

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

**Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

**Brasília/DF**

**2011**

© 2011. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Tiragem: 4.ª edição – 2011 – 5.000 exemplares

*Elaboração, edição e distribuição*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação em Saúde

Organização: Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica

Produção: Núcleo de Comunicação

SAF Sul, Trecho 02, Lote 5/6, Edifício Premium, Torre I, Bloco F, Térreo, Sala 15

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-7110

Homepage: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

*Coordenação Técnica*

Vera Regina Barea (*In Memoriam*)

*Elaboração Técnica*

Vera Regina Barea (*In Memoriam*)

Helio de Oliveira

Roberto Carlos Reyes Lecca

Regina Coeli Viola

Dácio de Lyra Rabello Neto

Colaboração:

Área Técnica de Saúde da Mulher – DAPES – SAS – MS

Mario de Carvalho Camargo Neto (\*)

Marcelo Salaroli de Oliveira (\*\*)

*Produção Editorial*

Coordenação: XX

Capa, projeto gráfico e diagramação: XX

Normalização: Editora/MS

(\*) Vice-presidente de Registro Civil das pessoas Naturais da Associação dos Notários e Registradores do Brasil ANOREG-Br

(\*\*) Assessor da Presidência da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais do Estado de São Paulo – ARPEN-SP para Projetos Sociais e Cidadania

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN XXX

1. Mortalidade. 2. Sistema de Informações. I. Título. II. Série

CDU xxx.xx

---

Catálogo na fonte – Coordenação Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS XXXXX

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Instruction Manual for completing the Certificate of Death.

Em espanhol: Manual de Instrucciones para el llenado de la Declaración de Óbito.

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	4
<b>1. Introdução</b>	5
<b>2. A Declaração de Óbito (DO)</b>	7
O Médico e a Declaração de Óbito	7
Condições para a emissão da DO	8
Condições para não emissão da DO	8
A Declaração de Óbito Epidemiológica – DO Epidemiológica	9
<b>3. Fluxos da Declaração de Óbito</b>	10
<b>4. Instruções para preenchimento</b>	15
Bloco I – Identificação do falecido	16
Bloco II – Residência	18
Bloco III – Ocorrência	19
Bloco IV – Fetal ou menor que 1 ano	20
Bloco V – Condições e causas do óbito	22
Bloco VI – Médico	23
Bloco VII – Causas externas	24
Bloco VIII – Cartório	25
Bloco IX – Localidade sem Médico	25
<b>Anexos</b>	
Anexo A – Modelo da Declaração de Óbito	27
Anexo B – Modelo da Declaração de Óbito Epidemiológica	28
Anexo C – Definições	29
Anexo D - Exemplos de preenchimento de DO	32
Anexo E – Exemplos de preenchimento correto das DO para mortes maternas	35

## Apresentação

O presente Manual de Instruções representa um esforço do Departamento de Análises de Situação de Saúde – DASIS - que, através da sua Coordenadoria Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, está disponibilizando, em linguagem acessível e objetiva, orientações sobre o correto preenchimento da mais atualizada versão do formulário de Declaração de Óbito (DO).

Esta versão do Manual de Preenchimento da Declaração de Óbito além de substituir a versão 2001, traz uma novidade: a Declaração de Óbito Epidemiológica – DO Epidemiológica, instituída pela Portaria SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.

Este novo instrumento, além de objetivar a expansão da cobertura sobre os registros de óbitos em todo o país, pretende, também, contribuir para a melhoria de qualidade dos dados informados nas DO. Neste sentido, trata-se de instrumento estratégico e oportuno, cujo preenchimento poderá ser feito por outros profissionais de saúde, além de médicos, capaz de reduzir possíveis vãos observados nas estatísticas oficiais, em face da insuficiência de preenchimento ou mesmo ausência presumível de registros na base de dados do SIM.

Do ponto de vista de estrutura e conteúdo a DO – Epidemiológica é exatamente idêntica à Declaração de Óbito, entretanto aquela não tem a legalidade desta e até por isto, poderá ser preenchida por profissionais de saúde, não médicos, desde que devidamente orientados e indicados pelos gestores estaduais e municipais. Ao contrário da DO, a DO Epidemiológica é um instrumento de suporte à busca ativa, portanto, é documento administrativo de amplitude exclusivamente gerencial.

Outra iniciativa inédita foi a inclusão de anexo sobre o preenchimento da DO nos casos de morte materna. Fruto da parceria entre o Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher, da Diretoria de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção em Saúde e da Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica, do Departamento de Análise da Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e a Comissão Especializada de Morte Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Espera-se que este Manual, ao orientar gestores, técnicos e pessoal de apoio quanto ao correto preenchimento das Declarações de Óbito, seus fluxos, sua importância e seus conceitos básicos seja de fato, um instrumento capaz de contribuir para o aumento da eficiência e eficácia do Sistema de Informação sobre Mortalidade no Brasil.

## 1. INTRODUÇÃO

Até fins do século XIX, cada país possuía um modelo diferente de atestado de óbito, fato que fez com que a Organização de Saúde da Liga das Nações constituísse uma comissão para o estudo do problema. Em 1925, foi publicado um informe sugerindo um modelo único de atestado de óbito, para a declaração de morte. Em 1948 adotou-se esse modelo como Modelo Internacional de Atestado de Óbito, que passou a ser utilizado a partir de 1950 praticamente por todos os países do mundo para a anotação das causas da morte.

No Brasil, em 1976, o Ministério da Saúde adotou uma Declaração de Óbito padronizada para todo o território nacional. Esta, mantendo o modelo internacional na parte relativa às causas de morte, uniformizava a maneira de registrar todos os demais tipos de informações. A finalidade foi permitir a comparabilidade dos dados, consolidando-os em nível nacional através do Sistema de Informação de Mortalidade, permitindo então maior racionalização das atividades baseadas nas informações coletadas.

Em princípio, a responsabilidade quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito é atribuída ao profissional médico, conforme o disposto no artigo 84 do Código de Ética Médica, Capítulo X que expressa: “é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta” (Resolução CFM nº 1931, 2009).

A Declaração de Óbito tem dois grandes objetivos:

- ser o documento padrão para coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o determina o artigo 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009
- atender ao artigo 77 da Lei Nº. 6.216, de 30 de junho de 1975 – que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos e determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e outras medidas legais, seja lavrada mediante da Declaração de Óbito

Os dados informados na Declaração de Óbito alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. A partir das informações extraídas das DO são definidas grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Por esta razão, a Declaração de Óbito precisa se garantir, cada vez mais, como um instrumento de amplitude máxima, capaz de captar informações nos mais remotos aglomerados populacionais do país. Além disto, precisa ser corretamente preenchida, de modo que as informações dela extraídas estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país.

A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS é o gestor do SIM em nível nacional, sendo de sua responsabilidade, por meio da CGIAE - DASIS, as alterações do *layout*, bem como as providências para impressão e distribuição do documento básico de coleta e dos manuais do sistema e a divulgação das versões atualizadas dos programas do sistema informatizado. O *layout* atual decorre de alterações sofridas desde então, com inclusão ou alterações de variáveis, de modo a adequá-lo à atualidade epidemiológica.

A DO é distribuída gratuitamente às Secretarias Estaduais de Saúde para subsequente fornecimento às Secretarias Municipais de Saúde, que se responsabilizam pelo controle e distribuição entre os estabelecimentos de saúde, Institutos Médico Legais, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do Registro Civil, profissionais médicos e instituições que a utilizam bem como pelo recolhimento das primeiras vias em hospitais e cartórios.

Cabe ainda à SVS o recebimento dos dados, agregando-os e elaborando o banco nacional sobre mortalidade, de acesso público.

Instruções sobre preenchimento, uso, aplicação e fluxo das Declarações de Óbito estão contidas neste Manual que trata, com detalhes, de cada um dos campos existentes dos dez blocos de informações que dão estrutura e conteúdo à Declaração de Óbito padronizada no Brasil.

Este Manual revoga a versão de agosto de 2001, divulgada pelo Ministério da Saúde.

## 2. A DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

Documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como documento hábil para os fins do Art 77 da Lei nº 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil (Art. 10 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009)

O instrumento padronizado é impresso com sequência numérica única, em conjuntos de três vias auto-copiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS (**Anexo A**). O controle da numeração bem como a emissão e distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, pela sua Secretaria de Vigilância em Saúde (Art. 12 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos formulários diretamente ou por meio de suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que controlam a distribuição e utilização do documento padrão em sua esfera de gerenciamento do sistema (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento e pelo controle da utilização dos formulários entregues às unidades notificadoras que são responsáveis solidários pela série numérica recebida (Art. 13 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009).

Unidades notificadoras que recebem os formulários das Secretarias Municipais de Saúde:

- Estabelecimento e Serviço de Saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar
- Instituto Médico Legal
- Serviço de Verificação de Óbito
- Médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde
- Cartório de Registro Civil - somente em localidades onde não exista médico

É vedada a distribuição da Declaração de Óbito para as empresas funerárias.

### O Médico e a Declaração de Óbito

O Médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento. As informações consignadas no documento são utilizadas na produção das estatísticas de mortalidade e concorrem para a identificação do processo mórbido, conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença. É importante que o responsável pelo preenchimento o faça com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes.

A DO deve ser preenchida para todos os tipos de óbitos fetais e não fetais ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais. O médico atestante deve se abster de utilizar diagnósticos vagos como *“parada cardíaca”*, *“parada cardio-respiratória”*, *“falência de múltiplos órgãos”*, etc, que são modos e não causas de morte, não devendo ser computados como causa básica do óbito.

Os direitos, deveres e obrigações do médico são definidos pelo Código de Ética Médica <sup>1</sup>.

De acordo com legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM) <sup>2</sup>, a emissão da DO é um ato médico, portanto, ocorrido um óbito, o médico tem a obrigação legal de constatá-lo e atestar, utilizando o formulário padrão para tal fim.

O médico não pode cobrar pela emissão da DO em óbitos de paciente sob sua responsabilidade, incluindo as situações em que atua como substituto, ou em IML ou SVO. Poderá cobrar caso seja solicitado a realizar consulta para verificação de óbito em pacientes que não estejam sob sua responsabilidade, excetuadas as condições em que seja substituto (em plantões por exemplo, ou visita domiciliar sob a égide de uma unidade de saúde), esteja em SVO ou IML. Portanto não poderá cobrar por hipótese alguma pela emissão da DO especificamente, de qualquer modo.

### **Condições para emissão da DO**

- Em todo óbito por causa natural ou por causa acidental e/ou violenta
- No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto teve peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros
- No óbito não fetal, quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo

### **Condições para não emissão da DO**

- No óbito fetal, se a gestação teve duração menor que 20 semanas ou o feto teve peso corporal menor que 500 gramas e/ou estatura menor que 25 centímetros  
É facultado ao médico emitir uma DO nestes casos, para atender solicitação da família
- No caso de peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados. Nesses casos o médico elaborará um relatório em papel timbrado do Estabelecimento de Saúde descrevendo o procedimento realizado. Este documento será levado ao Cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento. Estas providências estão definidas na Resolução de Diretoria Colegiada nº 306 da ANVISA (2004)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução CFM nº 1246/88, de 8 janeiro 1988, publicada em DO União de 26 jan 1988, aprovando o Código de Ética Médica, revogada pela resolução CFM nº 1931 de 17/09/2009 que aprova o Novo Código de Ética Médica

<sup>2</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – A Declaração de Óbito: documento necessário e importante – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, 2006

<sup>3</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004, versando sobre como proceder para peças anatômicas humanas, tecidos, membros, órgãos, e outros resíduos de serviços de saúde.

## A Declaração de Óbito Epidemiológica (DO Epidemiológica)

Documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional para a coleta dos dados do óbito conhecido tardiamente pelo sistema de saúde, em circunstâncias em que não seja mais possível emitir uma DO normal (geralmente quando já houve o sepultamento, e não é mais possível verificar o óbito). Esta declaração não é considerada como documento hábil para os fins do Art. 77 da Lei nº 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil.

O instrumento padronizado é impresso com sequência numérica única, em via única, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS (**Anexo B**). O controle da numeração bem como a emissão e distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, pela sua Secretaria de Vigilância em Saúde.

