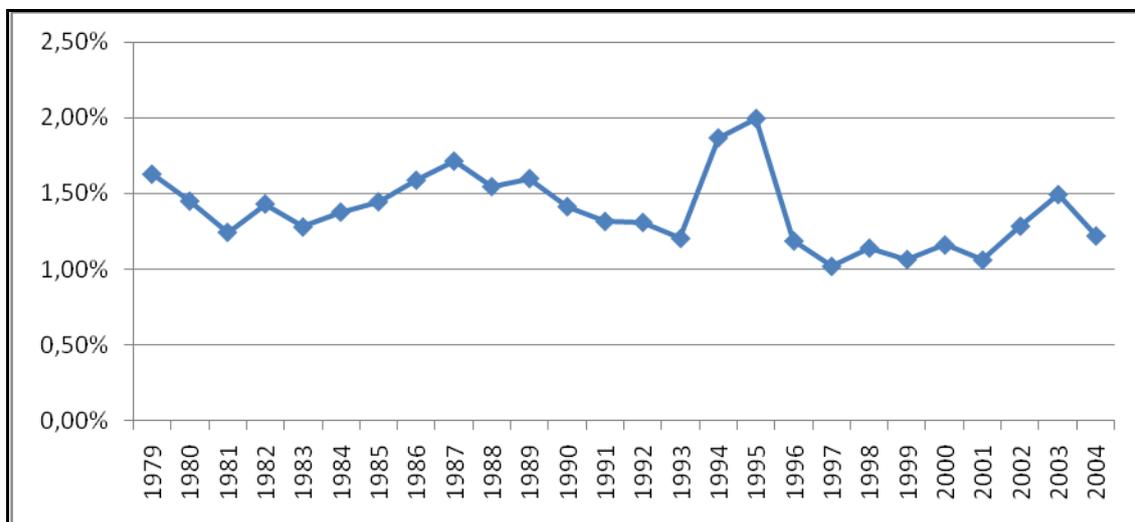


GRÁFICO 5 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO NA CIDADE DE SÃO PAULO, DE 1979 A 2004



Apresenta-se a seguir as cidades de Florianópolis, Natal, João Pessoa, São José do Rio Preto e Taubaté, com ano de implantação de SVOs posterior a 1979, foram organizadas pela mortalidade proporcional por causas mal-definidas de óbitos ocorridos por residência, no período de 1979 a 2004 com indicação da data de implantação dos serviços (Gráficos 6 a 10).

GRÁFICO 6 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS, DE 1979 A 2004. ANO DE IMPLANTAÇÃO: 1995

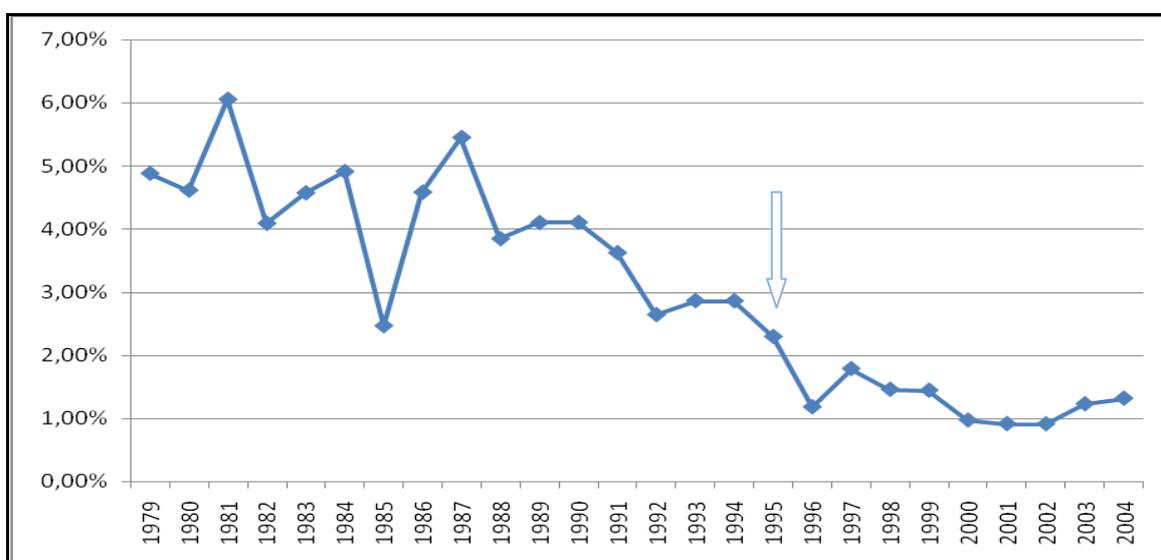


GRÁFICO 7 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE NATAL, DE 1979 A 2004. ANO DE IMPLANTAÇÃO: 1987.

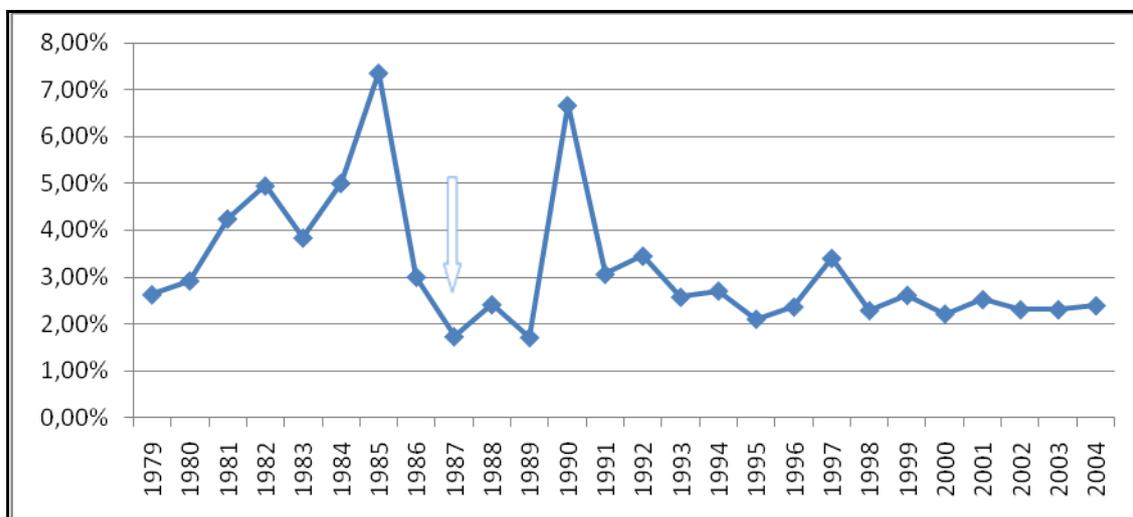


GRÁFICO 8 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, DE 1979 A 2004. ANO DE IMPLANTAÇÃO: 2002.

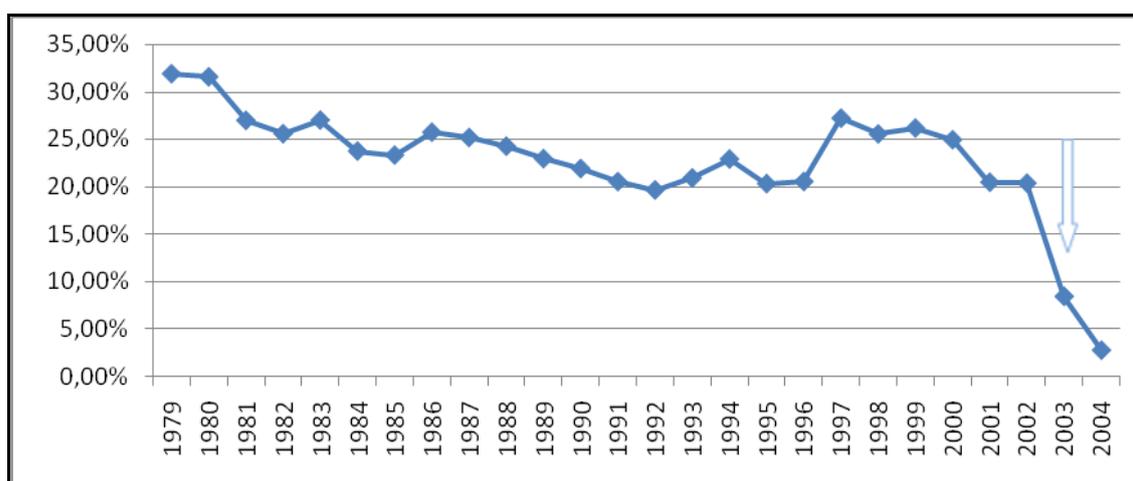


GRÁFICO 9 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, DE 1979 A 2004. ANO DE IMPLANTAÇÃO: 1986.

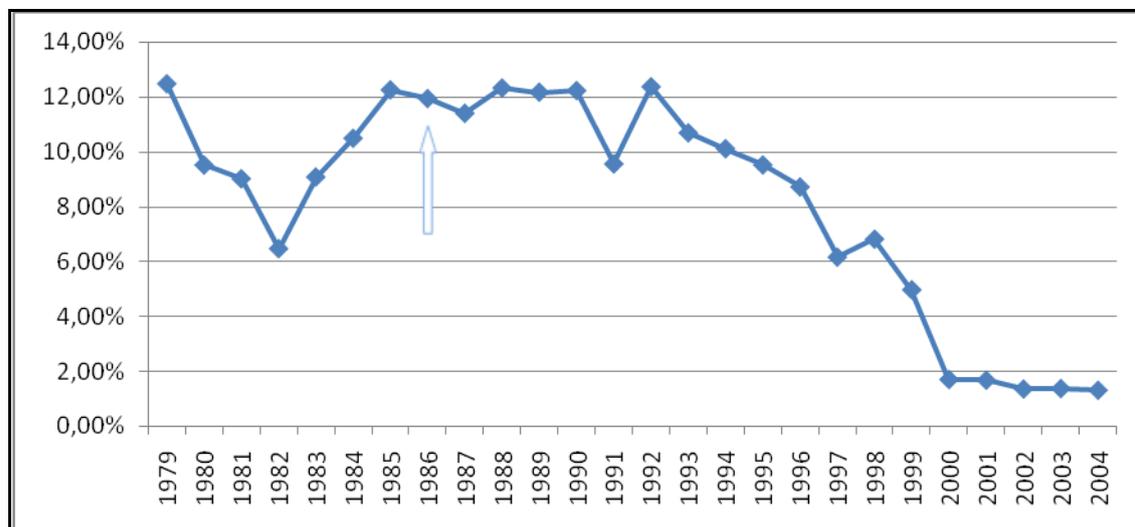
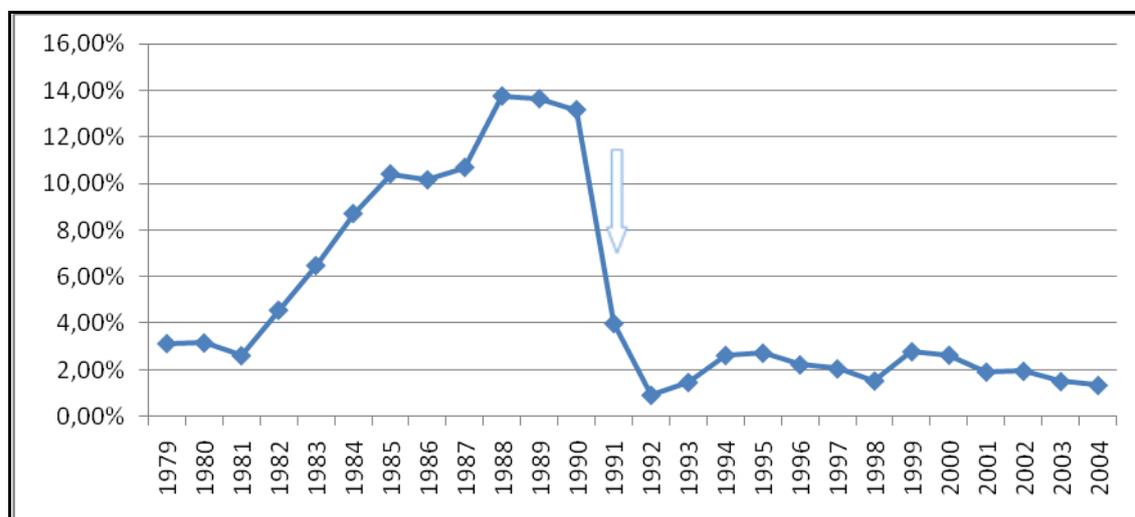


GRÁFICO 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS POR ANO INDICANDO O ANO DE IMPLANTAÇÃO DO SVO NA CIDADE DE TAUBATÉ, DE 1979 A 2004. ANO DE IMPLANTAÇÃO: 1991.