Ressalte-se que os dois modelos, a DO e a DO Epidemiológica, são inteiramente iguais no *layout*, com os mesmos Blocos e com as mesmas variáveis, porém apresentam as seguintes diferenças:

- Os títulos dos Blocos têm fundo preto na DO e fundo verde na DO Epidemiológica
- A DO é composta por três vias, de cores distintas, cada uma com destino final informado, enquanto a DO Epidemiológica tem apenas uma via e um único destino
- A DO é distribuída para as unidades notificadoras enquanto a DO Epidemiológica tem sua distribuição exclusiva para as Secretarias de Saúde, Estadual e Municipais
- A responsabilidade pela emissão da DO, principalmente no que se refere ao Bloco V, é do Médico atestante, enquanto que na DO Epidemiológica esta responsabilidade cabe aos gestores do SIM nas Secretarias de Saúde
- Na DO todos os Blocos devem ser preenchidos enquanto que na DO Epidemiológica, a Parte I e a Parte II do Bloco V, e os Blocos VI, VIII e IX não o são, justificados pelo fato desta DO Epidemiológica ser exclusiva do sistema, para resgate de óbitos que não são de seu conhecimento
- Cada um dos modelos (DO e DO Epidemiológica) segue uma numeração independente
- Os fluxos da DO para os diversos tipos de ocorrência, não se aplicam à DO Epidemiológica, visto esta ser exclusiva das Secretarias de Saúde, onde é preenchida e processada no sistema

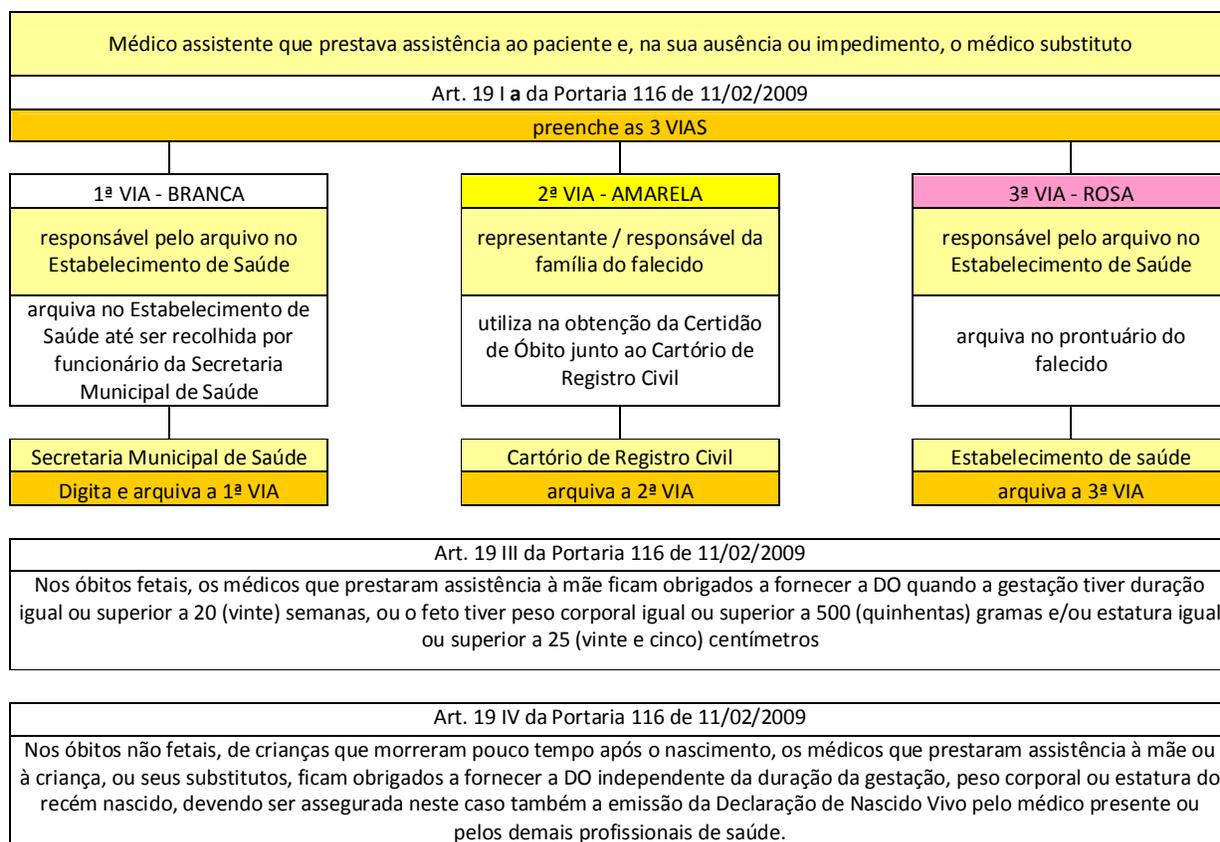
### 3. FLUXOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Declaração de Óbito é impressa em papel especial autocopiativo, em três vias, que compõem um jogo. Cada bloco contém 30 jogos de formulários;

Em função das características do óbito (por causa natural ou por causa acidental e/ou violenta) ou do local de sua ocorrência (hospital, outros estabelecimentos de saúde, via pública, domicílio ou outro, em conformidade com o *Campo 20 do Bloco III*), o fluxo da DO varia, de acordo com o disposto nos artigos 20 a 26 da Portaria nº 116 MS-SVS, de 11/02/2009 <sup>4</sup>.

#### FLUXO 1 - Art. 20 da Portaria nº 116 MS/SVS de 11/02/2009

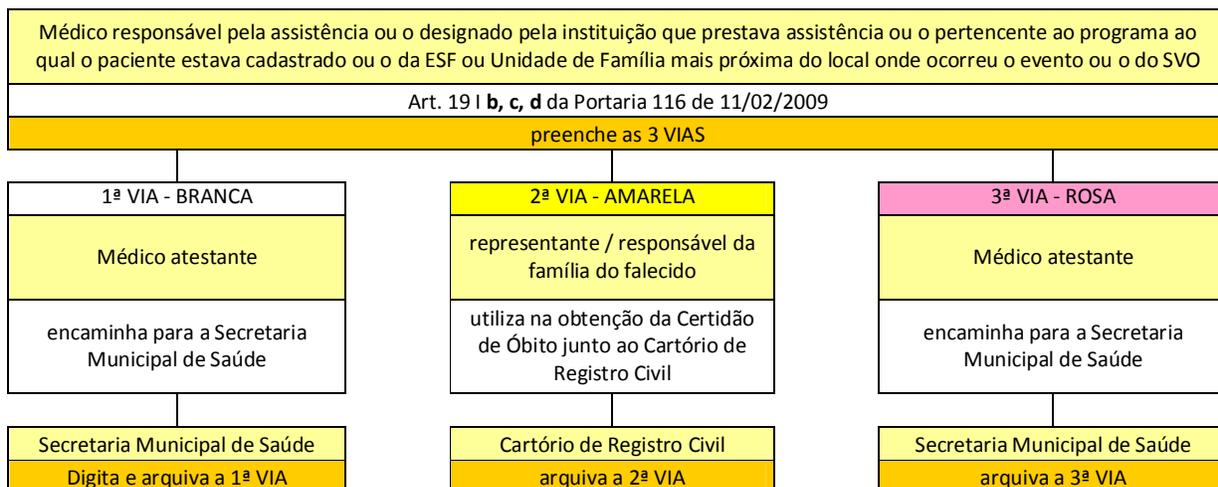
Óbito por causa natural ocorrido em Estabelecimento de Saúde.



<sup>4</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Vigilância em Saúde – Portaria nº116, de 11 de fevereiro de 2009, publicada em D O da União de 12 fev 2009, regulamentando a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos, para os Sistemas de Informações em Saúde, revogando a Portaria nº 20/03, do mesmo título.

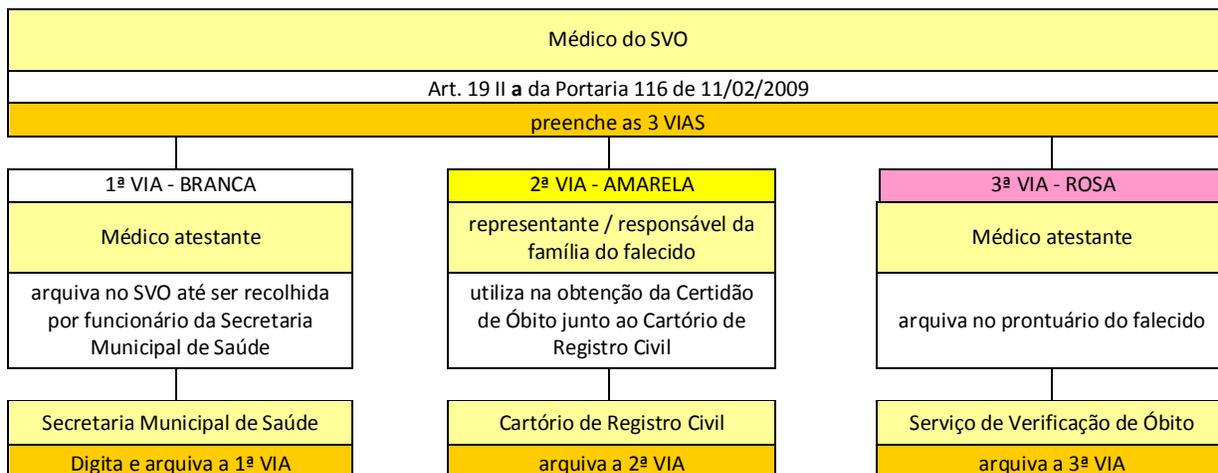
**FLUXO 2** - Art. 21 da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa natural, ocorrido fora do Estabelecimento de Saúde, com assistência médica.



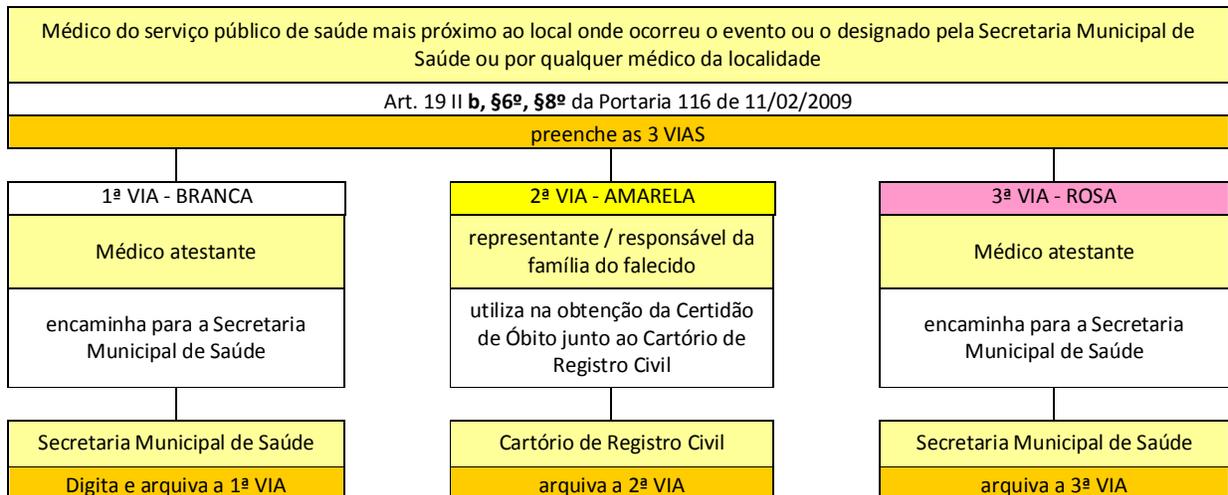
**FLUXO 3** - Art. 22 da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO.



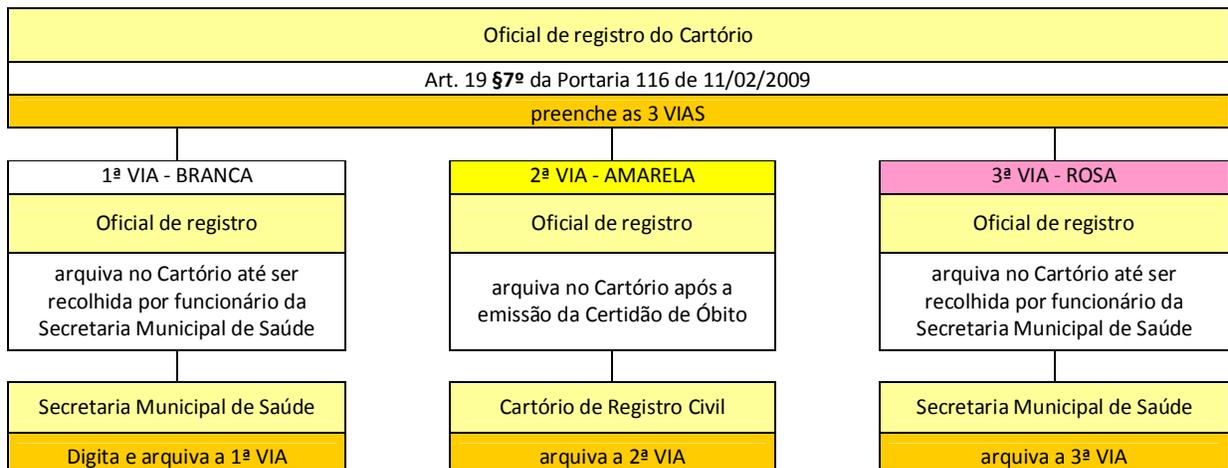
**FLUXO 4** - Art. 21 Parágrafo único da Portaria MS / SVS nº 116 de 11/02/2009

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade sem SVO.