Algumas capitais e cidades de influência regional também foram analisadas com objetivo de evidenciar se existia a ocorrência de outros fatores de influência na proporcionalidade de mortalidade por causas de óbitos mal-definidos (Gráficos 11 a 15).

GRÁFICOS 11, 12, 13 E 14 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA MAL DEFINIDA POR ANO EM ALGUMAS CAPITAIS SEM SVO, DE 1979 A 2004

GRÁFICO 11 – Belém - PA

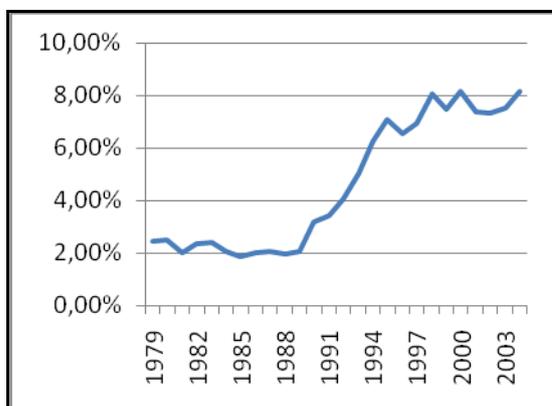


GRÁFICO 12 – Brasília - DF

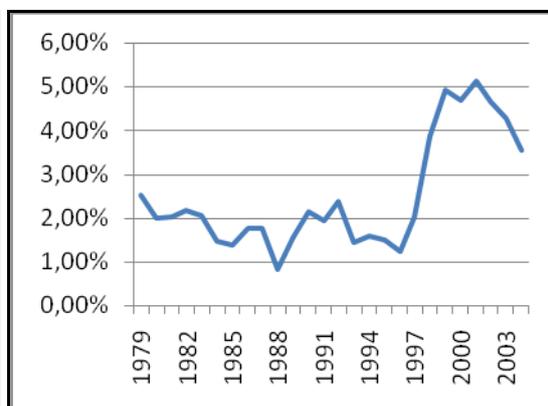


GRÁFICO 13 - Rio de Janeiro - RJ

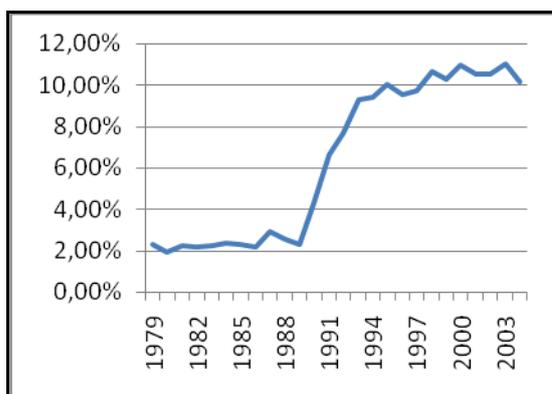


GRÁFICO 14 – Salvador - BA

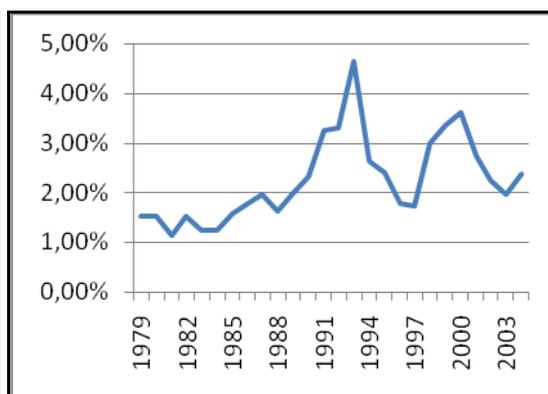
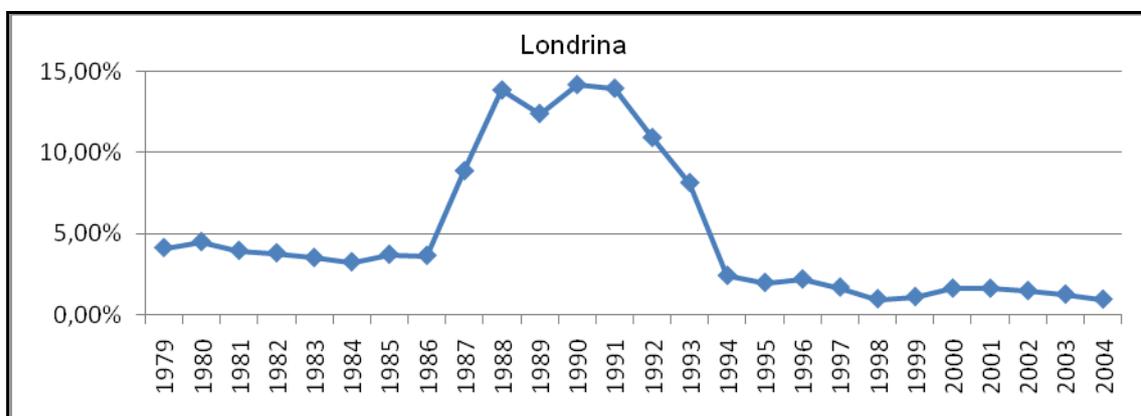


GRÁFICO 15 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSA MAL DEFINIDA EM ALGUMAS CIDADES DE INFLUÊNCIA REGIONAL, EM LONDRINA, DE 1979 A 2004



6 DISCUSSÃO

Os dez Serviços de Verificação de Óbito identificados até o ano de 2003 distribuem-se concentrados nas Regiões Sudeste, Sul e Nordeste, principalmente dispostos nas capitais (Figura 1). Dos serviços analisados, três unidades de SVOs do levantamento possuem abrangência metropolitana, experiência a ser adotada para as enormes regiões de saúde secundárias às grandes cidades, visto que pequenos grupos populacionais não apresentam justificativa ou sustentabilidade para manter um SVO, e por outro lado tais serviços são fundamentais para atender a morte nestas pequenas ou médias comunidades, o que pode ser feito de forma regionalizada (Tabela 1).

Todos os serviços analisados cumprem os objetivos básicos de um SVO, atendendo as mortes naturais sem assistência médica ou com assistência até duas horas do óbito (Tabela 2). A justificativa dos SVOs para limitar o atendimento a este tempo em relação a morte é a de que somente desta forma consegue-se evitar o envio indiscriminado de óbitos com assistência para o SVO, seguindo a tendência dos médicos em evitar assinar uma DO; por outro lado, na situações onde mesmo tendo havido assistência médica e o clínico julgar necessário o exame de necropsia, esta só poderá ser realizada em serviços hospitalares ou privados.

Os SVOs também fornecem suporte a necessidades das entidades acadêmicas, geralmente ligados a faculdades de medicina, o que pode representar um convênio interessante para ambas as partes, desde que esteja garantida a missão básica do SVO de atender a comunidade com eficiência e cidadania e que por outro lado sejam garantidos a Instituições de Ensino Superior que provê os serviços especializados, as formas e recursos para sua manutenção.

Uma evidência preocupante está no uso da prática isolada do exame externo em três serviços (30%), sendo que os demais realizam exame dos órgãos *in situ*, evisceração completa e viscerotomia clássica ou evisceração parcial e viscerotomia seletiva (Tabela 3); Naqueles serviços, prevalece então a resolução do problema imediato de ter D.O. para o sepultamento e sem constatação das

causas de morte por exames objetivos, podendo contribuir assim para os erros nas estatísticas de mortalidade.

Tendo em vista a ausência de suporte laboratorial bioquímico, microbiológico e toxicológico, muitas morbidades como as de notificação compulsória, poderão ficar sem diagnóstico pela falta destes recursos laboratoriais complementares.

O baixo índice de utilização do exame histológico por parte dos SVOs, que é somente realizado de forma rotineira em 20% destes serviços (Tabela 4), também aponta certa precariedade no trabalho médico especializado, o que sem dúvida contribui para resultados qualitativos aquém das potencialidades próprias a patologia de necropsia e dos próprios serviços consultados.

Quanto à vinculação da mantenedora e financiamento dos recursos humanos e da Unidade, constata-se a natureza pública, através dos estados e municípios. Porém a excessiva diversidade frente a atividade tão específica, encontrada nestes serviços, sugere improvisação e ausência de política para o setor dos SVOs, e aponta claramente para a necessidade de políticas nacionais de interesse público sanitário (Tabela 5), conclusão esta que parece ter sido igualmente entendida pelo SUS, ao publicar a Portaria MS nº 1.405/2006. Esta mesma diversidade demonstra que o estado brasileiro ainda investiga qual a melhor formatação ou status jurídico para os SVOs. no nosso país.

A situação física dos serviços mostrou-se diversificada e arriscamos o comentário de ser devido a certa acomodação; neste sentido acreditamos que a diretriz seja a de que o ambiente físico e vinculação devem permitir e incentivar o SVO a construir nova cultura técnica, científica e de cidadania, desenvolver-se em rede, podendo para isto aliar-se a parceiros sinérgicos, preservando acima de tudo a missão desafiadora e complexa no SUS (Tabelas 6, 7 e 8).

Quando se considera a ordem das principais causas de óbito por grupo de causas, no ano de 2004, apresenta-se como principal causa de óbito as doenças do aparelho circulatório com 27,88%, em seguida das neoplasias com 13,75%, causas externas em de 2003 com 12,45% dos óbitos. Já em 2004, as doenças do grupo de causas mal-definidas ocupavam o 4º lugar de causas de morte (Tabela 9). Até 2003 as causas mal definidas ocupavam o 3º lugar, porém observa-se

uma crescente melhoria dos indicadores da mortalidade proporcional por causas mal definidas no Brasil ao longo dos anos, menos expressiva no último ano, em contrapartida tem se observado que a proporção das mortes por causas externas tem aumentado.

No que se refere às mortes por causas mal definidas distribuídas por faixa etária, encontra-se uma proporção maior de óbitos por causa mal definida nos grupos de idades de 80 ou mais anos com 18,12%, de 1 a 4 anos com 13,51% e de 70 a 79 anos com 12,49%, além de 16,95% dos casos de idade ignorada (Tabela 10). É de se esperar que ocorra uma maior concentração de óbitos por eventos mal-definidos nos grupos de idosos, já que nesta faixa etária a presença de múltiplos fatores pode dificultar a identificação dentre as co-morbidades presentes qual a causa básica que determinou o óbito. Outro argumento que pode ser aventado para justificar este fato é o de que o médico caracteriza por vezes a causa de “senilidade” (R54) que deve ser na maioria das vezes entendida como causa mal definida de óbito, sendo assim classificada pelo CID 10 (MATHIAS, 2005). Com efeito, uma das causas mal definidas de grande interesse epidemiológico é a causa de morte por senilidade; nos casos de idosos as causas de óbitos são em muitas vezes determinadas por múltiplos fatores. Por outro lado, nos mais jovens os fatores lesionais geralmente são agudos e mais facilmente associados ao óbito. Assim, o diagnóstico de óbito nos indivíduos jovens é mais claro ou preciso que em idosos com doenças crônicas e co-morbidades de longa duração e às vezes com poucas informações disponíveis gerando causas de morte mais incertas. Estes fatores fazem com que a causa mal definida em idosos seja mais expressiva, dentre elas a senilidade. A velhice não pode ser considerada causa de morte aceitável já que nenhum exame poderia comprovar que um indivíduo morreu por senilidade.

A causa “senilidade” parece ser óbvia, porém em idades avançadas e com muitas doenças associadas, caracterizar o óbito como decorrente de “velhice” seria interpretar que em algum momento da vida do indivíduo poderia ter sido diagnosticada.

É importante observar que existe uma queda natural na taxa de mortalidade proporcional no Brasil por causas mal-definidas no período de 1979 a

2004. O percentual avaliado caiu de 21,5% em 1980, para 15,1% no período de 20 anos em 1999, e mais recentemente para 12,4% em 2004 (Tabela 11). Esta queda é esperada, à medida que novas tendências tecnológicas são incorporadas nos serviços de saúde garantindo um melhor diagnóstico em vida dos pacientes e exista uma melhoria na coleta das informações de mortalidade.

Na região Norte e Nordeste, a sub-notificação de óbitos pode ultrapassar os 40% (IDB, 2005). Nestas regiões existe uma clara dificuldade de acesso aos serviços de saúde e isto contribui para elevar a proporção de mortalidade por causas mal-definidas no Brasil para os valores encontrados. Cabe salientar que este patamar está muito distante dos encontrados em países com modelos de verificação de óbito alternativos ao encontrado no Brasil, como é o caso dos EUA, que apresenta em seu "*National Vital Statistics Report*" proporção de 1,5% dos óbitos com causa mal definida, no ano de 2003 (CDC, 2003).

Utilizando a tabulação especial de mortalidade da CID-BR 10, as informações proporcionais por causas mal definidas e morte sem assistência médica (grupos 101 e 102) que são agrupamentos específicos do capítulo XVIII de causas mal definidas do CID nº 10, foi determinado a mortalidade proporcional pelo grupamento e o total de óbitos para as cidades brasileiras em que há a presença de SVOs e as que não possuem SVO. Foram encontradas diferenças bastante significativas. Nas cidades brasileiras que possuem SVO encontra-se a proporção de 1,21% óbitos por causas mal-definidas dos grupamentos (101 e 102) do CID-BR-10 em comparação com 6,73% para as cidades brasileiras sem SVO no ano de 2003. Para os anos antecedentes encontramos dados semelhantes já que na maioria destas cidades já se encontravam os serviços em funcionamento nestes anos (Tabela 12).

Ao avaliarmos as cidades que apresentam SVO, a cidade de Ribeirão Preto apresentou a menor taxa proporcional de óbitos no período analisado. A cidade de João Pessoa apresentou a pior proporção no período (Tabela 13). Acreditamos ser decorrente no caso da cidade de Ribeirão Preto, tratar-se de cidade com porte médio e serviço de excelência e referência nacional em SVOs, com fluxos de encaminhamentos altamente consolidados por sua implantação em 1954. Já o SVO de João Pessoa, o mais recente com implantação em 2002, ainda está por fazer

produzir seus efeitos. Todos os outros SVOs possuem período de implantação anterior a 1996, ano de implantação no Brasil da CID 10.

No período de 1979 a 2004, considerando a existência de SVO e as datas de sua implantação foram analisadas as dez cidades que continham o serviço. Cinco cidades: Campinas, Curitiba, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, tiveram data de implantação anterior ao período analisado e apresentaram valores absolutos e relativos homogêneos e bastante abaixo dos valores encontrados no Brasil (Tabela 13 e Gráficos 1 a 5).

As cidades de Florianópolis, Natal, João Pessoa, São José do Rio Preto e Taubaté tiveram data de implantação dentro do período analisado e, também, tiveram variação evidente de percentuais de óbitos por causas mal definidas no período subsequente à implantação dos Serviços de Verificação de Óbitos (Gráficos 6 a 10). Na cidade de São José do Rio Preto, este impacto não ocorreu de forma tão precoce como nas cidades de Florianópolis, Natal, João Pessoa e Taubaté.

Algumas capitais brasileiras, como demonstrado nos Gráficos 11 a 14, apresentaram uma elevação nos percentuais de óbitos por causa mal definida ao longo dos anos avaliados. As capitais, Belém, Brasília, Rio de Janeiro e Salvador demonstraram estas elevações, porém há necessidade de maiores esclarecimentos sobre os motivos que levaram este comportamento no último período analisado. No estado do Rio de Janeiro a Resolução Estadual nº 555/90 de 23 de janeiro de 1990, que prevê a possibilidade de que, na ausência de informações sobre patologias pregressas e/ou atuais, ou de um exame anátomo-patológico mais apurado onde os motivos do óbito poderiam ser elucidados, a causa básica na DO possa ser dada como “Causa Indeterminada”. O uso indiscriminado desta terminologia vem prejudicando a avaliação do perfil de mortalidade para esta cidade como é visto do Gráfico 13 (CARIDADE, 2001).

A cidade de Londrina encontrou uma resposta alternativa aos SVOs para o esclarecimento das causas *mortis* e melhoria da qualidade das informações mal definidas (Gráfico 15). Ocorreu uma diminuição importante o número de causas mal definidas a partir de 1993 em decorrência da implantação do Núcleo de Informações de Mortalidade (NIM) na cidade. O NIM conta com equipe médica de

plantão para investigar e certificar os óbitos que ocorram sem assistência médica ou em domicílio ou ambiente extra-hospitalar. Esta prática apesar de não considerar a necropsia, utiliza instrumentos alternativos e importantes, como a coleta de informações por parte dos familiares e dados oriundos do prontuário do decíduo (FERRARI et al, 2006). Poderíamos caracterizar talvez como uma forma mais elaborada de “autópsia verbal”. Também sugerimos outra designação para a dita “autópsia verbal”, visto que a metodologia e a informação de uma autópsia não se confundem com a da pesquisa do histórico do paciente, podendo ser complementares.

Como demonstrado, através deste estudo, existe heterogeneidade na qualidade do registro de informação de mortalidade no Brasil e as cidades de forma isolada encontram saídas próprias para a solução das mortes sem assistência médica e mal definidas, seja implantando SVOs em parcerias, seja estruturas alternativas.

Identifica-se um número significativo de capitais brasileiras que sequer contam com Serviços Públicos de Verificação de Óbito e permitem que o mal oculto das mortes mal definidas mantenha seus índices iguais ou inferiores ao de cidades com menor acesso aos serviços de saúde.

Também no início deste estudo em 2004 notou-se que o dado constante no campo 45 da Parte VI da Declaração de Óbito, que refere-se à assistência médica, não foi informado ou foi ignorado em 56% das DOs (SIM, 2007). Durante o período de estudo as informações relativas ao campo 45 não estavam mais disponíveis no portal do DATASUS na internet. Existe um elevado percentual de DOs com informação ignorada neste campo. O campo refere se houve assistência médica, ou acompanhamento médico durante o processo da doença que levou o paciente à morte. O médico ao atestar o óbito pode referir-se a assistência médica prestada no momento do óbito, enquanto que o que se deseja avaliar é a existência de acompanhamento prévio. Também, não há em muitas situações a valorização ou busca das informações fornecidas pelos familiares de tratamentos e acompanhamentos prévios com outros serviços ou profissionais. Em algumas situações a própria dificuldade de acesso aos serviços de saúde existentes ou a ocorrência aguda do óbito, podem ser as razões.

As mortes por causa indeterminada suplantam as doenças respiratórias e até 2003 eram superiores as mortes por causas externas no ordenamento de causa básica de óbito. Milhões são investidos em ações para o controle de doenças como a AIDS, tuberculose, doenças respiratórias, porém, no esclarecimento de causas de mortalidade mal-definidas o investimento é reduzido.

Não somente a implantação de Serviços de Verificação de Óbitos, mas o preparo dos intervenientes¹⁰, em particular os médicos com objetivo de produzir informações com maior qualidade. O preenchimento correto do Atestado de Óbito (e DO) deve fazer parte do currículo das Escolas Médicas.

No Brasil a autópsia é pouco realizada para determinar as causas de morte natural sem assistência médica. Isto expõe os estudantes de medicina de maneira insuficiente a esta prática os médicos que tiveram pouco contato com a necropsia durante sua formação, pouco indicam ou reconhecem a utilidade da necropsia. Os médicos desta forma não conseguem indicar aquilo que mesmo eles não compreendem. O familiar geralmente aceita a necessidade da necropsia se tiver o pleno entendimento de sua necessidade. A desmistificação da desfiguração após a autópsia, e a comparação da autópsia a uma cirurgia podem ser aliados. Grande parte das religiões aceita o procedimento de necropsia (O' GRADY 2003).

Através da legislação vigente no Brasil apresentada sobre os eventos vitais e SVOs pode-se indicar a influência de sua existência na forma da lei, e, fazer um exame das principais disposições da legislação atualmente em vigor.

A legislação brasileira transfere a competência para a categoria médica de definir os critérios de preenchimento do atestado de óbito quando determina que o enterramento somente seja realizado “em vista do atestado médico”, conforme determina a lei nº 6.015 no seu artigo 78 (13 de dezembro de 1973). Ainda, através do Decreto Federal nº 20.931/32 veda-se ao médico o direito de atestar o óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência (REGISTROS PÚBLICOS, 1932). Passa a ser proibitivo atestar óbitos que não tenha presenciado, principalmente caracterizando-os com motivos determinados de morte (doenças de causas definidas) e que não possam ser comprovadas pela

história clínica que levou ao óbito.

O conselho federal de medicina, na interpretação de que o médico somente pode atestar o óbito que presenciou (Não há uma base legal para que possa conduzir a uma investigação apropriada de morte) elenca parecer no que se refere a morte suspeita e morte indeterminada, porém, não se preocupa com a determinação efetiva da *causa mortis* em casos de morte natural. A causa de morte indeterminada não é morte suspeita e não é obrigatoriamente investigada (CFM, 1999). O CFM em parecer nº 57/1999 entende a responsabilidade do médico para com o paciente no preenchimento do Atestado de óbito, ou seja, o paciente não é responsabilidade do SUS, e sim do médico que o atendeu. Todavia, não está estabelecido quando e como este atendimento é caracterizado. Por exemplo, um paciente acompanhado por um médico que não o vê (consulta) há mais de cinco meses teria conhecimento das causas que levaram ao óbito? Ou mesmo a causa básica do óbito?

A regulamentação da prática médica remetendo alguns óbitos aos SVOs não resolve o problema, como é dado pela resolução CFM n. 1.776/2005. Ficam os Serviços de Verificação de Óbito quando disponíveis, encarregados de atestar a morte dos falecidos sem assistência médica ou mesmo com assistência médica quando acharem conveniente ao interesse da saúde pública (CFM, 2005). O fluxo gerado pela resolução, somado a falta de estruturação das redes de SVOs no Brasil leva a família que tenha seu ente vítima de uma morte natural sem assistência ou no domicílio, seguir em peregrinação em busca da D.O. A resolução não explica qual médico deve atestar o óbito nas localidades onde não há SVO, ocasionando uma “peregrinação dos familiares” em busca de um médico que possa preencher a D.O. bem como conseguir o documento.