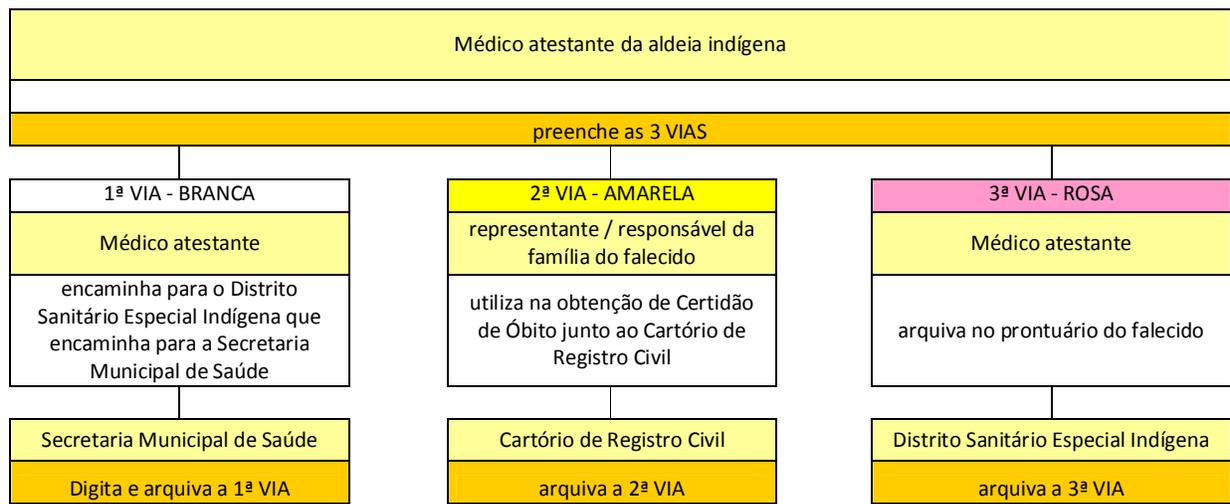
**FLUXO 5** - Art. 23 da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico.



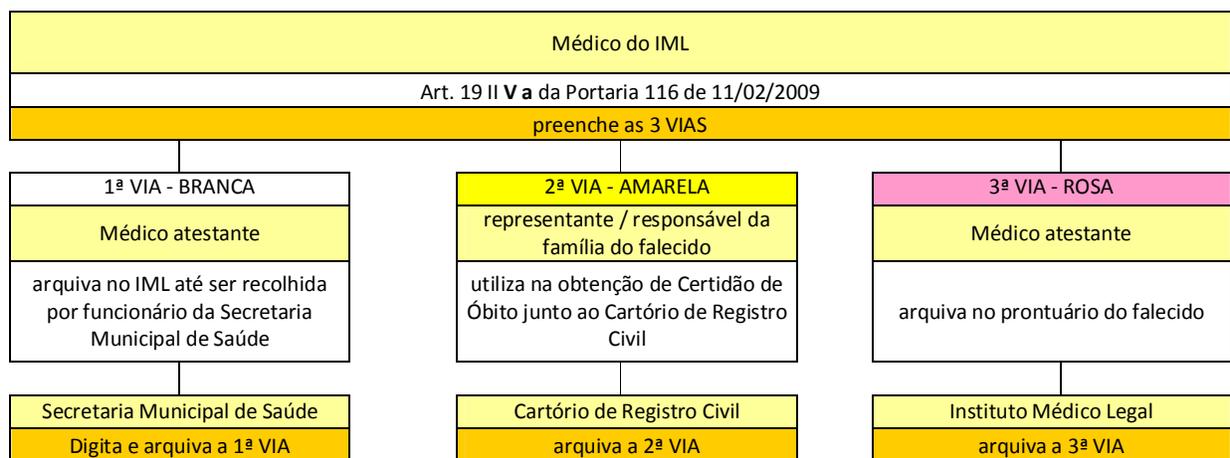
**FLUXO 6** - Art. 23 §2º da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa natural ocorrido em aldeia indígena com assistência médica.



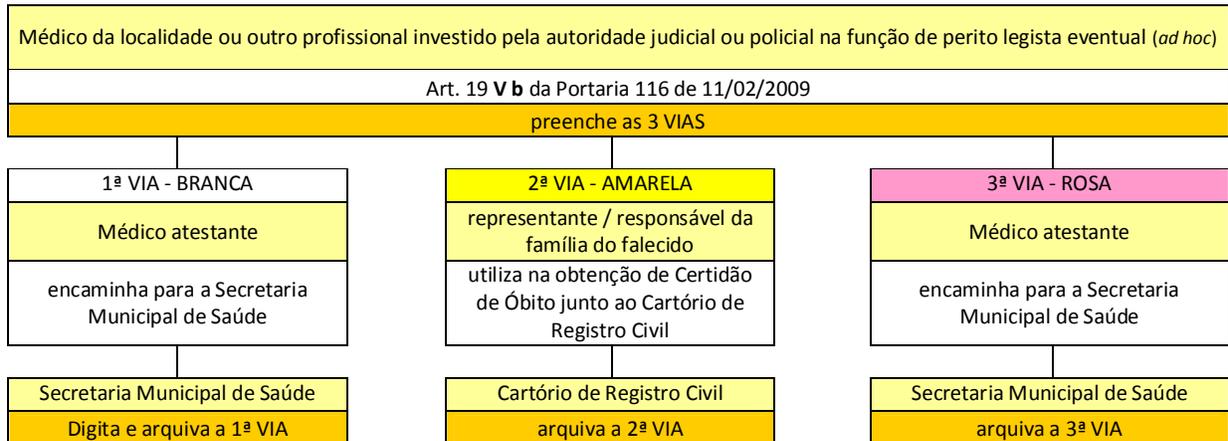
**FLUXO 7** - Art. 25 da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade com IML.



**FLUXO 8** - Art. 26 da Portaria nº 116 MS / SVS de 11/02/2009

Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade sem IML.



#### 4. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Antes do preenchimento da DO, o jogo, contendo as três vias autocopiativas, deve ser destacado do bloco para evitar borrar os demais formulários.

O preenchimento deve ser feito de preferência em letra de forma legível e com caneta esferográfica.

O médico não deve assinar uma Declaração de Óbito em branco, devendo verificar se todos os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos.

Não pode haver emendas ou rasuras. Caso isto ocorra, deve-se ressalvar a emenda ou rasura, repetindo os dados de forma legível e assinando novamente, ao pé da ressalva. Se não for possível ressalvar, o jogo deve ser anulado e encaminhado ao setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela distribuição, para controle.

Deve ainda ser evitado deixar campos em branco, assinalando a opção **“Ignorado”** quando não se conhecer a informação solicitada ou um traço (-) quando não se aplicar ao item correspondente ou na impossibilidade de serem obtidas as informações.

A Declaração de Óbito é composta por nove Blocos, com um total de 59 variáveis:

Bloco I - Identificação

Bloco II - Residência

Bloco III - Ocorrência

Bloco IV - Fetal ou menor que 1 ano

Bloco V - Condições e causas do óbito

Bloco VI - Médico

Bloco VII - Causas externas

Bloco VIII - Cartório

Bloco IX - Localidade sem Médico

O número da Declaração de Óbito é previamente atribuído e consta da primeira linha do documento, com nove algarismos, divididos em duas partes:

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE	<b>Declaração de Óbito</b>	<b>00000000 - 0</b>	
---	----------------------------	---------------------	--

- a primeira parte, com oito algarismos, corresponde à numeração seqüencial de cada jogo de DO;
- a segunda parte contém um algarismo, que é o dígito verificador, cuja principal função é evitar erros de digitação, bem como reduzir a possibilidade de fraudes na emissão do documento ou na digitação de registros. Este algarismo expressa o resultado de um algoritmo aplicado aos oito algarismos anteriores.

A seguir serão apresentados cada um dos Blocos e a forma de preenchimento de suas variáveis.

### Bloco I – Identificação Campos de 1 a 14

Este bloco se destina a colher informações gerais sobre a identidade do falecido e dos seus pais e contém quatorze campos.

1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal		2 Data do óbito Hora		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar país)			
5 Nome do Falecido									
6 Nome do Pai				7 Nome da Mãe					
8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado		10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ Divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002				

**1 Tipo de óbito** - assinalar com um "X" a quadrícula correspondente ao tipo de óbito. Ver definição de óbito fetal e não fetal no Anexo C.

**2 Data do óbito** - anotar a data em que ocorreu o óbito seguindo o padrão dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Quando não for possível definir a data exata, informar data estimada. O sistema não aceita este campo em branco.

**Hora:** anotar a hora exata ou aproximada em que ocorreu o óbito, no padrão 24h. Atentar que não existe 24:00. Ou o óbito ocorreu às 23h59 minutos ou ocorreu às 00h00, que já será anotado quando ocorrido nos primeiros segundos de um dia que se inicia.

**3 Cartão SUS** – neste campo deverá ser anotado o número do Cartão SUS.

Quando não se dispuser desta informação deve-se passar um traço neste campo.

**4 Naturalidade** - preencher o nome do Município onde o falecido nasceu, com a sigla da respectiva UF.

Em caso de desconhecimento do Município, tentar preencher pelo menos a sigla da UF.

Para estrangeiros, preencher o nome do país de origem e se a naturalidade não for conhecida deve-se passar um traço neste campo.

Durante a digitação do documento, estes dados serão complementados pelo respectivo código adotado pelo IBGE, constante do *Cadastro de Municípios* do sistema.

**5 Nome do Falecido** - preencher o nome completo do falecido, por extenso, sem abreviaturas. Usar um documento de identificação do falecido, sempre que possível com foto, para obter esta informação.

Em caso de óbito fetal preencher este campo com "**Natimorto**".

**6 Nome do Pai** - preencher o nome completo do pai do falecido, sem abreviaturas. Usar um documento de identificação do falecido, sempre que possível com foto, para obter esta informação. Em caso de ser desconhecido preencher com **“Ignorado”**.

**7 Nome da Mãe** - preencher o nome completo da Mãe do falecido, sem abreviaturas. Usar um documento de identificação do falecido, sempre que possível com foto, para obter esta informação. Em caso de ser desconhecido preencher com **“Ignorado”**.

**8 Data de nascimento** - anotar a data de nascimento do falecido no padrão *dia, mês, e ano dd/mm/aaaa*. Em caso de óbito fetal as datas de óbito e nascimento deverão ser iguais. Se as datas forem diferentes então o sistema não aceita e envia uma mensagem de crítica.

**9 Idade** - preencher com a idade do falecido ou a idade presumida como a seguir:

**Anos completos:** quando a idade ou idade presumida do falecido for igual ou maior que um, este campo deve ser preenchido com os anos completos.

**Menores de um ano:** quando a idade do falecido for menor que um ano, este campo deverá ser preenchido do seguinte modo:

- **Até 11 meses e 29 dias:** preencher com o número de meses completos de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de um mês e menos de doze meses completos
- **Até 29 dias:** preencher com o número de dias de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de um dia e menos de trinta dias completos
- **Até menos de 1 dia:** preencher com o número de horas de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de uma hora e menos de vinte e quatro horas completas
- **Até menos de 1 hora:** preencher com o número de minutos de vida se a criança tiver morrido com menos de sessenta minutos completos

Em óbito fetal este campo não deve ser preenchido

**10 Sexo** - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de sexo.

A alternativa **“Ignorado”** só deverá ser assinalada em casos especiais como cadáveres mutilados, em estado avançado de decomposição, genitália indefinida ou hermafroditismo.

Obs: Os Campos de números 11 a 14, abaixo, não deve ser preenchido quando se tratar de óbito fetal.

**11 Raça / Cor**<sup>5</sup> – assinalar a quadrícula correspondente com um “X”. Esta variável não admite a alternativa **“Ignorada”**. A cor do falecido deve ser perguntada ao responsável pelas informações do falecido, não devendo nunca ser decidida pelo médico a partir da observação.

---

<sup>5</sup> A não utilização do quesito cor encobre dados relevantes para a identificação de agravos à saúde que acometem populações em situação de vulnerabilidade, como negros e indígenas, e mascara a evolução destes agravos. Não considerar a composição pluri-étnica da sociedade brasileira significa impedir sistematicamente a equidade na atenção à saúde. (OLIVEIRA, M. (2001) Sobre a Saúde da População Negra Brasileira. In: Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos - São Paulo: MacArthur Foundation, 2001:8-12).

Para maiores informações: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_textos\\_basicos\\_snsnpn.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_textos_basicos_snsnpn.pdf)

O responsável pelas informações do falecido deve ser informado das opções para o campo e deve escolher um dos cinco itens relacionados. Ainda que a resposta não corresponda exatamente a nenhuma das alternativas é necessário observar as seguintes correspondências de cor para a categorização do campo.

1. Branca
2. Preta
3. Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana entre outras)
4. Parda (inclui-se nesta categoria morena, mulata, cabocla, cafuza, ou qualquer outro mestiço de pessoa da cor preta com pessoa de outra cor ou raça)
5. Indígena (se aplica aos indígenas ou índios que vivem em aldeamento, como também aos que se declararam indígenas e vivem fora do aldeamento).

Obs: é o responsável pelo falecido quem escolhe a opção que melhor define a cor do falecido.

**12 Situação conjugal** - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à alternativa da situação conjugal do falecido. Preencher com a informação dada pelos familiares.

NOTA:

Deve-se informar aos familiares que o estado civil que constará do registro e certidão de óbito será aquele que for declarado perante o oficial de registro, que exercerá o seu dever de verificar os requisitos legais para a atribuição desta informação, mesmo que esta seja diferente do que consta na DO. Os cartórios não devem recusar ou devolver a DO ao serviço de saúde, quando houver divergência entre a informação desta com a que é apurada no registro civil. Neste caso, prevalecerá aquilo que é declarado no cartório, considerando que o preenchimento da DO não dispensa a qualificação pelo registrador.