Gera-se então uma dicotomia. Nos casos de óbitos onde há SVO segue-se a norma, ou seja, investiga-se o óbito através dos SVOs. Nas situações onde não existe SVO, algum médico deve atestar o óbito sem tê-lo presenciado. Duas realidades distintas para uma mesma ocorrência. Cria-se a norma para regular a deficiência (da inexistência de SVOs) e não a norma para garantir a qualidade da informação. Por exemplo, seria incomum criar uma lei obrigando o uso de cinto-

¹⁰ Considera-se intervenientes, as pessoas ou órgãos que participam do “input” dos dados no

de-segurança somente para indivíduos que possuam carros que tenham cinto-de-segurança, isentando do uso quando o carro não o possui. A legislação permite que o médico em região sem SVO, preencha o atestado de óbito, mesmo não tendo atestado de fato o evento. E que possa fazê-lo mesmo na ausência de dados concretos.

Embora a Resolução do CFM 1.776/2005 seja clara remetendo ao Verificação do Óbito em determinadas situações, o exame externo pode subsidiar a decisão do médico de atestar o óbito. Em casos em que as co-morbidades e história clínica não sejam suficientes para caracterizar o óbito, deve o médico encaminhar para o Serviço de Verificação de Óbito e na suspeita de crime ou morte violenta para o Instituto Médico-Legal.

Deve-se neste momento compreender que a atitude da indicação de necropsia é processo ativo do profissional que é chamado para atestar o óbito. Caracterizar o óbito como de causa indeterminada (R 99) como gesto gracioso para o familiar ou sob pressão de funerárias acarreta erro grave principalmente quando há o suporte regionalizado de Serviços de Verificação de Óbitos e IMLs.

No estudo de Caridade e colaboradores identificou-se a relevância do esclarecimento dos casos de morte violenta – principalmente nas categorias Intoxicação Exógena e Suicídio – no conjunto das mortes categorizadas como “Mal Definidas”, com 30% de migrações para este grupamento de causa (CARIDADE et al, 2001). À exemplo disto, o modelo adotado em outros países como o da Alemanha, em que os óbitos súbitos, ou naqueles que não se tenha como determinar através de informações sobre o motivo do óbito são obrigatoriamente comunicado as autoridades policiais, para possível investigação. Assim, a necessidade dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) em alguns casos é evidente, mesmo que se disponha de recursos diagnósticos adequados.

Se por um lado, a utilização da rubrica “Causa Indeterminada” (Código R99 da CID 10) omite a ocorrência de eventos/patologias determinantes da causa básica do óbito, por outro, pode indicar uma importante questão: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A codificação de causa de morte mal definida muitas vezes ocorre devido ao fato de o paciente ter chegado ao local de

assistência já na condição de cadáver. A chegada ao hospital, quando no momento do falecimento, deixa para o declarante a difícil tarefa de registrar em documento a evolução de um quadro patológico não-assistido por este, e que finalmente evoluiu para óbito. Este fato diz respeito à ocorrência de óbitos sem que se conheça a existência de patologia prévia e sem assistência médica, que, por ocorrerem geralmente em domicílio, geram dúvidas, favorecendo o incremento do percentual das causas mal definidas. O esclarecimento destes óbitos seria possível com a implantação de um Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

A importância dos SVOs vai além: o esclarecimento de causas de mortalidade materno-infantil se depara muitas vezes com a precariedade de informações e raramente os hospitais-maternidade contam com serviço de necropsia para apoio. O laudo do pediatra e/ou do obstetra no momento do parto/óbito apesar de útil, não consegue ser eficaz na determinação da causa do óbito, encobrendo muitas vezes casos de malformação relacionados ao óbito infantil (VANDERLEI et al, 2002).

Um número significativo de mortes por doenças cardíacas, pulmonares, acidente vascular cerebral, comuns no cotidiano dos Pronto-Socorros e Pronto-Atendimentos são atestados quando o paciente morre no trajeto a estes serviços. Estes atestados além de não responderem aos familiares ou acompanhantes do doente (cadáver) sobre as circunstâncias que levaram a morte, comprometem as informações de dados vitais importantes no planejamento das ações em Saúde Pública. Não existe política que se comprometa com a regulamentação específica que remeta estes óbitos em que a causa é indeterminada para o SVO. ou IML de forma compulsória. Mesmo remetendo ao IML em alguns casos, o exame cadavérico em casos de morte natural indeterminadas é insatisfatório, já que o legista não é o profissional com formação para este tipo de exame e sim o patologista.

Seria também importante recomendar a realização de exame post-mortem naqueles que são submetidos à cremação ou impedir a cremação para óbitos por causas mal definidas, a exemplo de outros países onde a cremação somente pode ser realizada quando houver atestado firmado por dois médicos sendo um

deles o patologista (ou legista se for caso de morte violenta). No processo de cremação brasileiro exige-se que o atestado de óbito seja firmado por dois médicos em casos de morte natural.

Mortes pouco esclarecidas principalmente quando acometendo familiares e pessoas de uma mesma comunidade em muitas ocasiões relacionadas a doenças infecto-contagiosas ou riscos ambientais podem ficar obscuras dificultando um controle epidemiológico e ocupacional eficaz.

As mortes naturais em localidades onde inexitem SVOs são remetidas para os IMLs que encontram grande demanda de serviço e precariedade para o atendimento adequado da morte natural, ou são atestados por profissionais que não assistiram a vítima.

Nestas circunstâncias os IMLs acabam por absorver a demanda de morte natural gerando de 30 a 60% da demanda destes serviços de medicina legal. Isto acaba configurando o serviço com uma função de SVO no interior dos IMLs, porém com profissionais muitas vezes não “qualificados” – legistas e não patologistas. Por vezes, nestes serviços realiza-se apenas exame macroscópico dos órgãos ou a inspeção externa do cadáver. Prevalece então a resolução do problema de sepultamento para a família a constatação de causa de morte e, portanto continuam os erros de diagnóstico e por vezes insatisfação da família.

A identificação de eventuais casos de morte não natural (algumas vezes violenta, criminosa) considerados inicialmente como sendo de morte natural e seu encaminhamento para o Instituto Médico Legal para exame pericial obrigatório nesses casos, também é função de um SVO, contribuindo para evitar que eventos como o caso Harold Shipman ocorram. Desta forma, aumentamos a proteção da sociedade, evitando que ações ilícitas passem despercebidas.

Nem sempre casos possíveis de investigação pelo IML são reportados a este, porque às vezes nenhuma autoridade pública é reportada no atendimento de mortes ditas “naturais”. O sistema público de saúde não possui fluxo satisfatório definido para estes casos, bem como os profissionais encontram-se em meio à obrigação de fornecer atestados à óbitos sem tê-los assistido simplesmente pelo fato de não haver Serviços para esta competência em suas localidades.

Se por um lado os IMLs, ao absorverem as funções de SVO o fazem com a melhor competência possível, tornam-se sobrecarregados e ocorre ainda certa precarização no que diz respeito às dimensões da saúde pública. Por outro lado, é evidente que os limites entre morte natural e não natural muitas vezes são tênues e sua identificação cada vez mais aponta para visão integrada nas funções do exame necroscópico frente à morte natural e a morte de causas externas. Esta tendência é exemplificada no modelo do “*Medical Examiner*”, aonde médicos anatomo-patologistas, com sub-especialização em patologia forense, conduzem os exames, com suporte de outras especialidades.

Algumas justificativas claras são apresentadas na legislação norte-americana para adotar o regime de “*Medical Examiner’s Office*”: a. Perigos desconhecidos para a saúde pública devem ser revelados; b. Perigos industriais devem ser revelados; c. Os assassinos devem ser reconhecidos; d. Os inocentes devem ser exonerados de sua culpa; e. Cortes criminais e civis necessitam de documentação médica imparcial.

Naquele país (EUA) apenas 1,5% dos óbitos eram mal definidas em 2003 (CDC, 2003). No Brasil as causas mal definidas no mesmo ano ficaram em 13,31%, em grande parte motivado pela alta mortalidade proporcional por estas causas das regiões Norte e Nordeste do País.

No regime do *Medical Examiner’s Office*, modelo americano, os casos de morte que não atendem aos critérios do ME não são acatados pela instituição, sendo retornados ao médico de origem, a quem cabe certificar a morte ou encaminhar para o patologista autônomo realizar a autópsia. Este é o caso dos óbitos com atendimento médico nas últimas 36 horas que antecederam a morte e cuja causa básica é conhecida. No entanto, casos de pessoas que estavam aparentemente gozando de boa saúde, sem atendimento médico nas últimas 36 horas são acolhidos pelo ME.

Reforça-se a citação deste modelo, porque a sua prática demonstra grande efetividade para reconhecer entre os casos de notificação ao ME e que serão autopsiados pelo patologista, as fatalidades decorrentes das nosologias que no Brasil figuram no rol das doenças de notificação compulsória em Saúde Pública (Doença contagiosa, ou de diagnóstico mal definido, com risco de contágio para a população).

Na regulamentação da prática médica brasileira as mortes naturais sem assistência médica são remetidas ao SVO (CFM, 2005). Isto seria suficiente se uma ampla rede regionalizada de Serviços de Verificação de Óbitos estivesse implantada e estabelecida em nosso país. O próprio ministério até a elaboração desta dissertação não havia estabelecido o Serviço de Verificação de Óbitos como estabelecimento de saúde (CNES, 2006) e enfrentou grande dificuldade no levantamento das redes de SVOs do país, na tentativa de estabelecer a Rede Nacional de SVOs (CONASS, 2006)

Em 2006, a Portaria nº 1.405, de 29 de junho, estabeleceu metas financeiras e físicas para implantação de Serviços de Verificação de Óbitos. Apesar de ser uma atitude importante para a concretização do esclarecimento de causa *mortis*, os recursos destinados são insuficientes para a manutenção de serviços desta complexidade.

A regulamentação dos SVOs no Brasil, com a Portaria n. 1.405 desencadeiam fase de trabalho profícuo na área; entre outros, serão temas obrigatórios:

- O Fluxo do óbito sem assistência médica;
- O exame de grupos especiais (morte materna e infantil, morte súbita, suspeitas de intoxicações ambientais e doenças profissionais, grupos institucionalizados, entre outros);
- O Desenvolvimento das relações com serviços assistenciais, funerárias, hospitais, IMLs.
- Estudos de avaliação e auditoria no processo de certificação do óbito após estudo necroscópico.

É importante determinar não somente as redes que formam os Serviços de Verificação de Óbitos, mas também quais óbitos devem ser remetidos a estes serviços. Estabelecer as relações entre os serviços de verificações e os serviços assistenciais pré-hospitalares, as funerárias, o Instituto Médico-Legal, hospitais. Muitos óbitos podem ser reportados aos SVOs dando grande ganho no aprimoramento das informações de saúde. Aqueles ocorridos em Instituições de longa permanência (abrigo para menores, asilos, casas sociais) às vezes não precedem de atendimento médico prévio ou poderiam ajudar no esclarecimento

de mortes naturais ou maus-tratos. As mortes súbitas principalmente ocorridas no adulto jovem, os óbitos infantis são causas por vezes não estudadas e de máxima importância (FORMIGLI, 1996).

Mesmo após da Portaria MS 1.405/2006 restarão lacunas para a regulamentação dos Serviços de Verificação de Óbito quanto às suas competências (tipos de óbitos que são investigados) restrições (não podem reter órgãos ou tecidos, ou somente para investigação de causas de morte), entre outros. Apesar do esclarecimento das causas de morte ter a devida importância também para os serviços públicos de saúde em todas as suas esferas (municipal, estadual e federal), os órgãos governamentais precisam dar a devida importância para o tema. Estabelecer novos critérios permitindo na condição de causas não determinadas sem assistência médica por ocasião do óbito, não selecionar códigos de causas mal definidas sem que haja conhecimento de serviços de referência para o Esclarecimento das Causas de morte, como os SVOs.

7 CONCLUSÃO

O fornecimento da Declaração de Óbito é responsabilidade dos serviços municipais de saúde, porém as políticas de saúde priorizam serviços básicos como reorganização da atenção básica, aquisição de medicamentos.

Da mesma forma que municípios com pequeno porte (abaixo de 100.000 habitantes) encontram-se impossibilitados de implantar SVOs devido a custos e demanda incompatíveis. Assim, este serviço deve ser entendido como média complexidade vinculada à estratégia nacional ou estadual e implantado de maneira regionalizada através de planejamento específico. A estruturação descentralizada do SUS pode comprometer um projeto relevante se não for vinculado a incentivo e repasse financeiro federal e/ou estadual para sua sustentabilidade. Neste sentido a portaria 1.405/06 introduz políticas que possibilitam a reversão desta situação inadequada do ponto de vista da saúde pública.

A situação do país é crítica, pois existem capitais e cidades importantes sem SVOs para a investigação de óbitos e sem subsídio de investigação por necropsia em situações de morte natural. Novamente a portaria 1405/06 introduz políticas que possibilitam a reversão desta situação inadequada do ponto de vista da saúde pública.

Foi observada uma melhora evidente na qualidade das informações de mortalidade após o processo de implantação de Serviços de Verificação de Óbito, nas cidades estudadas. Sugere-se o estabelecimento concreto de rotinas mínimas para uniformizar estes Serviços. Este modelo pode ser constituído de forma regionalizada possibilitando ampla cobertura e viabilidade do serviço, que as vezes possui finalidade pouco entendida pelos gestores.

Se entendermos que as demandas nacionais para necropsias anuais ultrapassem os 110.000 exames anuais, estamos muito distantes da realidade com as atuais 28.695 (SIM, 2007).

A criação de Portaria como a de n. 1.405, de junho de 2006, torna viável uma padronização na forma como são executados os esclarecimentos de *causa*

mortis no Brasil. Ela demonstra a vocação destes serviços com a qualidade de necropsia realizada por intermédio de patologistas.

Cabe lembrar, que o levantamento de informações por intermédio de prontuários do paciente e histórico da patologia, mesmo na investigação de necropsia se faz importante principalmente no esclarecimento da causa básica do óbito. Doenças prevalentes como a hipertensão arterial e o diabetes melitus as vezes não são citadas como causa básica por simplesmente não haver investigação ou um interrogatório com familiares, levando a descrição tão somente de uma causa imediata indeterminada. O compromisso do médico em assinalá-las mesmo que as considerando como causas que apenas contribuíram para o óbito (Parte II da Declaração de Óbito) pode auxiliar consideravelmente na melhoria das informações. Vale à pena lembrar o médico frente há uma parada cardíaca coloca como causa básica do óbito “Infarto Agudo do Miocárdio” sem investigar como transcorreu o óbito. Em muitas vezes podem ser interpretadas equivocadamente como doença do aparelho circulatório, escondendo uma causa básica de óbito mal determinada ou de outra origem. Isto faz com que possa influenciar as informações estatísticas de óbitos por cada um dos grupos.

O levantamento das informações provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade nas principais cidades brasileiras permitiu um melhor entendimento da criticidade da verificação do óbito no que se refere a qualidade das informações. A distribuição territorial das causas mal definidas aponta a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, porém não é o que se identifica em algumas grandes cidades. A organização de serviços, a implantação de SVOs e a formalização de novos critérios, podem fortemente contribuir para a variação destes coeficientes.

Adaptações e a reconstrução do melhor modelo para a realidade brasileira devem buscar a integração do exame post-mortem dos óbitos por causas externas, mortes naturais sem assistência médica e outros, com o indispensável suporte do médico legista, e desenvolvimento da competência de dar respostas a solicitações de interesse epidemiológico bem como subsidiar os demais poderes públicos.

Para o ente familiar, tão importante quanto saber o momento do término

daquela vida a ela relacionada, é poder compreender quais as circunstâncias e condições que levaram àquela morte.

Nenhum sistema sério de saúde, individual ou coletivo, pode prescindir de um bom serviço de verificação de óbito, com a finalidade de registrar e estimar estatisticamente os tipos de morte chamada natural.

(FRANÇA, 2005)

REFERÊNCIAS

ACGME. **Accreditation Council for Graduate Medical Education**. Disponível em: www.acgme.org. Acesso em 20/04/2005.

ALTER, G. C.; CARMICHAEL, A. G. Classifying the Death: Toward a History of the Registration of Causes of Death. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v.54, p.114-132, 1999.

BARRÊTO, I. C. H. et al. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v.7, n.5, 2000.

BILLET, J.; KENDALL, N.; OLD, P. An Investigation in to GPs with high patient mortality rates: a retrospective study. **Journal of Public Health**. V.27,n.3, p.270-275, 2005.

BOMBI, A. J. et al. Clinical and autopsy correlation evaluated in a University Hospital in Spain (1991-2000). **Pathol. Res. Pract.**, v.199, p.9-14, 2003.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: 1999.

CARIDADE, M. C. et AL. Causas Mal Definidas de Morte: Recuperação de Informações na Cidade do Rio De Janeiro. **Revista Saúde em Foco**. Rio de Janeiro, n.22, dez. 2001.

CARVALHO, M. L. de et al. Concordância na determinação da causa básica de óbito em menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. 1986. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.24, p.20-27,1990.

CDC - *Centers for Disease Control*. **National Vital Statistics Reports**. v.53, n.15, 2005.

CDC - *Centers for Disease Control*. Medical Examiners, Coroners, and Biologic Terrorism. **A Guidebook for Surveillance and Case Management** Junho 11, 2004 / 53(RR08); p.1-27, 2004.

CONASS. Nota Técnica 05/2006. **Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento de Causa Mortis – SVO**. CONASS, 26/04/2006

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.246/88. **Código de Ética Médica**. Brasília, CFM, 2000.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.776/2005**. Brasília, 2005.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Parecer Atestado de Óbito. PC/CFM/Nº57/1999**. Brasília, 1999.

CROWN. **Death Certification and Investigation in England, Wales and Northern Ireland - The Report of a Fundamental Review 2003**. CROWN, 2003.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Memória de Cálculo dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm>>. Acesso em 22/01/2007.

DAVIS, G. G. Mind your Manners: Part I: History of Death Certification and Manner of Death Classification. **The American Journal of Forensic Medicine and Pathology**, v.18, n.3, p.219-223, 1997.

DRUMOND JR, M.; LIRA, M. M. T. A.; LIRA, M. de F., NITRINI, T. M. V.; SHIBAO, K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.3, p.273-80, 1999.

DUCHIADE, M. P.; CARVALHO, M. L.; LEAL, M. do C. As mortes "em domicílio" de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 - um "evento-sentinel" na avaliação dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.251-263, 1989.

FERRARI, L. S. L.; et al. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1063-1071, mai. 2006.

FORMIGLI, V. L. A. et al. Avaliação da atenção à saúde da investigação de óbitos infantis. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v.12 (supl.2), p.33-41, 1996

GAWRYSZEWSKI, V. P. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p.627-33, 2005.

HANZLICK, R. Quality Assurance Review of Death Certificates. A Study Pilot. **The American Journal of Forensic Medicine and Pathology**, v.26, n.1, p.63-65, 2005.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil**. Rio de Janeiro; v.31, p.25-35, 2004.

MELLO JORGE, M. H. P. **Registro dos eventos vitais: Sua importância em saúde pública**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1994. (Série Divulgação, nº 5).

KING COUNTY MEDICAL EXAMINER'S OFFICE. **Policy and Procedure – Manual**. Public Health, 2004

KNIGHT, B. **History of the Medieval English Coroner System**. CBE. Disponível em: <http://www.britannia.com/history/coroner.html>. Parts 1–6. Acesso em 22/01/2007.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M. **O Atestado de Óbito**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1994. (Série Divulgação, 1).

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.4, p.449-460, 2004.

MATHIAS, T. A. de F. et al. Considerações sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residente no município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de 1979 a 1998. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n.3, p.159-169, 2005.

NACIONES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos y Sociales. **Manual de métodos estadísticos vitales**. Nueva York, 1955 (Estudios Metodológicos, Série F. nº7).

NASHELSKY, M. B.; LAWRENCE, C. H. Accuracy of cause of Death determination without forensic autopsy examination. **The American Journal of Forensic Medicine and Pathology**, v.24, n.4, p.313-319, 2003.

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. **Rev. Saúde Pública**, v.24, n.4, p.311-318, ago.1990. ISSN 0034-8910.

NOLTE, K. B. et al. **Medical Examiners, Coroners, and Biologic Terrorism. A Guidebook for Surveillance and Case Management**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5308a1.htm>>. Acesso em 20/10/2006.

O'GRADY, G. Death to the teaching autopsy. **British Medical Journal**, v.327, p.802-804, 2003.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** : CID 10. São Paulo: EDUSP, 1994.

PRITT, B. S. et al. Death Certification Errors at an Academic Institution. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v.129, Nov. 2005

REGISTROS PÚBLICOS. Ministério da Saúde, Portaria/FUNASA nº 474, de 31/08/2000. **Diário Oficial, de 04/09/2000**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

REGISTROS PÚBLICOS: **Lei 6.015 de 31.12.73, com alterações introduzidas pela Lei 6216 de 30.06.75**. São Paulo : Saraiva, 1980.

ROSENBERG, H. M. Cause of Death as a Contemporary Problem. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v.54, p.133-153, 1999.

ROULSON, J.; BENBOW, E. W.; HASLETON, P.S. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a meta-analysis and review. **Histopathology**, v.47, p.551-559, 2005.

SCHNITMAN, A. Análise da fidedignidade da declaração de causa básica de morte por câncer em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.24, p.490-496, 1990.

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Evolução da Mortalidade no Brasil e Regiões, 2004**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em 28/1/2007.

STARK, M. M. Literature review of death certification procedures – international aspects. **Clin. For. Med. J.**, v.10, p.21-26, 2003.

STUQUE, C. O.; CORDEIRO, 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.

SVOC - Serviço de Verificação de Óbitos da Capital. **Informações sobre Óbitos**. Disponível em: <<http://www.sistemas.usp.br>>. Acesso em 18/1/2007.

THE LANCET. Effect of Shipman case on family practice. *The Lancet*, v.355, n.9202, 05/02/2000.

USP-SP - Universidade de São Paulo. **Fluxo da Declaração de Óbito**. Disponível em: <<http://www.svoc.usp.br/fluxograma.htm#fluxo>>. Acesso em 20/12/2006.

VANDERLEI, L. C.; ARRUDA, B. K. G.; FRIAS, P. G.; ARRUDA, S. Avaliação de Confiabilidade da Causa Básica de Óbito em Unidade Terciária de Atenção à Saúde Materno-Infantil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasil, v.11, n.1, p.15-23, 2002.

WHITEHEAD, M. W. Farr's legacy to the study of inequalities in health. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra: World Bank, v.78, n.1, p.86–96, 2000. Genebra: World Bank.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **History of CID**. Disponível em: <www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf > Acesso em 22/10/2006.

ANEXOS

ANEXO I

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Certidão de óbito – A certidão de óbito é instrumento de registro civil do assentamento da morte do indivíduo. O registro civil de óbito no Brasil teve início em 1875, porém somente em 1890, com a Lei do Registro Civil promulgado pela instituída República passou a ser obrigatório. A legislação atual data de 1973 – “nenhum enterramento pode ser feito sem certidão do oficial do cartório, extraído após lavratura do assento de óbito feito à vista do atestado médico”. Porém em localidade onde não possua médico, “ ... “ (Lei dos registros Públicos – Lei 6.015 de 31.12.1973). O sub-registro das certidões de óbito no Brasil atinge 13,6%, e pode chegar a índices superiores a 32% na região nordeste e com índices de 0,8% na região Sul. Os óbitos de menores de 1 ano são subnotificados em 51% (IBGE, 2004).