**13 Escolaridade (última série concluída)** – Esta pergunta deve ser respondida em duas etapas, informando inicialmente o “Nível” de escolaridade que a pessoa falecida cursou (1 - Fundamental I; 2 - Fundamental II; 3 – Médio; 4 - Superior incompleto; 5 - Superior completo) e em seguida a última “Série” concluída com aprovação se no quesito “Nível” foi informada a alternativa 1, 2 ou 3.

Caso não tenha estudado, anotar sem escolaridade (opção 0 – Sem escolaridade no campo Nível).

**14 Ocupação habitual** - não preencher este campo para óbitos em crianças com menos de 5 anos de idade. Neste caso deve-se passar um traço neste campo.

**Ocupação habitual** é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva.

A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002<sup>6</sup>. O código não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

---

<sup>6</sup> BRASIL – MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO- Portaria MTE nº 397, de 9 de outubro de 2002, que aprova a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO / 2002, para uso em todo o território nacional

Recomenda-se não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, professor, médico, etc, mas com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operária têxtil, professor de matemática do ensino médio, médico pediatra, etc.

No caso do falecido ser **aposentado**, preencher com a ocupação habitual anterior.

As categorias Estudante, Dona de Casa, Aposentado/Pensionista, e Desempregado devem ser evitadas ao máximo pois embora estejam presentes no sistema de informações, não são ocupações classificadas na CBO 2002. Podem ser usadas em situações de exceção, mas por não integrarem a CBO 2002, quando informadas no sistema, não se enquadram em nenhuma família, subgrupo, subgrupo principal ou grande grupo desta classificação, perdendo comparabilidade com outras fontes.

## Bloco II – Residência **Campos de 15 a 19**

Este Bloco se destina a colher dados sobre a residência do falecido e contém cinco campos.

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

**15 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)** - preencher o endereço completo com número e complemento. O código do logradouro não precisa ser preenchido. O digitador ou codificador o preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

**16 CEP** – preencher com o código constante no *Código de Endereçamento Postal*, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - EBCT.

**17 Bairro / Distrito** - preencher com o nome do Bairro ou Distrito ao qual pertence o logradouro. Se a informação não for conhecida deve-se passar um traço neste campo. O código do logradouro não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador o preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema. Se a informação não for conhecida deve-se passar um traço neste campo.

**18 Município de residência** - Preencher com o nome completo do Município onde residia habitualmente o falecido. Obs: Em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da Mãe. O código não precisa ser preenchido. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

**19 UF** - preencher com a sigla da Unidade da Federação (Estado ou DF) à qual pertence o Município de residência.

### Bloco III Ocorrência Campos de 20 a 26

Este Bloco se destina a colher informações sobre o local onde ocorreu o óbito e contém sete campos.

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

**20 Local de ocorrência do óbito** - assinalar com um "X" a quadrícula correspondente à área física onde ocorreu o óbito, de acordo com as alternativas:

- 1. Hospital:** se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas, com assistência médica permanente de pelo menos um médico
- 2. Outros estabelecimentos de saúde:** se o óbito ocorreu em outros estabelecimentos que prestam assistência à saúde coletiva ou individual que não hospitais (Postos/Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, dentre outros);
- 3. Domicílio:** se o óbito ocorreu em um domicílio
- 4. Via pública:** se o óbito ocorreu em uma via pública
- 5. Outros:** se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, domicílio ou via pública
- 6. Ignorado:** quando não for possível identificar o local de ocorrência do óbito

**21 Estabelecimento** - preencher com o nome do hospital ou de outro estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito.

**Código CNES:** corresponde ao código do estabelecimento de saúde constante do *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*. O código não precisa ser preenchido, exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

**22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)** - preencher o endereço completo de onde ocorreu o óbito, desde que este tenha se dado em outro local, fora do estabelecimento de saúde ou da residência.

Obs: Somente preencher este campo se a escolha no **Campo 20** (Local de ocorrência do óbito) tenha sido 4 - Via Pública ou 5 - Outros. No caso de 3 - Domicílio este campo só deve ser preenchido quando o óbito tiver ocorrido em um domicílio diferente da residência do falecido (**Campo 15**).

**23 CEP** - anotar o Código de Endereçamento Postal correspondente ao endereço constante do campo anterior.

**24 Bairro/Distrito** - preencher com o nome do Bairro ou Distrito ao qual pertence o logradouro, conforme constam do *Cadastro de Logradouros*.

**Código:** O código não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

**25 Município de ocorrência** - preencher com o nome do Município onde ocorreu o óbito. O código não precisa ser preenchido. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

**26 UF** - preencher com a sigla da Unidade da Federação (Estado ou DF) à qual pertence o Município de ocorrência do óbito.

#### BLOCO IV - Fetal ou menor que 1 ano Campos de 27 a 36

Este bloco se destina a colher informações sobre a Mãe e sobre o falecido, em casos de óbito fetal ou menor de 1 ano. Este bloco contém dez campos.

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

Quando o óbito for **fetal**, ou de **menor de 1 ano**, este bloco deve ter todos os seus campos preenchidos (exceto Número da DNV que não será preenchido nos casos de óbito fetal). Quando o óbito for **não fetal** e de **maior de 1 ano de idade**, este bloco não deve ser preenchido, passando-se direto para o Bloco seguinte (Bloco V).

**27 Idade** – anotar a idade da Mãe com dois algarismos.

**28 Escolaridade (última série concluída)** – Esta pergunta deve ser respondida em duas etapas, informando inicialmente o “Nível” de escolaridade que a mãe cursou (1 - Fundamental I; 2 - Fundamental II; 3 – Médio; 4 - Superior incompleto; 5 - Superior completo) e em seguida a última “Série” concluída com aprovação se no quesito “Nível” foi informada a alternativa 1, 2 ou 3.

Caso não tenha estudado, anotar sem escolaridade (opção 0 – Sem escolaridade no campo Nível).

**29 Ocupação habitual** - Ocupação habitual é o tipo de trabalho exercido habitualmente pela Mãe.

A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002<sup>7</sup>. O código não precisa ser preenchido exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. O digitador ou codificador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

Recomenda-se não preencher com ocupações vagas, como vendedora, operária, professora, médica, etc, mas com o complemento da ocupação: vendedora de automóveis, operária têxtil, professora de matemática do ensino médio, médica pediatra, etc.

No caso da mãe do falecido(a) ser “**aposentada**”, preencher com a ocupação habitual anterior.

As categorias Estudante, Dona de Casa, Aposentado/Pensionista, e Desempregado devem ser evitadas ao máximo pois embora estejam presentes no sistema de informações, não são ocupações classificadas na CBO 2002. Podem ser usadas em situações de exceção, mas por não integrarem a CBO 2002, quando informadas no sistema, não se enquadram em nenhuma família, subgrupo, subgrupo principal ou grande grupo desta classificação, perdendo comparabilidade com outras fontes.

**30 Número de filhos tidos** - destina-se a informações sobre o número de filhos tidos, vivos e mortos, inclusive abortamentos. Lembrar que esta variável não inclui o falecido (nascido vivo ou morto) a que se referir a Declaração. Portanto não incluir a criança cujo óbito se notifica nesta DO na contagem do número de filhos vivos e/ou perdas fetais e abortos.

Anotar o número de filhos tidos (nascidos vivos e perdas fetais/abortos) com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a quadrícula “99-Ignorado”.

**31 Número de semanas de gestação** – anotar o número de semanas de gestação com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a quadrícula “99-Ignorado”.

**32 Tipo de gravidez** - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez, ou 9 se ignorado.

**33 Tipo de parto** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de parto, ou 9 se ignorado.

**As variáveis a seguir se referem ao falecido.**

**34 Morte em relação ao parto** - assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto.

**35 Peso ao nascer** - anotar o peso em gramas (quatro algarismos).

**36 Número da Declaração de Nascido Vivo** - anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (DN). O número da DN deve ser preenchido com todos os seus 11 caracteres (formato 00-00000000-0).

## **BLOCO V – Condições e causas do óbito Campos de 37 a 40**

<sup>7</sup> BRASIL – MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO- Portaria MTE nº 397, de 9 de outubro de 2002, que aprova a Classificação Brasileira de Ocupações –CBO / 2002, para uso em todo o território nacional

Este bloco se destina a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Contempla o modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948 e sua importância decorre do fato dele ser a fonte da **Causa Básica** do óbito e dos agravos que para ela contribuíram. Este bloco contém quatro campos.

Obs: O preenchimento deste bloco deve ser feito para qualquer tipo de óbito, fetal ou não fetal.

<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>		<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>	
<b>37</b> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		<b>38</b> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>39</b> Necrópsia ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>40</b> CAUSAS DA MORTE <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>			
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
a		Devido ou como consequência de:			
b		Devido ou como consequência de:			
c		Devido ou como consequência de:			
d		Devido ou como consequência de:			
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

### ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

**37** A morte ocorreu – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à situação gestacional ou pós-gestacional em que ocorreu o óbito. Deve ser preenchido em caso de óbito de mulher fértil. Este é um campo de importância essencial para identificar óbitos maternos, especialmente quando as causas do óbito materno estão fora do capítulo XV (O00 a O99) da CID10. O não preenchimento deste campo em óbitos de mulheres férteis gera custos adicionais ao sistema de saúde para investigar e obter posteriormente esta informação.

### ASSISTÊNCIA MÉDICA

**38** Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à alternativa escolhida. Este campo se refere ao atendimento médico continuado que o paciente recebeu, ou não, durante a enfermidade que ocasionou o óbito.

### DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

**39** Necrópsia? assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à alternativa de execução ou não de necropsia

### CAUSAS DA MORTE

**40** Este campo só pode ser preenchido pelo médico que atestou o óbito e seus diagnósticos não podem ser alterados por outra pessoa que não o próprio, em documento elucidativo à parte, ou pela anulação da DO e preenchimento de outra.

Os conceitos de “causa de morte” e de “causa básica”, definidos em assembléia geral da OMS, estão descritos no **Anexo C** - Definições.

A declaração das causas de morte informadas neste Campo deve estar consoante com o “*Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte*”, atualmente em vigor em todos os países e recomendado, em 1948, durante a Assembléia Mundial de Saúde<sup>8</sup>.

- **PARTE I** - destinada à anotação da causa que provocou a morte (*causa terminal – linha a*) e dos estados mórbidos que produziram a causa registrada na linha a (*causas antecedentes ou conseqüenciais – linhas b e c*, e a *causa básica – linha d*).

É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária.

No caso de óbito fetal não preencher com a expressão “**Natimorto**”, pois além desta não caracterizar uma causa de óbito, já foi anotada no Bloco I – Identificação.

- **PARTE II** - destinada à anotação de outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte e que, porém, não fizeram parte da cadeia definida na Parte I.

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas *causas contribuintes*.

**Tempo aproximado entre o início da doença e a morte** - este espaço deverá sempre ser anotado em ambas as Partes I e II.

Os espaços destinados aos códigos da CID são destinados à codificação das causas pelo profissional responsável por este trabalho, nas Secretarias de Saúde, o codificador de causas de morte. Não devem ser preenchidos pelo médico.

#### **BLOCO VI – Médico Campos de 41 a 47**

Este bloco se destina a colher informações sobre o Médico que assina a DO e contém sete campos.

---

<sup>8</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS - Conferência Internacional para a Sexta Revisão das Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte, realizada em Paris, de 26 a 30 de abril de 1948,

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

**41 Nome do Médico** - preencher por extenso o nome completo do Médico, que assina a declaração.

**42 CRM** - anotar o número de inscrição do Médico atestante no Conselho Regional de Medicina da UF a que estiver jurisdicionado.

**43 Óbito atestado por Médico** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à condição do Médico atestante.

**44 Município e UF do SVO ou IML** – Este campo deve ser preenchido apenas quando no campo anterior tenha sido informado que o médico atestante é do SVO. Nestes casos, preencher o nome do Município e UF onde estão localizados o Serviço de Verificação de Óbito - SVO ou o Instituto Médico-Legal – IML.

**45 Meio de contato** - anotar o meio de se entrar em contato com o médico que assinou a Declaração de Óbito, tal como telefone, fax, *e-mail* ou outro qualquer.

**46 Data do atestado** - preencher com a data em que o atestado foi assinado segundo o padrão dia, mês e ano (*dd/mm/aaaa*).

**47 Assinatura** - espaço destinado à assinatura do Médico atestante, com a aposição de seu carimbo com o número de inscrição no CRM.

#### BLOCO VII – Causas externas Campos de 48 a 52

Este Bloco se destina a colher informações sobre o provável tipo de morte por violências e contém cinco campos. É de grande importância epidemiológica e se constitui num complemento ao **Bloco V - Condições e Causas do Óbito**, que corresponde ao Capítulo XX da CID-10 - Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade<sup>9</sup>.

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL ( informações de caráter estritamente epidemiológico )				
48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio	3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado 9	49 Acidente do Trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Ignorado 9
50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital		3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	Ignorado 9	
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência				
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO				
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)				Código

<sup>9</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão – EDUSP, 9ª edição revista, 2003.

## PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL

(Informações de caráter estritamente epidemiológico)

**48 Tipo** - assinalar com um "X" a quadrícula correspondente ao tipo de morte violenta ou circunstâncias em que se deu a morte não natural. Esta informação frequentemente é dada pelo médico legista, ou obtida nos laudos do IML. Quando não for sabido o tipo, informar 9-ignorado.