Declaração de óbito – A declaração de óbito é o documento médico que declara o término da vida de um indivíduo e também aponta as causas que ocasionaram a morte. Passou a ser utilizado o “Modelo Internacional de Atestado de Óbito” a partir de 1950 para as causas de morte, os outros dados constantes referentes a identificação seguem padrões nacionais (LAURENTI, 2004).

Atestado de óbito – Compreende a Parte VI da Declaração de óbito identificada na seção como Atestado de óbito.

Eventos vitais – São representados fundamentalmente pelos nascimentos mortos, óbitos, casamentos, separações, adoções, legitimações, entre outros que acontecem durante a vida do indivíduo, alterando, de alguma forma seu estado perante a sociedade e perante o Direito. (JORGE, 1990)

Morte natural – melhor chamado como morte de antecedente patológico (FRANÇA, 2005). Para este estudo, utilizaremos o termo “morte natural”.

Morte não natural - ou morte por causas externas,

Autópsia (ou necropsia) - O exame cadavérico com fins médico-legais, ou visando ao estudo anatomopatológico.

Causas de Morte – As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões¹.

Causa Básica de Morte – A causa básica de morte é **(a)** a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou **(b)** as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal¹.

¹ Estas definições foram adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde (resoluções WHA20.19 e WHA43.24) de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde e consta na CID-10⁽⁶⁾.

ANEXO II

PROJETO DE PESQUISA - “PERFIL DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS NAS CIDADES BRASILEIRAS”

QUESTIONÁRIO (as questões podem ter múltiplas respostas)

Em que REGIÃO fica seu Estado?

() Norte () Nordeste () Sudeste () Centro-Oeste () Sul

SE QUISER, identifique o seu

Estado

Nome.....

Endereço.....

Cidade.....CEP

Fone.....E-mail

A - Há quanto tempo existe o serviço de verificação de óbitos ou equivalente em sua cidade?

B - Onde funciona?

- () anexo a Instituto Médico Legal
- () anexo a hospital universitário
- () anexo a hospital não universitário
- () estrutura independente, vinculada à secretaria de saúde do estado
- () dependência da prefeitura municipal
- () outros

C - Quem financia?

- () município
- () estado
- () hospital universitário
- () outro (especificar)
- () misto(especificar)

D - Número médio de casos anuais, nos últimos 2 anos (quando for o caso)

.....

E - Clientela atendida

- município
- região metropolitana
- estado
- interesse particular

F - Tipo de serviços prestados

- necropsia em morte natural sem assistência médica
- necropsias em morte natural com assistência médica e/ou hospitalar recente (até 2 horas)
- necropsias em morte natural com assistência médica e/ou hospitalar, de cunho universitário
- embalsamento/formolização
- necropsias em morte natural com assistência médica e/ou hospitalar, por interesses particulares do médico ou família.

G - Recursos disponíveis, no local ou à distância:

- só exame cadavérico (externo)
- exame interno macroscópico
- exame histopatológico
- toxicologia
- bioquímica/sorologia
- microbiologia
- outros
- arquivo de materiais histológicos
- arquivo de laudos
- informatização

H - Modelo de funcionamento:**1 - OS FUNCIONÁRIOS****1.1 - São contratados por quem?**

- () município
 () Estado
 () Federação
 () Fundação
 () Iniciativa privada.
 () Misto

1.2 - Qualificação, número, regime de trabalho

Tipo	Quantos	Regime de Trabalho Real (total de horas/sem)
Assistentes sociais		
Técnicos auxiliares de necrópsia (curso formal)		
Secretários e/ou auxiliares		
Técnicos em histologia		
Sem qualificação específica (prático)		
Arquivistas		
Outros (especificar)		
Total		

1.3 - Especificar as funções reais

Assistentes sociais

.....

Técnicos auxiliares de necropsia

.....

Secretários

.....

Técnicos em histologia.....

 Sem qualificação específica.....

 Outros (especificar).....

2 - MÉDICOS

2.1 - O quadro de MÉDICOS é constituído por Especialistas? Em quê? Quantos?

Regime de trabalho?

Especialistas	Quantos	Regime de Trabalho Real (total de horas/sem, plantão – horas/sem)
Anatomopatologistas		
Cirurgiões		
Clínicos		
Legistas		
Total		

2.2 - São contratados por quem?

- () Município
 () Estado
 () Federação
 () Fundação
 () Iniciativa privada.....
 () Misto

3 - QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO

3.1 - Nas necropsias, identifique com x ou circule o que é feito por Médico Anatomopatologista (AP), Médico Legista (L), médico com outra especialidade (E), Funcionário técnico qualificador (T), Funcionário sem qualificação (prático) (S).

Se a ação não é realizada, deixe todas as opções em branco

ACÕES	ROTINA	CASOS SELECIONADOS
Só exame externo do corpo	AP L E T S	AP L E T S
Abertura do corpo	AP L E T S	AP L E T S
Evisceração e viscerotomia	AP L E T S	AP L E T S
Exame macroscópico das vísceras	AP L E T S	AP L E T S
Requisição de exames complementares	AP L E T S	AP L E T S
Descrição da macro	AP L E T S	AP L E T S
Diagnósticos macroscópicos	AP L E T S	AP L E T S
Escolhas dos materiais para histologia	AP L E T S	AP L E T S
Coleta e encaminhamento das amostras para histologia	AP L E T S	AP L E T S
Microscopia	AP L E T S	AP L E T S
Descrição da micro	AP L E T S	AP L E T S
Diagnósticos microscópicos	AP L E T S	AP L E T S
Diagnósticos finais	AP L E T S	AP L E T S
Preenchimento da declaração de óbito	AP L E T S	AP L E T S
Assinatura dos laudos	AP L E T S	AP L E T S
Discussão dos casos	AP L E T S	AP L E T S
	AP L E T S	AP L E T S

3.2 - A NECROPSIA MACROSCÓPICA se até ao exame das seguintes estruturas, em quase todos os casos (ROTINA), em CASOS SELECIONADOS, sendo realizada por quem?

Marque mais de uma opção quando for o caso. EX: AP e T.

Deixe a célula em branco quando a ação não é realizada

ACÕES	ROTINA	CASOS SELECIONADOS
Rins	AP L E T S	AP L E T S
Só exame externo do corpo	AP L E T S	AP L E T S
Exame in situ, dos órgãos	AP L E T S	AP L E T S
Evisceração completa, com dissecação e viscerotomia clássica	AP L E T S	AP L E T S
Evisceração parcial com dissecação e viscerotomia seletiva	AP L E T S	AP L E T S
Exame macroscópico do crânio e conteúdo	AP L E T S	AP L E T S
Pescoço, seus vasos e órgãos	AP L E T S	AP L E T S
coração	AP L E T S	AP L E T S
coronárias	AP L E T S	AP L E T S
Pulmões e brônquios	AP L E T S	AP L E T S
Laringe e traquéia	AP L E T S	AP L E T S
Estômago e conteúdo	AP L E T S	AP L E T S
Exame externo dos intestinos	AP L E T S	AP L E T S
Exame interno dos intestinos	AP L E T S	AP L E T S
Pâncreas	AP L E T S	AP L E T S
Fígado	AP L E T S	AP L E T S
Vias biliares	AP L E T S	AP L E T S
Pedículo hepático	AP L E T S	AP L E T S

segue

conclusão

ACÕES	ROTINA	CASOS SELECIONADOS
Baço e linfonodos	APLETS	APLETS
Rins	APLETS	APLETS
Vias excretoras urinárias	APLETS	APLETS
Genitais internos fem.	APLETS	APLETS
Mamas	APLETS	APLETS
Genitais internos masculinos	APLETS	APLETS
Adrenais	APLETS	APLETS
Hipófise	APLETS	APLETS
Grandes vasos	APLETS	APLETS
Pele	APLETS	APLETS
Ouvido Médio	APLETS	APLETS
Olho posterior	APLETS	APLETS
Partes moles	APLETS	APLETS
Esqueleto	APLETS	APLETS
Placenta	APLETS	APLETS
	APLETS	APLETS

3.3 - O percentual médio dos casos submetidos a exame microscópico nos últimos 2 anos: _____%

3.4 - O número médio de órgãos examinados histologicamente/caso.....

.....

3.5 - O número médio de blocos histológicos/caso

3.6 - Há protocolo para o registro dos achados macroscópicos?

() sim () não

(Favor encaminhar cópia, se houver)

3.7 - Há protocolo para a apresentação dos laudos? () sim () não.

(Favor encaminhar cópia, se houver ou um laudo padrão)

3.8 - Nos laudos, consta a descrição da macroscopia? () sim () não**3.9 - Nos laudos consta a descrição da microscopia? () sim () não****4 - INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES DE TRABALHO****4.1 - ÁREA TOTAL ocupada pelo serviço _____m²****4.2 - A Área é COMPARTILHADA com outro serviço? () sim () não**

Qual?

.....

4.3- SALAS DE NECROPCIA: número total.....

4.3.1 - azulejada () sim () não

4.3.2 - c/ telas () sim () não

4.3.3 - c/ exaustão () sim () não

4.3.4 - c/ ar condicionado () sim () não

4.3.5 - c/ boa iluminação () sim () não () em parte

4.3.6 - sala especial para putrefeitos () sim () não

4.4 - MESAS de necrópsia: número total

4.4.1 - planas, de pedra () ; planas de pedra com pia () ; plana de inox, simples () ; plana, de inox com pia () ; de inox, com pia, superfície drenada (fenestrada) ()

4.4.2 - c/ água corrente () sim () não

4.4.3 - c/ aspirador () sim () não

4.5 - MATERIAL CIRÚRGICO:

4.5.1 - Quantidade suficiente? () sim () não

4.5.2 - Qualidade: Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

4.5.3 - Condição do MATERIAL CIRÚRGICO:

Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

4.6 - Balança para Órgãos? () sim () não

4.7 - Serra Elétrica p/ Crânio? () sim () não

4.8 - Indumentária especial, de contágio () sim () não () em parte

4.9 - Banho pós necrópsia () sim () não

4.10 - Geladeira para Corpos? () sim () não

4.11 - Exame radiológico disponível? () sim () não

5 - SECRETARIA

5.1 - Há secretaria exclusiva para transcrever os laudos? () sim () não

5.2 - O sistema de emissão dos laudos é informatizado? () sim () não

5.3 - Qual o tempo médio para a conclusão dos laudos?.....

.....

6 - ARQUIVO

6.1 - Há arquivo de laudos? () sim () não Há quanto tempo?

.....

6.2 - Há arquivo de blocos histológicos? () sim () não

6.3 - Há arquivo de lâminas? () sim () não

6.4 - Os a diagnósticos são codificados, por nosologia? () sim () não

6.5 - O sistema é informatizado? () sim () não

7 - USO DOS CASOS/SERVIÇO, PARA OUTRAS FINALIDADES, ALÉM DA VERIFICAÇÃO DA CAUSA DE ÓBITO?

() Educação continuada da própria equipe

() Campo de Ensino ou Estágio

() Intermediação da Doação/empréstimo de órgãos/ corpos para ensino

() Coleta de material para ensino em Escolas(s) médica(s)

() Composição de museu próprio

() Trabalhos científicos

() Outras.

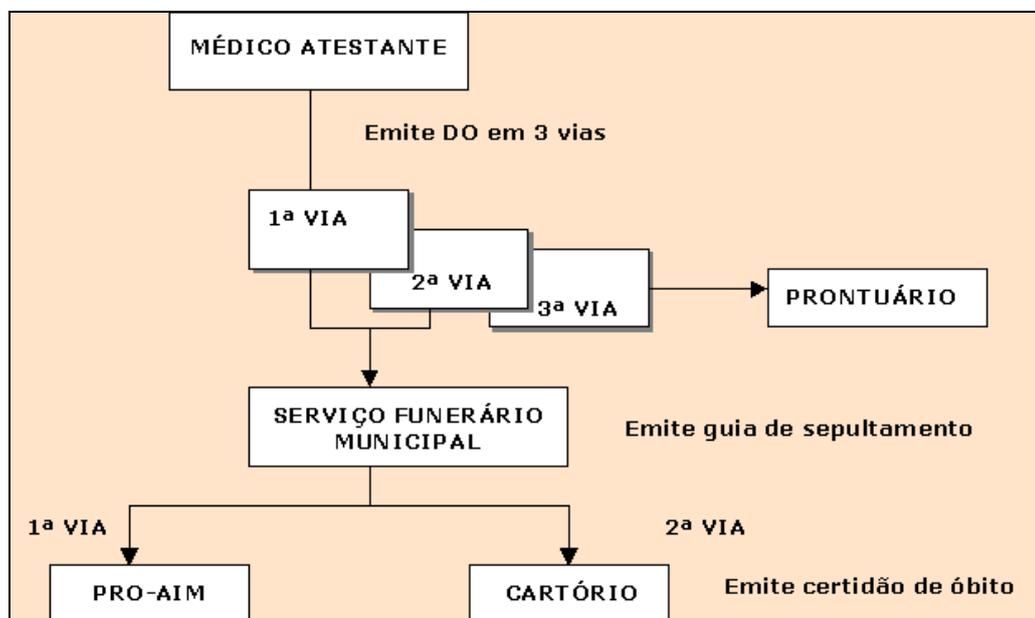
Quais?.....

.....

ANEXO III

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO - PORTARIA Nº20/2003 – MS



Fonte: USP (2006)

ANEXO IV**RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005****(Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p.121)**

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

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.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

ANEXO V

LEI N. 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973 Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

...

CAPÍTULO IX

Do Óbito

Art. 78. Nenhum enterramento será feito sem certidão de oficial de registro do 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.

Parágrafo único. Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial indagará se foi registrado o nascimento, e fará a verificação no respectivo livro quando houver sido no seu cartório; em caso de falta, tomará previamente o assento omitido.

Art. 79. Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no artigo 51.

Art. 80. São obrigados a fazer declaração de óbitos: 1º o chefe de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes, agregados e fâmulos; 2º a viúva, a respeito de seu marido, e de cada uma das pessoas indicadas no número antecedente;

3º o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, a respeito dos irmãos e demais pessoas de casa, indicadas no n. 1; o parente mais próximo maior e presente;

4º o administrador, diretor ou gerente de qualquer estabelecimento público ou particular, a respeito dos que nele faleceram, salvo se estiver presente algum parente em grau acima indicado;

5º na falta de pessoa competente, nos termos dos números anteriores, a que tiver assistido aos últimos momentos do finado, o médico, o sacerdote ou vizinho que do falecimento tiver notícia;

6º a autoridade policial, a respeito de pessoas encontradas mortas.

Parágrafo único. A declaração poderá ser feita por meio de preposto, autorizando-o o declarante em escrito, de que constem os elementos necessários ao assento de óbito.

Art. 81. O assento de óbito deverá conter:

1º a hora, se possível, dia, mês e ano do falecimento;

2º o lugar do falecimento, com indicação precisa;

3º o prenome, nome, sexo, idade, cor, estado, profissão, naturalidade, domicílio e residência do morto;

4º se era casado, o nome do cônjuge sobrevivente, mesmo quando desquitado; se viúvo, o do cônjuge pré-defunto; e o cartório de casamento em ambos os casos;

5º os nomes, prenomes, profissão, naturalidade e residência dos pais;

6º se faleceu com testamento conhecido;

7º se deixou filhos, nome e idade de cada um;

8º se a morte foi natural ou violenta e a causa conhecida, com o nome dos atestantes;

9º lugar do sepultamento;

10º se deixou bens e herdeiros menores ou interditos;

11º se era eleitor.

Art. 82. Sendo o finado desconhecido, o assento deverá conter declaração de estatura ou medida, se for possível, cor, sinais aparentes, idade presumida, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento; e, no caso de ter sido encontrado morto, serão mencionados esta circunstância e o lugar em que se achava e o da necropsia, se tiver havido. Parágrafo único. Neste caso, será extraída a individual dactiloscópica, se no local existir esse serviço.

Art. 83. O assento deverá ser assinado pela pessoa que fizer a comunicação ou por alguém a seu rogo, se não souber ou não puder assinar.

Art. 84. Quando o assento for posterior ao enterro, faltando atestado de médico ou de duas pessoas qualificadas, assinarão, com a que fizer a declaração, duas testemunhas que tiverem assistido ao falecimento ou ao funeral e puderem atestar, por conhecimento próprio ou por informação que tiverem colhido, a identidade do cadáver.

Art. 85. Os assentos de óbitos de pessoas falecidas a bordo de navio brasileiro serão lavrados de acordo com as regras estabelecidas para os nascimentos, no que lhes for aplicável, com as referências constantes do artigo 81, salvo se o enterro for no porto, onde será tomado o assento.

Art. 86. Os óbitos, verificados em campanha, serão registrados em livro próprio, para esse fim designado, nas formações sanitárias e corpos de tropas, pelos oficiais da corporação militar correspondente, autenticado cada assento com a rubrica do respectivo médico chefe, ficando a cargo da unidade que proceder ao sepultamento o registro, nas condições especificadas, dos óbitos que se derem no próprio local de combate.

Art. 87. Os óbitos a que se refere o artigo anterior, serão publicados em boletim da corporação e registrados no registro civil, mediante relações autenticadas, remetidas ao Ministério da Justiça, contendo os nomes dos mortos, idade, naturalidade, estado civil, designação dos corpos a que pertenciam, lugar da residência ou de mobilização, dia, mês, ano e lugar do falecimento e do sepultamento para, à vista dessas relações, se fizerem os assentamentos de conformidade com o que a respeito está disposto no artigo 67.

Art. 88. O assentamento de óbito ocorrido em hospital, prisão ou outro qualquer estabelecimento público será feito, em falta de declaração de parentes, segundo a da respectiva administração, observadas as disposições dos artigos 81 a 84; e o relativo a pessoa encontrada acidental ou violentamente morta, segundo a comunicação, ex officio, das autoridades policiais, às quais incumbe fazê-la logo que tenham conhecimento do fato.

Art. 89. Poderão os Juizes togados admitir justificação para o assento de óbito de pessoas desaparecidas em naufrágio, inundação, incêndio, terremoto ou qualquer outra catástrofe, quando estiver provada a sua presença no local do desastre e não for possível encontrar-se o cadáver para exame.

Parágrafo único. Será também admitida a justificação no caso de desaparecimento em campanha, provados a impossibilidade de ter sido feito o registro nos termos do artigo 86 e os fatos que convençam da ocorrência do óbito.

...

EMÍLIO G. MÉDICI

Presidente da República

Alfredo Buzaid

ANEXO VI**PORTARIA Nº 1.405 DE 29 DE JUNHO DE 2006****Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO)**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779, de 5 de dezembro 2005, que regulamenta a responsabilidade médica na emissão da Declaração de Óbito;

Considerando a exigência legal da Certidão de Óbito para a inumação de todos os indivíduos falecidos, independentemente da causa;

Considerando que é necessária a emissão da Declaração de Óbito para a emissão da Certidão de Óbito pelos cartórios do registro civil;

Considerando que os institutos médicos legais são instituições legalmente capacitadas e habilitadas para a elucidação dos casos de morte decorrentes de causas externas;

Considerando a importância epidemiológica do esclarecimento da causa *mortis* de todos os óbitos, inclusive os casos de morte natural com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, para a definição e implementação de políticas de saúde e fidelidade estatística do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

Considerando a necessidade da implantação de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da Causa *Mortis*, em todas as capitais de estado e no Distrito Federal, e em municípios de maior porte, bem como o cadastramento e a regulamentação dos serviços já existentes;

Considerando a importância de elucidar rapidamente a causa *mortis* em eventos relacionados a doenças transmissíveis, em especial aqueles sob investigação epidemiológica, com a finalidade de implementar medidas oportunas de vigilância e controle de doenças;

Considerando a necessidade de garantir à população acesso a serviços especializados de verificação da causa *mortis* decorrente de morte natural, com a conseqüente agilidade na liberação da Declaração de Óbito;

Considerando que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária;

Considerando a necessidade de incentivar, inclusive com recursos financeiros para custeio, os gestores estaduais e municipais a investirem na constituição de novos serviços e na manutenção dos já existentes; e

Considerando a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do dia 16 de fevereiro de 2006.

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO), integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e formada por serviços existentes e a serem criados, desde que cumpram as condições previstas nesta Portaria, mediante termo de adesão.

§ 1º Os SVO integrarão uma rede pública, preferencialmente subordinada à área responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

§ 2º A SES poderá celebrar acordo ou convênio com instituição pública de ensino superior, instituições filantrópicas, Secretaria de Segurança Pública ou equivalente para a operacionalização dos SVO.

§ 3º As Secretarias Municipais de Saúde poderão ser gestoras e/ou gerentes dos SVO integrantes da rede e localizados em seu território, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 2º Estabelecer que a Rede Nacional de SVO seja constituída de forma progressiva por 74 (setenta e quatro) serviços distribuídos por unidade federada e classificados em Portes, conforme o disposto no Anexo I, atendendo aos seguintes critérios:

I - Para as UFs com população inferior ou igual a 3 milhões de habitantes, está assegurada a possibilidade de adesão de apenas um serviço, preferencialmente de Porte III.

II - Para as UF com população superior a 3 milhões de habitantes está assegurada a possibilidade de adesão de um serviço, preferencialmente de Porte III, e mais serviço(s) de Porte I ou II, em número e porte estabelecidos conforme critérios informados nas alíneas abaixo:

a) para cada excedente populacional de 3 milhões de habitantes poderá ser solicitada a adesão de mais um serviço de Porte II;

b) para cada excedente populacional inferior a 3 milhões de habitantes, maior que 1 milhão e quinhentos mil habitantes, poderá ser solicitada a adesão de um serviço de Porte II; e

c) para cada excedente populacional inferior a 3 milhões de habitantes, menor ou igual a 1 milhão e quinhentos mil habitantes, poderá ser solicitada a adesão de um serviço de Porte I.

III - Os serviços serão definidos em Portes conforme o atendimento às condições apresentadas nos Anexos II, III e IV a esta Portaria, que deverão ser observadas, para fins de adesão à Rede, tanto pelos serviços existentes quanto por aqueles a serem criados.

IV - As UF que não possuam serviços que atendam às condições definidas nos Anexos II, III e IV, para solicitar adesão de serviços de Porte III, no primeiro ano, poderão credenciar-se nos Portes I ou II, e posteriormente solicitar alteração nas condições de adesão.

V - Os serviços de Porte III, nos estados que disponham de mais de um SVO, além de suas atribuições regulares, deverão exercer a função de referência para apoio, diagnóstico e treinamento de pessoal aos serviços de Portes I e II da UF.

Art. 3º O Ministério da Saúde apoiará financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para a implantação e o custeio dos SVO, de acordo com sua disponibilidade orçamentária.

Parágrafo único. O cronograma de repasses de recursos financeiros destinados ao custeio de serviços integrados à Rede de SVO para os anos subseqüentes serão pactuados na última reunião da CIT do ano anterior a cada um desses anos, tendo como base uma avaliação do impacto da rede implantada e a eventual proposição de ajustes neste cronograma e respectivo orçamento.