**49 Acidente de trabalho** - assinalar com um "X" a quadrícula correspondente à alternativa, quando o evento que desencadeou o óbito estiver relacionado ao processo de trabalho.

**50 Fonte da informação** - este campo fornece informações complementares para as mortes ocasionadas por causas externas. Assinalar com um "X" a quadrícula correspondente à fonte de informação utilizada para o preenchimento dos campos anteriores.

**51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência** - deverá ser feita uma descrição sucinta, sem perder a clareza, sobre as prováveis circunstâncias que motivaram as lesões observadas, bem como a identificação do tipo do local de ocorrência (via pública, residência, etc).

**52 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO** - preencher com o nome do logradouro onde ocorreu a violência ou acidente que produziu a lesão fatal.

## BLOCO VIII – Cartório Campos de 53 a 57

Este Bloco se destina a colher dados referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do óbito, bem como o número e data do registro. Este Bloco contém cinco campos.

A responsabilidade pelo seu preenchimento é exclusiva do Oficial do Registro Civil (Cartórios).

53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data	
56 Município				57 UF

**53 Cartório** - o nome do Cartório deve ser preenchido por extenso.

**Código:** Não precisa preencher exceto se orientado pela Secretaria de Saúde a fazê-lo. Trata-se da tabela de códigos constante do *Cadastro de Cartórios* do SIM

**54 Registro** – anotar o número de registro que consta no livro apropriado para óbitos.

**55 Data** – anotar a data em que foi efetuado o registro e que deve ser a do Livro de Registro de Óbitos.

**56 Município** – preencher com o nome do Município onde se localiza o Cartório.

**57 UF:** preencher com a sigla da UF à qual pertence o Município onde se localiza o Cartório.

## BLOCO IX – Localidade sem Médico Campos de 58 a 59

Este bloco deverá ser preenchido no caso de óbito ocorrido em localidade sem Médico. Neste caso, seu preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil, segundo o prescrito na Lei do Registro Civil conforme citado abaixo:

*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 tenham presenciado ou verificado a morte.)*

Este Bloco contém 2 campos.

58 Declarante	59 Testemunhas A B
---------------	--------------------------

**58 Declarante** – preencher com o nome completo do declarante e sua assinatura. Geralmente o declarante é o responsável pelo falecido.

**59 Testemunhas** - cada uma das testemunhas deverá assinar numa das linhas, de acordo com o que prescreve o Art 77 da Lei dos Registros Públicos citada mais acima, sendo conveniente a colocação do número de um documento de identidade (RG, CPF, etc).

# Anexo A – Modelo de Declaração de Óbito

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito					
I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)		
		5 Nome do Falecido	6 Nome do Pai	7 Nome da Mãe			
		8 Data de nascimento Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorçado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
		13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	Código CBO 2002			
II	Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16 CEP		
		17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código	19 UF	
III	Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública	21 Estabelecimento Código CNES				
		22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	23 CEP		
IV	Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF	
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
V	Condições e causas do óbito	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002		
		30 Número de filhos vivos Nascidos Perdas fetais/abortos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
		35 Peso ao nascer [Gramas]	36 Número da Declaração de Nascido Vivo				
		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
VI	Médico	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
		40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a	Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b	Devido ou como consequência de:			
	c	Devido ou como consequência de:					
	d	Devido ou como consequência de:					
VII	Causas externas	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML	UF	
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura			
VIII	Cartório	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
		48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra			
IX	Localid. S/ Médico	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Código				
X	Cartório	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data	57 UF	
		56 Município					
XI	Localid. S/ Médico	58 Declarante					
		59 Testemunhas A B					

## Anexo B – Modelo da Declaração de Óbito Epidemiológica

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		DO Epidemiológica		
I	Identificação	1) Tipo de óbito: <input type="checkbox"/> Fetal / <input type="checkbox"/> Não fetal 2) Data do óbito: _____ Hora: _____ 3) Cartão SUS: _____ 4) Naturalidade: _____ <small>Município / UF (se estrangeiro informar país)</small>		
	5) Nome do Falecido: _____		6) Nome do Pai: _____	
	7) Nome da Mãe: _____		8) Data de nascimento: _____	
II	Residência	9) Idade: _____ Anos completos / Menores de 1 ano: _____ Meses / _____ Dias / _____ Horas / _____ Minutos / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 10) Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masc. / <input type="checkbox"/> F - Fem. / <input type="checkbox"/> I - Ignorado 11) Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1 Branca / <input type="checkbox"/> 4 Parda / <input type="checkbox"/> 2 Preta / <input type="checkbox"/> 5 Indígena / <input type="checkbox"/> 3 Amarela 12) Situação conjugal: <input type="checkbox"/> 1 Solteiro / <input type="checkbox"/> 2 Casado / <input type="checkbox"/> 3 Viúvo / <input type="checkbox"/> 4 Separamento judicial / <input type="checkbox"/> 5 União estável / <input type="checkbox"/> 6 Divorçado / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 13) Escolaridade (última série concluída): Nível: <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade / <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) / <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) / <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) / <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto / <input type="checkbox"/> 5 Superior completo / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Série: _____ 14) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____		
	15) Logradouro (rua, praça, avenida etc.): _____		16) CEP: _____	
	17) Bairro/Distrito: _____ Código: _____		18) Município de residência: _____ Código: _____	
III	Ocorrência	20) Local de ocorrência do óbito: <input type="checkbox"/> 1 Hospital / <input type="checkbox"/> 2 Outros estab. saúde / <input type="checkbox"/> 3 Domicílio / <input type="checkbox"/> 4 Via pública / <input type="checkbox"/> 5 Outros / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 21) Estabelecimento: _____ Código CNES: _____ 22) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc): _____ Número: _____ Complemento: _____ 23) CEP: _____ 24) Bairro/Distrito: _____ Código: _____ 25) Município de ocorrência: _____ Código: _____ 26) UF: _____		
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 27) Idade (anos): _____ 28) Escolaridade (última série concluída): Nível: <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade / <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) / <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) / <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) / <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto / <input type="checkbox"/> 5 Superior completo / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Série: _____ 29) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada): _____ Código CBO 2002: _____			
	30) Número de filhos vivos: _____ 31) Nº de semanas de gestação: _____ 32) Tipo de gravidez: <input type="checkbox"/> 1 Única / <input type="checkbox"/> 2 Dupla / <input type="checkbox"/> 3 Tripla e mais / <input type="checkbox"/> 9 Ignorada 33) Tipo de parto: <input type="checkbox"/> 1 Vaginal / <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 34) Morte em relação ao parto: <input type="checkbox"/> 1 Antes / <input type="checkbox"/> 2 Durante / <input type="checkbox"/> 3 Depois / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 35) Peso ao nascer: _____ Gramas 36) Número da Declaração de Nascido Vivo: _____			
IV	Fetal ou menor que 1 ano	37) A morte ocorreu: <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez / <input type="checkbox"/> 2 No parto / <input type="checkbox"/> 3 No aborto / <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o parto / <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o parto / <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 38) CAUSAS DA MORTE - PARTE I: Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA. Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: _____ CID: _____ 39) CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. a) Devido ou como consequência de: _____ b) Devido ou como consequência de: _____ c) Devido ou como consequência de: _____ d) Devido ou como consequência de: _____ 40) PARTE II: Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		
	41) Nome do Médico: _____ 42) Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.): _____ 43) Data do atestado: _____ 44) Assinatura: _____ 45) CRM: _____ 46) Óbito atestado por Médico: <input type="checkbox"/> 1 Assistente / <input type="checkbox"/> 2 Substituto / <input type="checkbox"/> 3 IML / <input type="checkbox"/> 4 SVO / <input type="checkbox"/> 5 Outro / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 47) Município e UF do SVO ou IML: _____ UF: _____			
	48) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico): 49) Tipo: <input type="checkbox"/> 1 Acidente / <input type="checkbox"/> 2 Suicídio / <input type="checkbox"/> 3 Homicídio / <input type="checkbox"/> 4 Outros / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 50) Acidente do Trabalho: <input type="checkbox"/> 1 Sim / <input type="checkbox"/> 2 Não / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 51) Fonte da informação: <input type="checkbox"/> 1 Boletim de Ocorrência / <input type="checkbox"/> 2 Hospital / <input type="checkbox"/> 3 Família / <input type="checkbox"/> 4 Outra / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 52) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____ SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO: 53) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____			
V	Condições e causas do óbito	54) Nome do Médico: _____ 47) CRM: _____ 46) Óbito atestado por Médico: <input type="checkbox"/> 1 Assistente / <input type="checkbox"/> 2 Substituto / <input type="checkbox"/> 3 IML / <input type="checkbox"/> 4 SVO / <input type="checkbox"/> 5 Outro / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 47) Município e UF do SVO ou IML: _____ UF: _____		
	55) Nome do Médico: _____ 56) Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.): _____ 57) Data do atestado: _____ 58) Assinatura: _____ 59) CRM: _____ 60) Óbito atestado por Médico: <input type="checkbox"/> 1 Assistente / <input type="checkbox"/> 2 Substituto / <input type="checkbox"/> 3 IML / <input type="checkbox"/> 4 SVO / <input type="checkbox"/> 5 Outro / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 61) Município e UF do SVO ou IML: _____ UF: _____			
VI	Médico	54) Nome do Médico: _____ 55) Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.): _____ 56) Data do atestado: _____ 57) Assinatura: _____ 58) CRM: _____ 59) Óbito atestado por Médico: <input type="checkbox"/> 1 Assistente / <input type="checkbox"/> 2 Substituto / <input type="checkbox"/> 3 IML / <input type="checkbox"/> 4 SVO / <input type="checkbox"/> 5 Outro / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 60) Município e UF do SVO ou IML: _____ UF: _____		
	62) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico): 63) Tipo: <input type="checkbox"/> 1 Acidente / <input type="checkbox"/> 2 Suicídio / <input type="checkbox"/> 3 Homicídio / <input type="checkbox"/> 4 Outros / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 64) Acidente do Trabalho: <input type="checkbox"/> 1 Sim / <input type="checkbox"/> 2 Não / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 65) Fonte da informação: <input type="checkbox"/> 1 Boletim de Ocorrência / <input type="checkbox"/> 2 Hospital / <input type="checkbox"/> 3 Família / <input type="checkbox"/> 4 Outra / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 66) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____ SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO: 67) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____			
VII	Causas externas	68) Tipo: <input type="checkbox"/> 1 Acidente / <input type="checkbox"/> 2 Suicídio / <input type="checkbox"/> 3 Homicídio / <input type="checkbox"/> 4 Outros / Ignorado <input type="checkbox"/> 9 69) Acidente do Trabalho: <input type="checkbox"/> 1 Sim / <input type="checkbox"/> 2 Não / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 70) Fonte da informação: <input type="checkbox"/> 1 Boletim de Ocorrência / <input type="checkbox"/> 2 Hospital / <input type="checkbox"/> 3 Família / <input type="checkbox"/> 4 Outra / <input type="checkbox"/> 9 Ignorado 71) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____ SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO: 72) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____		
	73) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____ SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO: 74) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____			
VIII	Cartório	75) Cartório: _____ Código: _____ 76) Registro: _____ 77) Data: _____ 78) Município: _____ 79) UF: _____		
	80) Declarante: _____ 81) Testemunhas: A: _____ B: _____			
IX	Localidade / Médico	82) Declarante: _____ 83) Testemunhas: A: _____ B: _____		
	84) Declarante: _____ 85) Testemunhas: A: _____ B: _____			

## **Anexo C – Definições**

As definições sobre os tipos e características dos óbitos foram adotadas pela *Assembleia Mundial da Saúde* (resoluções WHA20.19 e WHA43.24) de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde e constam na CID-10.

**1. Abortamento:** É a expulsão ou extração de um produto da concepção sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação.

**2. Aborto:** É o produto da concepção expulso no abortamento.

**3. 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 lesões.

**3.1 Causa básica de morte:** A causa básica de morte é definida como:

**3.1.1** a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte

**3.1.2** as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal

**4. Instituto Médico Legal – IML:** Órgão oficial que realiza necropsias em casos de óbitos decorrentes de causas externas, visando à elucidação das causas que provocaram o evento.

**5. Morte materna:** Definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela.

**5.1 Mortes Obstétricas diretas:** Aquelas resultantes de complicações Obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

**5.2 Mortes Obstétricas indiretas:** Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas Obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

**6. Morte materna declarada:** A morte materna é considerada declarada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

**7. Morte materna não declarada:** A morte materna é considerada como não declarada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

**8. Morte materna presumível ou mascarada:** É considerada morte materna mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que

sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma, se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

**9. Morte materna tardia:** É a morte de uma mulher por causas Obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

**10. Morte ocorrida durante a gravidez, parto ou puerpério:** Morte ocorrida durante a gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas.

**11. Nascimento vivo:** É a expulsão ou extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

**12. Óbito:** É o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação.

**12.1 Óbito fetal:** É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

**12.2 Óbito neonatal:** O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em *óbitos neonatais precoces*, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida (**idade entre 0 e 6 dias**), e *óbitos neonatais tardios*, que ocorrem após o sétimo dia e termina com 28 dias completos de vida (**idade entre 7 a 27 dias**).

**12.3 Óbito pós neonatal:** compreende os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até 1 ano incompleto (menor de 1 ano).

**13. Óbito hospitalar:** É a morte que ocorre em estabelecimento de saúde, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

**14. Óbito por causa externa:** É o que decorre de uma lesão provocada por violência (agressão, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito.

**15. Óbito por causa natural:** É aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

**16. Óbito sem assistência médica:** É o óbito que sobrevém em paciente que não teve assistência médica durante a doença ou evento que ocasionou a morte (campo 45 da DO).

O campo 45 da DO se refere à falta de assistência médica **durante** a doença e não representa a causa básica de óbito, enquanto que o código R98 (morte sem assistência médica do capítulo XVIII da CID-10) indica que o óbito ocorreu sem a presença de um médico.

**17. Serviço de Verificação de Óbito – SVO:** Órgão oficial responsável pela realização de necropsias em pessoas que foram a óbito por causas naturais sem assistência médica, ou com diagnóstico de moléstia mal definida.

## Anexo D - Exemplos de preenchimento de Declarações de Óbito

**Exemplo 1:** Paciente tinha febre tifóide e apresentou perfuração intestinal, falecendo em conseqüência de peritonite. Neste caso, a causa básica é **febre tifóide** e as complicações, ou causas conseqüenciais, são a **perfuração intestinal** e a **peritonite**. Esta última é chamada *conseqüência terminal* ou simplesmente *causa terminal*. O atestado deverá ser preenchido da seguinte maneira:

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID		
VI	Condições e causas do óbito	<b>PARTE I</b>					
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	PERITONITE	6 d	
		CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como conseqüência de:			
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	PERFURAÇÃO INTESTINAL	6 d	
		Devido ou como conseqüência de:		c	FEBRE TIFÓIDE	10 d	
		Devido ou como conseqüência de:		d			
<b>PARTE II</b>		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 2:** A criança apresentou sarampo e teve como complicação broncopneumonia, falecendo em conseqüência desta. Neste caso, a causa básica **sarampo** deu origem à **broncopneumonia**, que foi a causa terminal. O atestado deverá ser preenchido como abaixo, sendo que a causa básica foi registrada na linha “b”, ficando as demais em branco, o que é perfeitamente aceitável.

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID		
VI	Condições e causas do óbito	<b>PARTE I</b>					
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	BRONCOPNEUMONIA	2 d	
		CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como conseqüência de:			
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	SARAMPO	7 d	
		Devido ou como conseqüência de:		c			
		Devido ou como conseqüência de:		d			
<b>PARTE II</b>		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 3:** Pedestre golpeado por caminhão, sofreu fraturas múltiplas, falecendo em conseqüência do choque traumático. Neste caso, a causa básica é **pedestre golpeado por caminhão** (acidente de trânsito), conforme abaixo:

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID		
VI	Condições e causas do óbito	<b>PARTE I</b>					
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	CHOQUE TRAUMÁTICO		
		CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como conseqüência de:			
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	FRATURAS MÚLTIPLAS		
		Devido ou como conseqüência de:		c	PEDESTRE GOLPEADO POR CAMINHÃO		
		Devido ou como conseqüência de:		d			
<b>PARTE II</b>		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 4:** Falecimento de homem com **traumatismo crânio-encefálico** como consequência de **disparo intencional de arma de fogo**. A causa básica é a causa externa, como abaixo:

VI		19 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Condições e causas do óbito	PARTE I	a	TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO		
	CAUSAS ANTECEDENTES	b	DISPARO INTENCIONAL DE ARMA DE FOGO		
		c			
		d			
PARTE II		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

**Exemplo 5:** Falecimento de homem com **choque hemorrágico** devido a esmagamento de órgãos internos, causado pelo **impacto de queda de árvore sobre seu corpo**. Neste caso as causas da morte são:

VI		19 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Condições e causas do óbito	PARTE I	a	CHOQUE HEMORRÁGICO		
	CAUSAS ANTECEDENTES	b	ESMAGAMENTO DO TÓRAX		
		c	IMPACTO DE QUEDA DE ÁRVORE SOBRE O CORPO		
		d			
PARTE II		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

**Exemplo 6:** Criança de seis meses deu entrada no Pronto Socorro com história de três dias de **diarréia**, que se intensificou nas últimas doze horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa **desidratação**, evidências de **desnutrição**.

O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

VI		19 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Condições e causas do óbito	PARTE I	a	DESIDRATAÇÃO	1h	
	CAUSAS ANTECEDENTES	b	DIARRÉIA	3 d	
		c	DESNUTRIÇÃO	1h	
		d			
PARTE II		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Os dois exemplos a seguir se referem a óbitos fetais:

**Exemplo 7:** Membranas rompidas prematuramente com trinta e três semanas de gestação. Desenvolvimento de **infecção intra-uterina**. A Mãe entrou em trabalho de parto cinco dias após a **ruptura das membranas**. O feto faleceu neste período. Neste caso, as causas de morte são:

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
VI	Condições e causas do	<b>PARTE I</b>				
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	INFECÇÃO INTRA-UTERINA	IGN
		Devido ou como consequência de:		b	RUPTURA PREMATURA DA MEMBRANA	5d
		Devido ou como consequência de:		c		
<b>PARTE II</b>		d				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

**Exemplo 8:** Mulher com **diabetes mellitus** desenvolveu uma **toxemia severa** durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesárea e o feto morreu durante esse período. O preenchimento da causa de morte deve ser feito como abaixo:

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
VI	Condições e causas do	<b>PARTE I</b>				
		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	DESLOCAMENTO PREMATUREO DA PLACENTA	IGN
		Devido ou como consequência de:		b	TOXEMIA MATERNA	IGN
		Devido ou como consequência de:		c		
<b>PARTE II</b>		d	DIABETES MELLITUS	IGN		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

## Anexo E. Preenchimento correto de DO de mortes maternas <sup>10</sup>

A DO é um instrumento estatístico da maior relevância para traçar o perfil epidemiológico de um segmento populacional.

As informações pessoais da falecida (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade e ocupação) permitem definir o perfil da gestante de risco, contribuindo para a elaboração de ações e/ou estratégias, para evitar o óbito dessas mulheres, adequadas à realidade local.

O preenchimento do campo raça/cor, também, pode auxiliar no estudo da causa básica do óbito, uma vez que algumas patologias estão diretamente relacionadas à raça/cor, tais como: anemia falciforme e talassemia às populações negra e branca, respectivamente.

O preenchimento correto do campo 37 é de suma importância para a caracterização da morte materna declarada, da morte materna tardia, para a triagem do óbito com vistas à investigação e para o cálculo da razão de mortalidade materna.

No campo 40 é imprescindível que o médico declare corretamente a seqüência dos fatos clínicos que resultaram na morte, de modo a facilitar a identificação da causa básica pelo codificador. No caso da morte materna o preenchimento correto deste campo permite a identificação do óbito materno, e neste caso sua classificação por grandes grupos de causas como óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos e sua distribuição por causas específicas.

- As causas da morte são preenchidas pelo médico e, posteriormente, recebem um código segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- No preenchimento da causa básica quando a causa selecionada for um estágio precoce de uma doença e estiver informado no atestado um estágio mais avançado da mesma doença, codificar o estágio mais avançado. Por exemplo: pré-eclampsia e eclampsia. Deve ser codificada a eclampsia. Também, se forem registradas duas causas semelhantes, mas uma mais específica do que a outra, a última deve ser codificada como causa básica do óbito.
- Destaca-se que uma cirurgia ou qualquer outro procedimento médico, não é doença, portanto, não pode ser causa básica da morte. No caso em que se tenha pensado na cirurgia como a causa básica, pode-se considerar como causa básica a doença que motivou a indicação da cirurgia.

---

<sup>10</sup> **Elaboração:** Regina Coeli Viola, Hélio Bertolozzi Soares, Jacob Arkader, Dalva Braz de Oliveira. **Colaboradores:** Angela Maria Cascão, Dácio de Lyra Rabello Neto, Denise Lopes Porto, Hélio Oliveira, Marcelo Araújo Freitas, Márcia de Paulo Costa Mazzei, Marcos Augusto Bastos Dias, Maria do Carmo Lopes Melo, Regina Amélia Pessoa Aguiar, Ruy Laurenti, Sandra Valongueiro Alves, Sérgio Hofmeister Martins Costa, Valdir Monteiro Pinto

A violência de gênero é um evento freqüente no país, muitas vezes resultando em mortes maternas associadas ao capítulo XX, o que torna relevante o preenchimento deste campo nos casos de óbitos de mulheres em idade fértil.

- Nos casos em que a causa básica é uma causa externa, deve-se lembrar que o atestante deve ser um médico legista. É de suma importância para o estudo do óbito materno que os Institutos de Medicina Legal procedam ao exame anatomopatológico do útero e anexos em todas as necropsias realizadas nas mulheres em idade fértil contribuindo para a identificação de óbitos maternos.

As causas da morte devem ser preenchidas pelo médico, mas a definição dos códigos da CID-10ª Revisão a serem utilizados deve ser realizada posteriormente, pelo codificador de causas de mortalidade, um profissional especializado formado especificamente para esta função, e grande conhecedor da Classificação Internacional de Doenças.

Os exemplos a seguir esclarecem melhor o modo do preenchimento da causa básica em óbitos maternos.

**1º Exemplo:** Mulher com 25 anos, apresentou dor em baixo ventre e hemorragia transvaginal, três horas depois evoluiu para abortamento espontâneo, sendo submetida à curetagem na 20ª semana de gestação em ambulatório. No dia seguinte apresentou um quadro séptico, permanecendo internada por treze dias. Evoluiu para insuficiência renal, coma e óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

Parte I: a. Aguarda exames complementares.

- **Laudo anatomopatológico:** Restos placentários com sinais de retenção e inflamação aguda inespecífica.

**Comentários:** Trata-se de um caso de aborto espontâneo com evolução altamente sugestiva, desde o início, de abortamento infectado, pela rápida evolução para um quadro séptico. A realização de curetagem em regime ambulatorial, sem a correta identificação de processo infeccioso associado ao quadro de abortamento foi, muito provavelmente, determinante na evolução do quadro para choque séptico que, possivelmente, poderia ter sido evitado com utilização de antimicrobianos por via parenteral e, eventualmente, na dependência da gravidade do caso, até mesmo indicação de intervenção cirúrgica mais agressiva, com realização de histerectomia. A insuficiência renal foi desencadeada pelo choque séptico, assim como o coma.

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

## CAUSAS DA MORTE

## PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

## CAUSAS ANTECEDENTES

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

## PARTE II

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

## ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

a	Coma	13 dias	
b	Insuficiência renal	13 dias	
c	Septicemia	24 hrs	
d	Aborto espontâneo	Ignorado	

**2º Exemplo:** Mulher com 39 anos, cinco gestações anteriores, na 15ª semana de gestação, com história de pequenos sangramentos, foi internada com diagnóstico ecográfico de mola hidatiforme. Foi submetida a esvaziamento uterino por vácuo aspiração e curetagem uterina, com retirada de grande quantidade de material com vesículas. Apresenta sangramento intenso incoercível. Ao ser encaminhada para histerectomia fez um choque hipovolêmico e evoluiu para o óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

Parte I : a. A esclarecer.

– **Laudo anatomopatológico:** *Mola hidatiforme destruens.*

**Comentários:** O médico que cuidou do caso encaminhou para o Serviço de Verificação de Óbito pela consistência da parede uterina durante a curetagem. A causa da morte foi a mola hidatiforme.

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

## CAUSAS DA MORTE

## PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

## CAUSAS ANTECEDENTES

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

## PARTE II

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

## ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

a	Choque hipovolêmico	1 dia	
b	Mola hidatiforme	Ignorado	
c			
d			
	Gestação de 15 semanas		

**3º Exemplo:** Mulher com 30 anos foi atendida em Unidade de Saúde quando foi orientado tratamento para dor de estômago. Três dias depois deu entrada no hospital às 12 horas, com dor, distensão abdominal e hipotensão, quadro de choque há 1 hora. O obstetra diagnosticou gravidez ectópica rota, foi indicada cirurgia, mas 3 horas após a admissão apresentava sinais de coma tendo evoluído para óbito 5 horas após a entrada no referido serviço.

– **Causas do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Parada cardio-respiratória  
b. Choque hipovolêmico

**Comentários:** O médico que cuidou do caso constatou a gravidez ectópica rota, mas não a declarou na DO. Parada cardiorespiratória é um diagnóstico inespecífico que não deve ser utilizado.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Coma	6 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Choque hipovolêmico	3 dias	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Gravidez ectópica tubária	Ignorado	
	d		
<b>PARTE II</b>			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**4º Exemplo:** Mulher com 25 anos, foi internada apresentando diarreia, icterícia, corrimento com odor fétido, vômito e abdome doloroso à palpação. Foi encaminhada para isolamento com hipótese diagnóstica de hepatite infecciosa. No quarto dia de internação foi submetida a anestesia geral para curetagem com vistas à retirada de feto morto de 8 semanas. No dia seguinte foi para a UTI com quadro de choque séptico, fez coagulação intravascular disseminada (CIVD) e evoluiu para óbito.

– **Causas do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Coagulação intravascular disseminada.  
b. Feto morto retido.

Parte II: Insuficiência Renal Aguda.

**Comentários:** Mulher chegou em estado grave ao hospital com infecção por aborto. Houve demora no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento. Não foi possível saber se o aborto foi espontâneo ou provocado.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a CIVD	24 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Choque séptico	24 horas	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Aborto não especificado infectado	4 dias	
	d		
<b>PARTE II</b>			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**5º Exemplo:** Mulher 37 anos com hipertensão arterial crônica, em uso de nifedipina. Quando estava com 32 semanas de gestação foi internada com diagnóstico de toxemia gravídica, com PA de 160/110 mmHg. Dez dias após a internação a cardiocardiografia apresentou padrão normal, o feto estava ativo, a pressão arterial era de 160/80mmHg e recebeu alta. No dia seguinte retornou ao hospital com epigastralgia, vômito, plaquetopenia, alteração de enzimas hepáticas e pressão arterial (PA) de 160/110 mmHg. Foi realizada cesariana, retirado o feto morto. Durante a cirurgia apresentou PA de 220/130 mmHg, foi feito bloqueio com anestesia peridural. A PA baixou para 170/100 mmHg. Foi hidratada com ringer lactato 500ml. No pós-operatório imediato apresentou anúria, sem resposta ao diurético e infusão de volume. Foi encaminhada para UTI em choque evoluindo para óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I:     a. HELLP síndrome  
                   b. Coagulação intravascular disseminada  
                   c. Hipertensão crônica
- Parte II:    Insuficiência renal

**Comentários:** A mulher era uma hipertensa crônica fez uma HELPP síndrome que levou à insuficiência renal, ao choque e óbito.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	Choque hipovolêmico	Ignorado
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b	Insuficiência renal aguda	Ignorado
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c	Síndrome HELLP	Ignorado
	d	Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	Ignorado
<b>PARTE II</b>			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima		Gestação de 32 semanas	

**6º Exemplo:** Mulher com gestação de 35 semanas, internada às 16h30min, com quadro de doença hipertensiva específica da gestação grave (DHEG grave), com pressão arterial de 190/140 mmHg, e sofrimento fetal. Às 17horas foi submetida à cesariana com raquianestesia. Às 23h30min apresentou quadro de choque hemorrágico, hematoma subaponeurótico. Submetida à anestesia geral para drenagem de hematoma, sendo corrigida a volemia com papa de hemácias (14 unidades), plasma fresco (3 unidades) e concentrado de plaquetas (6 unidades). Realizado infusão de drogas: adrenalina, cedilanide e dopamina. Foi encaminhada à UTI às 4 horas onde recebeu dobutamida, atropina, gluconato de cálcio e bicarbonato

de sódio. Às 8 horas apresentou parada cardíaca, que foi revertida. Às 13h30min ocorreu nova parada cardíaca, sendo o óbito declarado às 14 horas.

– **Causa do óbito na DO:**

Parte I: a. Parada cardio-respiratória

**Comentários:** Parada cardio-respiratória não é causa básica de óbito. A mulher fez uma pré-eclâmpsia grave, alteração de enzimas hepáticas e plaquetopenia (síndrome HELLP) que não foi corrigida e levou a uma coagulação intravascular disseminada irreversível.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a CIVD	7 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Pré-eclâmpsia grave	Ignorado	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 36 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**7º Exemplo:** Primigesta de 17 anos, com 40 semanas de gestação, apresentou quadro hipertensivo na consulta de pré-natal. Na semana seguinte, procurou o hospital às 7 horas por estar sentindo dor no abdome, foi examinada e orientada a voltar para casa. Como não melhorou, retornou ao hospital pela manhã, sendo admitida às 7h em trabalho de parto e com diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) leve. Na sala de pré-parto, às 8 horas houve evolução do quadro com aumento da pressão arterial. Às 14h15min, foi indicada cesárea. Por ocasião da indução anestésica, a paciente teve convulsões generalizadas que persistiram no transoperatório, evoluindo com parada cardio-respiratória irreversível às 15hrs. O corpo foi encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbito SVO.

– **Causas do óbito na DO original:**

Parte I: a. A esclarecer dependendo de exames complementares.

– **Laudo anatomopatológico:**

- Causa indeterminada.
- Edema cerebral.
- Congestão polivisceral.

**Comentário:** O médico patologista não recebeu as informações sobre a história da doença que levou ao óbito da mulher e, assim, não conseguiu determinar a causa corretamente. Na realidade, o próprio médico

que atendeu à paciente já tinha feito o diagnóstico. O atestado de óbito deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Edema cerebral	7 h 15 min	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Eclâmpsia no trabalho de parto	24 horas	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 40 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**8º Exemplo:** Mulher admitida às 20 horas, com 42 semanas de gestação, em trabalho de parto, com bolsa rota e pressão arterial de 160/100mmHg. Uma hora e meia após o parto apresentou crise convulsiva, sendo medicada com valium. Após uma hora apresentou hemorragia uterina, sendo medicada com methergin intramuscular. Teve uma nova crise convulsiva evoluindo para coma e depois para o óbito.

– **Causas do óbito na DO:**

Parte I: a. Epilepsia

**Comentários:** O médico ao preencher a DO demonstrou a incapacidade para fazer o diagnóstico diferencial entre epilepsia e eclampsia, o que impediu o tratamento adequado levando a mulher a óbito.

Forma correta de preencher a DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Coma	1 hora	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Edema cerebral	1 hora	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Eclampsia no puerpério	1 h 30 min	
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 42 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**9º Exemplo:** Adolescente de 16 anos grávida de 20 semanas, com historia de 2 episódios de infecção urinária nesta gestação, deu entrada na emergência hospitalar com história de febre (39º C), dor lombar, disúria, hematúria e polaciúria há 2 dias. Evoluiu com trabalho de parto prematuro e óbito fetal. No pós-

parto fez um quadro de dispnéia, oligúria, e icterícia. Evoluiu para coma, tendo sido encaminhada para UTI, ocorrendo o óbito um dia após o parto.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I:
- a. ---
  - b. ---
  - c. Sepses
  - d. Trabalho de parto prematuro

**Comentários:** A pielonefrite aguda sem o devido tratamento ocasionou o trabalho de parto prematuro que evoluiu para a sepses e óbito. Também houve um erro na forma do preenchimento da causa básica que deve ser registrada de baixo para cima. Assim seria registrada na linha b se não estivesse errado.

Forma correta de preencher a DO:

CAUSAS DA MORTE PARTE I	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Sepses	1 dia	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Trabalho de parto pré-termo	2 dias	
	c Infecção no rim na gestação/ Pielonefrite aguda	Ignorado	
	d		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Gestação de 20 semanas		

**10º Exemplo:** Mulher com 40 anos, 7 gestações anteriores, teve o último parto 1 ano antes da gestação atual. Em consulta médica na 38ª semana desta gestação apresentava queixa de sangramento vaginal, recebeu a informação de que estava com placenta prévia confirmada por ultrassom. Foi encaminhada à maternidade, mas não compareceu no serviço. Dois dias após a consulta foi internada em choque hipovolêmico, encaminhada ao centro cirúrgico para realizar a cesariana de emergência, fez uma parada cardio-respiratória e faleceu.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I:
- a. Placenta prévia total
  - b. Choque hipovolêmico
  - c. Parada cardio-respiratória

**Comentários** A DO foi preenchida no sentido errado, de cima para baixo e parada cárdio-respiratória é um modo de morrer, um diagnóstico impreciso que não deve ser utilizado nem como causa terminal. O óbito ocorreu em consequência à placenta prévia com hemorragia.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	Choque hipovolêmico	Ignorado
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b	Placenta prévia com hemorragia	2 dias
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c		
	d		
<b>PARTE II</b>		Gestação de 38 semanas	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**11º. Exemplo:** Gestante a termo foi internada às 7 horas em trabalho de parto com bolsa rota. O parto foi realizado sem assistência médica às 21h30min. Cerca de 30 minutos após o parto, a mulher apresentou quadro de sangramento vaginal levando a anemia aguda. O controle da pressão arterial foi realizado a cada 15 minutos e a média da PA era de 60/40 mmHg. Foi solicitado sangue, porém não chegou a tempo. O óbito ocorreu cerca de 4 horas após o parto, sendo que a única medicação administrada para a mulher foram 4 ampolas de efortil, 3000ml de solução fisiológica e methergin intramuscular.

– **Causa do óbito na DO original:**

Parte I: a. Hemorragia pós-parto imediato

**Comentários:** O médico anotou a causa básica, mas não registrou as causas consequenciais.

Forma correta de preencher a DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	SARA	4 horas
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b	Choque hipovolêmico	4 horas
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c	Hemorragia pós-parto	30 minutos
	d		
<b>PARTE II</b>		Amniorexe prematura	14 h 30 min
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**12º Exemplo:** Mulher foi internada por apresentar, no terceiro dia pós-parto vaginal espontâneo, febre (39°C), dor pélvica e eliminação de secreção vaginal com odor fétido. Foi diagnosticado endometrite puerperal foi realizada curetagem uterina para retirada de restos placentários. Na evolução apresentou quadro de choque séptico, sendo então realizada histerectomia, com ooforectomia bilateral. Na seqüência foi encaminhada a UTI, aonde evoluiu para óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I:
- a. ---
  - b. ---
  - c. Choque séptico
  - d. Peritonite

**Comentários:** A causa básica do óbito foi a infecção puerperal. O foco infeccioso não foi retirado com a curetagem levando ao choque séptico, SARA e óbito.

Forma correta de preencher a DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a SARA	3 dias	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Choque séptico	3 dias	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Infecção puerperal	3 dias	
	d		
<b>PARTE II</b>	Parto vaginal		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**13º Exemplo:** Mulher admitida no centro obstétrico às 18 horas apresentando dilatação cervical de 6 cm, bolsa íntegra, batimentos cardíofetais de 140, pressão arterial de 120/80 mmHg e temperatura de 36,5°C. Após 5 horas evoluiu para parto normal com episiotomia média lateral esquerda, teve recém-nascido vivo pesando 4200 g. Cerca de 1 hora após o parto a mulher apresentou quadro de dispnéia intensa, tonturas, sendo atendida imediatamente por anestesista, obstetra e enfermeira, foram realizadas manobras de reanimação, massagem cardíaca sem sucesso.

– **Causa do óbito na DO original:**

Parte I: a. A esclarecer dependendo de exames complementares.

– **Laudo anatomopatológico:** pulmão com áreas de colapso, edema e presença de êmbolos vasculares por elementos amnióticos, escamas fetais predominantes.

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a SARA	1 hora	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Embolia amniótica	1 hora	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Macrossomia fetal		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**14º Exemplo:** Mulher internada às 17 horas em trabalho de parto, na 41ª semana de gestação, teve parto normal às 17 horas e 30 minutos. Duas horas após o parto apresentou dor intensa, reavaliada pelo médico foi constatada a inversão uterina. Foi encaminhada para cirurgia quando apresentou choque hipovolêmico, ocorrendo o óbito às 21horas.

– **Causa da morte na DO:**

- Parte I: a. Parada cardio-respiratória  
b. Complicações pós-parto

**Comentários:** O médico assistente diagnosticou a inversão uterina. No entanto, não a reconheceu como causa básica do óbito.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Choque hipovolêmico	2 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Inversão de útero pós-parto	2 horas	
	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 41 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**15º Exemplo:** Mulher internada às 03 horas, na 41ª semana de gestação, em trabalho de parto e óbito de feto com 4 kg. Evoluiu para dilatação total, sem resolução e com queda da pressão arterial. Às 15horas foi encaminhada para cesariana com quadro de choque e foi utilizada a anestesia geral. Recebeu transfusão com o óbito ocorrendo às 16horas.

– **Causa do óbito na DO:**

- Parte I: a. Choque hipovolêmico  
b. Ruptura uterina

**Comentários:** A causa básica do óbito foi a ruptura uterina.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Choque hipovolêmico	1 hora	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Ruptura do útero durante o trabalho de parto	12 horas	
	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 41 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Macrossomia fetal		

**16º Exemplo:** Mulher com história de 3 gestações e 2 cesáreas anteriores foi internada às 23 horas na 40ª semana de gestação, em trabalho de parto. Ficou aguardando transferência de hospital para realização de cesárea. Evoluiu para parto vaginal de recém nascido com 3,6 kg. No pós-parto imediato apresentou sangramento aumentado, foi instituído ocitócito evoluindo para óbito seis horas após o parto.

– **Causa do óbito na DO:**

- Parte I: a. Choque hipovolêmico  
b. Ruptura uterina

**Comentários:** O campo 49 foi preenchido corretamente. No entanto, na Parte II deveria ter sido registrado as semanas de gestação.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE PARTE I	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Choque hipovolêmico		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Ruptura do útero durante o trabalho de parto	2 horas	
	c		
	d		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Gestação de 41 semanas		

**17º Exemplo:** Mulher com 20 anos, na 42ª semana de gestação, internada para cesárea é submetida à raquianestesia (marcaína hiperbárica 0,5%, sem adrenalina). Durante a cirurgia apresenta uma convulsão, dispnéia, sinais de hiperemia de face, variação de pulso (130 – 140) e pressão arterial de 80/40 mmHg. Evoluiu com edema agudo de pulmão, foi entubada imediatamente, apresentou crise convulsiva, cianose de lábios e extremidades e evoluiu para óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Na dependência de exames complementares.

– **Laudo anatomopatológico:**

Microscópico: **Coração:** fibras musculares cardíacas de aspecto habitual. **Cérebro:** com discreto edema e em córtex os neurônios se mostram hipereosinofílicos. **Pulmões:** alvéolos distendidos, espaços aéreos totalmente preenchidos por material amorfo eosinofílico. Septos delgados, vasos congestos, brônquios com luz, ora pérvia ora com material eosinofílico. **Diagnóstico:** edema agudo de pulmão.

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

## CAUSAS DA MORTE

## PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

## CAUSAS ANTECEDENTES

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado  
entre o início da doença  
e a morte

CID

a Edema agudo de pulmão

b Outras complicações de anestesia raquidiana durante o parto

c

d

Gestação de 42 semanas

## PARTE II

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

**18º Exemplo:** Gestante com 24 semanas de gestação, portadora de tuberculose, abandonou por 3 vezes o tratamento da doença e atualmente estava no 5º mês do tratamento com esquema para recidiva. Apresentou um quadro de hemoptise grave e dispnéia aguda. Evoluiu para óbito sem condições para assistência médica devido a rapidez da ocorrência.

– **Causa do óbito na DO original:**

Parte I: a. Tuberculose

**Comentários:** Na tuberculose a necrose caseosa forma cavidades nas áreas pulmonares que permitem a disseminação da doença pelos brônquios formando novas cavidades. No caso a causa de óbito foi a tuberculose não tratada.

Forma correta de preenchimento da DO:

## CAUSAS DA MORTE

## PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

## CAUSAS ANTECEDENTES

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado  
entre o início da doença  
e a morte

CID

a Insuficiência respiratória

Ignorado

b Tuberculose

Ignorado

c

d

Gestação de 24 semanas

## PARTE II

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

**19º Exemplo:** Mulher com 30 anos, índia, foi internada na 37ª semana de gestação, com febre, cefaléia, palidez, sudorese. Foi medicada com hidratação oral, dipirona e foi coletado sangue para pesquisa de Plasmodium. Apresentou uma queda da própria altura, com perda da consciência. Evoluiu para parto vaginal e apresentou hemorragia pós-parto. O resultado da pesquisa para malária foi positivo. Foi medicada e recebeu bolsas de concentrado de hemáceas e de plasma fresco congelado. Encaminhada para UTI fez CIVD e evoluiu para o óbito.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Sepses puerperal  
 b. Falência múltipla de órgãos  
 c. Parada cardíaca

**Comentários:** Parada cardíaca não é causa básica de morte, e sim modo de morrer. O médico que preencheu a DO não faz menção à hemorragia pós-parto nem ao diagnóstico de malária.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a CIVD	Ignorado	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Hemorragia pós-parto por deficiência de coagulação	Ignorado	
	c Infecção por malária complicando a gestação, parto ou puerpério	Ignorado	
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 35 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**20º Exemplo:** Mulher com gestação de 24 semanas foi internada às 10 horas, com quadro de dor torácica, dor lombar e dispnéia. Diagnóstico de pneumonia. Hemograma 24.400 leucócitos e 13% de bastonetes. Às 3 horas do dia seguinte deu entrada na UTI apresentando dispnéia, tosse e escarro com sangue. Evoluiu para óbito às 4 horas.

— **Causa da morte na DO:**

- Parte I: a. SARA  
 b. Sepses  
 c. Pneumonia

**Comentários:** A gravidez coloca a mulher em situação de imunodepressão. Uma gestante com pneumonia deve ser tratada preferencialmente em regime de internação para que sua função respiratória seja avaliada constantemente porque a demora no diagnóstico de insuficiência respiratória e seu tratamento adequado pode resultar em óbito.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a SARA	11 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Sepses	17 horas	
	c Doença do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério – Pneumonia	Ignorado	
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 24 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**21º Exemplo:** Mulher 22 anos, realizava consultas periódicas para tratamento de lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado na infância. Iniciou o pré-natal em serviço de referência para gravidez de alto risco, na 8ª semana de gestação. Compareceu a 15 consultas. Teve parto vaginal espontâneo na 37ª semana de gestação. No pós-parto parou com a medicação para amamentar. Na seqüência apresentou um quadro de descompensação, com grave comprometimento da função renal, vindo a ocorrer o óbito cerca de 40 dias após o parto.

– **Causa do óbito na DO:**

- Parte I:     a. ---  
               b. Seps  
               c. Broncopneumonia  
               d. Lúpus eritematoso sistêmico
- Parte II:    Insuficiência renal aguda

**Comentários:** Insuficiência renal não é parte II e sim consequência da doença. Parte II deveria ser preenchida com puerpério tardio que é uma época de risco para atividade do lúpus eritematoso sistêmico.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Insuficiência renal aguda	40 dias	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Lúpus eritematoso sistêmico complicando o puerpério	Ignorado	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Puerpério imediato		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**22º. Exemplo:** Mulher 25 anos, cardiopata com diagnóstico de dupla lesão mitral e indicação para não engravidar, tabagista crônica. Na 20ª semana de gestação foi internada queixando-se de edema de face, abdômen e membros inferiores, apresentava cianose de extremidades, de lábios, dispnéia, jugulares ingurgitadas. Hemograma com leucocitose; uréia 94.1; creatinina 1.92, potássio 4.0 mEq, glicemia 60, RX de tórax: cardiomegalia e sinais de Hipertensão Pulmonar. Admitida com hipótese diagnóstica de insuficiência cardíaca congestiva, pressão arterial de 90x50 mmHg, apresentava batimentos cardíacos fetais presentes, sangramento vaginal. Foi medicada com O2, digoxina, aminofilina, lasix, plasil. No dia seguinte, estava com batimentos cardíacos fetais presentes, sem sangramento, foi prescrito dieta hipossódica, digoxina, lasix,

cedilanide, valium. Às 23 horas apresentou piora do estado geral e teve uma parada cárdio-respiratória irreversível. Não ocorreu o parto.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Parada cardio-respiratória  
b. Edema agudo de pulmão

**Comentários:** A causa do óbito foi a doença cardíaca que complicou pelas mudanças hemodinâmicas durante a gestação. Mais uma vez a parada cardio-respiratória foi colocada na DO de forma equivocada, pois, como já mencionado anteriormente, não é considerado causa de morte.

Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Edema agudo de pulmão	11 horas	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Cardiopatia congestiva	17 horas	
	c Doença do aparelho circulatório complicando a gestação - Dupla lesão mitral		
	d		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Gestação de 20 semanas		
	Tabagismo		

**23º Exemplo:** Primigesta de 19 anos, na 35 semanas de gravidez, foi à consulta de pré-natal com queixas de dor em hipocôndrio direito, vômitos, diarreia hemorrágica, febre e contrações uterinas. Apresentava extremidades frias e cianóticas. Na avaliação fetal foi detectada alteração da frequência cardíaca fetal e diagnosticado sofrimento fetal agudo. Foi encaminhada imediatamente para realização de cesariana, o filho nasceu vivo. Ainda durante a cesariana apresentou sangramento importante, evoluiu para choque hipovolêmico, recebeu sangue e foi realizada histerectomia subtotal, sendo encaminhada imediatamente para UTI. Manteve hipotensão e apresentou sinais de coagulação intravascular disseminada. Na história colhida com familiares foi comunicado que a mulher havia apresentado quadro de Dengue, e morava em zona endêmica. Foi a óbito na UTI.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. ---  
b. ---  
c. ---  
d. Edema agudo de pulmão

**Comentários:** Tratava-se de um caso de dengue. Também houve um erro na forma do preenchimento da causa básica que deveria ter sido registrada na linha a. Assim seria registrada na linha a se não estivesse errado por omitir as causas conseqüenciais.

**Forma correta de preenchimento da DO:**

CAUSAS DA MORTE PARTE I	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Choque hipovolêmico		Ignorado
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b CIVD		Ignorado
	c Outras doenças virais complicando a gestação, o parto ou o puerpério - dengue		Ignorado
	d		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	Gestação de 35 semanas		

**24º Exemplo:** Mulher, 28 anos, com gestação de 32 semanas procurou a Unidade de Saúde do seu bairro com quadro de tosse, calafrio e dor torácica, com temperatura axilar de 39º C. Foi examinada e encaminhada de volta ao domicílio com prescrição de medicação sintomática para febre, dores e descongestionante nasal. Retornou a Unidade de Saúde 24 horas após apresentando intensa dificuldade respiratória. Foi encaminhada para hospital de referência onde foi internada. Apresentava saturação de oxigênio de 70%, e CPK elevada. Foi coletado material de nasorofaringe para investigação de influenza H1N1. Foi solicitada vaga na UTI sendo administrado oseltamivir 75 mg, ceftriaxona, e colocada em ventilação mecânica. A paciente recebeu corticóide para acelerar a maturação fetal. O quadro apresentou agravamento da parte respiratória e foi indicada a interrupção da gestação. Entrou em trabalho de parto evoluindo com piora do quadro respiratório, ocorrendo o óbito 24 horas após o parto. O exame foi positivo para H1N1

– **Causa do óbito na DO:**

- Parte I:
- a. ---
  - b. ---
  - c. ---
  - d. Edema agudo de pulmão

**Comentários:** O protocolo de atendimento da gestante com H1N1 recomenda que seja administrado o antiviral até 48 horas do início dos sintomas. No caso, a mulher, no primeiro atendimento deveria ter recebido o oseltamivir 75 mg e o encaminhamento ao hospital de referência para internação e acompanhamento. Portanto, o óbito ocorreu em razão da doença viral que complicou a gestação.

## Forma correta de preenchimento da DO:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a SARA	2 dias	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Doença viral complicando a gestação – H1N1	Ignorado	
	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação de 32 semanas		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**25º Exemplo:** Mulher 30 anos, primigesta, na 35ª semana de gestação gemelar, há um mês vem apresentando anorexia, náuseas, cefaléia e fadiga, seguidos de icterícia. Foi internada com quadro de vômitos e dor abdominal no quadrante superior direito. No dia seguinte apresenta confusão mental e evidências de sangramento difuso evoluindo para óbito.

– **Causa da morte na DO original:**

Parte I: a. A esclarecer.

– **Laudo anatomopatológico:** Arquitetura hepática intacta com pequeno aumento de fibrose. Infiltração gordurosa microvesicular.

**Comentários:** O quadro de fígado gorduroso agudo gestacional, causa básica deste óbito, acomete mulheres jovens, com gestação gemelar tendo mortalidade elevada.

Como a DO foi emitida sem o laudo do SVO, propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a CIVD	1 dia	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Fígado gorduroso agudo gestacional	1 mês	
	c		
	d		
<b>PARTE II</b>	Gestação na 35ª semana		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**26º Exemplo:** Mulher de 30 anos sofreu queda de nível (escada) na 30.ª semana de gestação. No dia seguinte à queda apresentou discreto sangramento. Poucas horas após observou que estava tendo contrações. Quando foi examinada na emergência apresentava quadro de sangramento vaginal, taquisistolia, e ausência de batimento cardíaco fetal. No exame vaginal o colo era grosso, central e impérvio. Apresentava queda da pressão arterial. Foi encaminhada ao centro cirúrgico, administrado sangue O

negativo e submetida a cesariana de emergência, porém permaneceu com sangramento vaginal intenso, sendo realizada histerectomia total. Após a cirurgia foi encaminhada para UTI, onde desenvolveu coma e foi a óbito 4 dias após o parto.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Coma  
b. DPP  
c. Queda de nível

**Comentários:** Este é um caso de morte materna associada ao Capítulo XX. O óbito ocorreu porque a mulher estava grávida e sofreu um descolamento prematuro de placenta e sangrou, entrando em choque hipovolêmico. É fundamental, nesses casos, registrar na Parte II que a mulher estava grávida.

O SIM está preparado para registrar o código O93 não importando o local em que foi escrito.

Como a DO foi emitida sem o laudo do IML propõe-se que a mesma seja revisada da seguinte forma:

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Coma	3 dias	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>	b Choque	3 dias	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c Deslocamento prematuro de placenta	1 dia	
	d Queda de nível		
<b>PARTE II</b>	Gestação na 30ª semana		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			

**27º Exemplo:** Mulher com 23 anos, em tratamento antiretroviral há 7 anos sendo os últimos 3 anos em resgate, na segunda gestação apresentou efeitos adversos ao zidovudina interrompeu todos os medicamentos, abandonou o pré-natal. A mulher deu entrada no Serviço de Urgência com quadro de sangramento vaginal, falta de ar e dores intensas em baixo ventre. Avaliada pelo corpo clínico ela se apresentava em péssimo estado geral e evoluiu com dispnéia importante necessitando de entubação orotraqueal. Em 3 horas após o procedimento morreu. Aspirado material pulmonar, BARR positivo, Raio X com áreas de cavitações, hemograma com anemia.

– **Causa do óbito na DO original:**

- Parte I: a. Insuficiência respiratória aguda  
b. Tuberculose pulmonar

**Comentários:** Tratava-se de um caso de paciente com Aids não aderente, com histórico de multirresistência a ARV e sem história de realização de pré-natal.

## Forma correta de preenchimento da DO:

### CAUSAS DA MORTE

#### PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

#### CAUSAS ANTECEDENTES

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado  
entre o início da  
doença e a morte

CID

a	Insuficiência respiratória aguda	Ignorado
b	Tuberculose pulmonar	Ignorado
c	AIDS	Ignorado
d		
	Gestação na 35ª semana	

#### PARTE II

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