Art. 4º A implantação da rede de SVO ocorrerá nos próximos quatro anos e o Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo para custeio dos SVO, de acordo com o seguinte cronograma:

I - durante o exercício de 2006, o início do repasse do incentivo financeiro será instituído prioritariamente para o custeio de 15 serviços de Porte III, preferencialmente para os SVO já existentes nas capitais;

II - a partir do exercício de 2007, o incentivo financeiro mensal regular será ampliado prioritariamente para os 12 estados não-contemplados no primeiro ano, que venham a implantar serviços, preferencialmente de Porte III, em suas capitais, ressalvadas as condições definidas no parágrafo único do artigo 3º; e

III - para os exercícios de 2008 e 2009, o Ministério da Saúde deverá prever recursos orçamentários para o repasse do incentivo financeiro necessário ao custeio dos 47 SVOs restantes para compor a rede proposta no Anexo I, ressalvadas as condições definidas no parágrafo único do artigo 3º.

Art. 5º Instituir o Fator de Incentivo para os Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*.

§ 1º O Fator de Incentivo será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, diretamente para o Fundo Estadual de Saúde ou o Fundo Municipal de Saúde, de acordo com o pactuado na CIB, como componente do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS).

§ 2º O valor do Fator de Incentivo variará de acordo com o Porte do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*, conforme se apresenta no Anexo V a esta Portaria.

§ 3º Os estados com população superior a 10 milhões de habitantes, que expandirem o horário do plantão técnico do serviço de Porte III para 24 horas, contarão com um incentivo adicional no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para suplementar o custeio previsto no Anexo V.

§ 4º O Fator de Incentivo será pago em dobro no primeiro mês de adesão, com o objetivo de apoiar o custeio das despesas de implantação da atividade.

Art. 6º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) acompanhará a implantação e a execução dos serviços dos SVO de forma a garantir a qualidade das ações e serviços prestados para fins de recebimento do Fator de Incentivo.

§ 1º A regularidade do cumprimento das obrigações por parte dos SVO é condição para a continuidade do repasse do Fator de Incentivo.

§ 2º O serviço que não atender aos requisitos desta Portaria, no prazo estabelecido, poderá perder a qualificação e deixar de receber o Fator de Incentivo, desde que não apresente justificativa válida para o não-cumprimento ou promova as adequações necessárias.

Art 7º Estabelecer que para fins de repasse do incentivo financeiro, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) cadastre, como integrantes da rede, os serviços indicados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), após pactuação na CIB, até o número máximo definido por UF, no Anexo I.

Parágrafo único. Para cumprimento do disposto neste artigo, a SES deverá encaminhar à SVS uma proposta de constituição da rede estadual de SVO, contendo:

I - cadastro de todos os serviços existentes no estado e no Distrito Federal;

II - pactuação na CIB dos serviços que integrarão a Rede; e

III - fluxos e atribuições dos serviços dentro desta Rede,

Art. 8º Os SVO serão implantados, organizados e capacitados para executarem as seguintes funções:

I - realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica), inclusive os casos encaminhadas pelo Instituto Médico Legal (IML);

II - transferir ao IML os casos:

a) confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia;

b) em estado avançado de decomposição; e

c) de morte natural de identidade desconhecida;

III - comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos de indigentes e/ou não-reclamados, após a realização da necropsia, para que seja efetuado o registro do óbito (no prazo determinado em lei) e o sepultamento;

IV - proceder às devidas notificações aos órgãos municipais e estaduais de epidemiologia;

V - garantir a emissão das declarações de óbito dos cadáveres examinados no serviço, por profissionais da instituição ou contratados para este fim, em suas instalações;

VI - encaminhar, mensalmente, ao gestor da informação de mortalidade local (gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade):

a) lista de necropsias realizadas;

b) cópias das Declarações de Óbito emitidas na instituição; e

c) atualização da informação da(s) causa(s) do óbito por ocasião do seu esclarecimento, quando este só ocorrer após a emissão deste documento.

Parágrafo único. O SVO deve conceder absoluta prioridade ao esclarecimento da causa *mortis* de casos de interesse da vigilância epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde.

Art. 9º Os SVO, independentemente de seu Porte, deverão obrigatoriamente:

I - funcionar de modo ininterrupto e diariamente, para a recepção de corpos;

II - atender à legislação sanitária vigente;

III - adotar as medidas de biossegurança pertinentes para garantir a saúde dos trabalhadores e usuários do serviço; e

IV - contar com serviço próprio de remoção de cadáver ou com um serviço de remoção contratado ou conveniado com outro ente público, devidamente organizado, para viabilizar o fluxo e o cumprimento das competências do serviço.

Art. 10. A área de abrangência de um determinado SVO deve ser pactuada na CIB, podendo ser definida como um grupo de municípios de uma região ou apenas um único município, considerando como parâmetro para definir a área de abrangência o Plano Diretor de Regionalização do Estado.

Art. 11. Determinar que a responsabilidade técnica do SVO seja da competência de um médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o SVO for instalado.

§ 1º Caberá ao médico do SVO o fornecimento da Declaração de Óbito nas necropsias a que proceder.

§ 2º Os exames necroscópicos só poderão ser realizados nas dependências dos SVO, por médico patologista, preferencialmente com especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o serviço estiver instalado.

§ 3º No caso de estados com comprovada carência de patologistas, o SVO poderá ser habilitado provisoriamente sem o cumprimento do disposto no parágrafo anterior, desde que a SES apresente proposta para o desenvolvimento de políticas para ampliar esta disponibilidade.

§ 4º Os exames histopatológicos, hematológicos, bioquímicos, de microbiologia, toxicológicos, sorológicos e imuno-histoquímicos, poderão ser realizados fora das dependências dos SVO, em laboratórios públicos ou privados, legalmente registrados no órgão de vigilância sanitária competente e nos conselhos regionais de profissionais do respectivo estado.

§ 5º Nos casos previstos no parágrafo anterior, o laboratório estará submetido às normas técnicas e éticas vigentes na administração pública da saúde, com destaque para o necessário sigilo, bem como daquelas que forem especificamente definidas pela SES para cada caso.

Art. 12. Instituir Comissão de Implantação e Acompanhamento da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*, a ser composta por técnicos e gestores do SUS, incluindo representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Parágrafo único. A Comissão de que trata o caput deste artigo será designada por portaria do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 13. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adoção das medidas e procedimentos necessários para o pleno funcionamento e efetividade do disposto nesta Portaria.

Art. 14. As despesas previstas nesta Portaria onerarão recursos orçamentários do Ministério da Saúde.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 2006.

ARIONALDO BOMFIM ROSENDO

ANEXO I
DISTRIBUIÇÃO DOS SVO POR UF, SEGUNDO PORTE

Estado	Porte do SVO				População residente na UF (*)
	Porte I	Porte II	Porte III	Total	
Roraima	-	-	1	1	381.896
Amapá	-	-	1	1	547.400
Acre	-	-	1	1	620.634
Tocantins	-	-	1	1	1.262.644
Rondônia	-	-	1	1	1.562.085
Sergipe	-	-	1	1	1.934.596
Mato Grosso do Sul	-	-	1	1	2.230.702
Distrito Federal	-	-	1	1	2.282.049
Rio Grande do Norte	-	-	1	1	2.962.107
Piauí	-	-	1	1	2.977.259
Alagoas	-	-	1	1	2.980.910
Mato Grosso	-	-	1	1	2.749.145
Amazonas	1	-	1	2	3.148.420
Espírito Santo	1	-	1	2	3.352.024
Paraíba	1	-	1	2	3.568.350
Goiás	-	1	1	2	5.508.245
Santa Catarina	-	1	1	2	5.774.178
Maranhão	1	1	1	3	6.021.504
Pará	1	1	1	3	6.850.181
Ceará	1	1	1	3	7.976.563
Pernambuco	-	2	1	3	8.323.911
Paraná	1	2	1	4	10.135.388
Rio Grande do Sul	-	3	1	4	10.726.063
Bahia	-	4	1	5	13.682.074
Rio de Janeiro	1	4	1	6	15.203.750
Minas Gerais	1	5	1	7	18.993.720
São Paulo	1	12	1	14	39.825.226
Total	10	37	27	74	181.581.024

(*) População por estado estimada pelo IBGE para 2004.

ANEXO II
CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO - PORTE I
SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA *MORTIS*

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinado pelo Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal;

II - apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*;

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet;

IV - dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:

a) Auxiliar Administrativo (*);

b) Auxiliar de Serviços Gerais (*);

c) Médico Patologista (**);

d) Técnico de Necropsia (**);

e) Histotécnico (**); e

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento.

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico.

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte I
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-19h

(*) Médico patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo, que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte I
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)
Sorológicos	X(*)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado.

ANEXO III
CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO - PORTE II
SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA *MORTIS*

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinada pelo Secretário de Saúde do Estado ou do Município ou do Distrito Federal;

II - apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*;

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet; e

IV - dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:

a) Auxiliar Administrativo (*);

b) Auxiliar de Serviços Gerais (*);

c) Médico Patologista (**);

d) Técnico de Necropsia (**);

e) Histotécnico (**);

f) Assistente Social (**);

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento.

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico.

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte I
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-23h

(*) Médico Patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte II
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)
Imuno-histoquímico	X(*)
Sorológicos	X(*)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado

ANEXO IV

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO - PORTE III
SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA *MORTIS*

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

I - apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinada pelo Secretário de Saúde do Estado ou do Município ou do Distrito Federal;

II - apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis*;

III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet; e

IV - dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:

Categoria profissional	Porte III
Auxiliar Administrativo (*)	1
Auxiliar de Serviços Gerais (*)	1
Médico Patologista (**)	2
Técnico de Necropsia (**)	1
Auxiliar de Necropsia (**)	1
Histotécnico 40h semanais (***)	1
Assistente Social (**)	1

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte III
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-23h (**)

(*) Médico Patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

(**) O SVO Porte III de UF com mais de 10.000.000 de habitantes, cuja gestão receba o incentivo-adicional de que trata o § 3º do artigo 5º desta Portaria, deverá manter plantão técnico de 24 horas.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte III
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)
Laboratório de toxicologia, com os seguintes procedimentos mínimos: - análise de álcool em amostras biológicas, e - análise qualitativa de drogas (triagem)	X(**)
Imuno-histoquímico	X(**)
Sorológicos	X(*)
Capacidade para oferecer treinamento	X(**)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado.

(**) Procedimento realizado no local ou contratado, e disponível para os demais SVO do estado.

ANEXO V

VALOR MENSAL DO INCENTIVO SEGUNDO O PORTE DO SVO

PORTE	VALOR MENSAL R\$
I	20.000,00
II	30.000,00
III (*)	35.000,00

(*) O SVO de Porte III com mais de 10 milhões de habitantes poderá receber o incentivo adicional de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), de que trata o § 3º do artigo 5º desta Portaria, e deverá manter plantão técnico de 24 horas.

ANEXO VI

CARTA DE ADESÃO

Cada Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* deve ser encaminhado por ofício assinado pelo gestor correspondente (Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal) e em papel timbrado, conforme modelo abaixo:

(TIMBRE)

Identificação do Gestor (Secretaria Estadual ou Municipal de XXXXX)

Local e data _____, _____ de _____ de 2006.

Endereçado a:

À Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS
Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede do Ministério da Saúde, sobreloja, sala 148
CEP: 70058-900 Brasília - DF

Senhor Diretor,

Vimos oficializar o compromisso do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* de _____ (identificar o Serviço) _____, em participar da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO), integrando o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo, declaramos que o referido Serviço cumpre os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, enviamos a documentação necessária, que habilitará o referido Serviço ao credenciamento como Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO) no Porte _____, com as obrigações e vantagens que advêm desta condição.

Atenciosamente,

Assinatura do gestor correspondente
(Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal)