



## Avaliação da completude de Declarações de Óbito fetais, infantis e de mulheres em idade fértil em uma cidade do interior de São Paulo

Evaluation of the completeness of fetal, infant and women of childbearing age death certificates in a city in the interior of São Paulo

Evaluación de la completitud de los Certificados de Defunción fetal, infantil y las mujeres en edad fértil en una ciudad del interior de São Paulo

Ana Lúcia de Castro Rodrigues<sup>1</sup>, Ana Flávia Rodrigues Moreira<sup>1</sup>, Gabriela Costa e Silva Alves<sup>1</sup>, Mariana Ayumi Moroni<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a completude de declarações de óbito (DOs) referentes à mortalidade infantil e mulheres em idade fértil nos anos de 2018, 2019 e 2020 de uma cidade do interior do estado de SP. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal e retrospectivo e analisou-se o preenchimento de 412 DOs. Foram selecionadas as variáveis de maior importância epidemiológica. **Resultados:** No período estudado, nas DOs infantis e fetais o cartão SUS não foi preenchido em 99% das DOs, idade em 46,8 % das DOs, as variáveis: “semanas da gestação” em 14,2%, “tipo de parto” em 15,2%, peso ao nascer em 16,2 e morte em relação ao parto em 16,7%. Nas DOs de mulheres em idade fértil as informações ficaram inadequadas 88,5% dos dados referentes a cartão SUS, 6,7% em raça/cor, óbitos de mulheres em idade fértil em 75%, e os dados do médico responsável em 14,2%. **Conclusão:** Fica evidente que o preenchimento incompleto e incorreto das DOs é um problema antigo e a importância de sensibilizar os acadêmicos de Medicina e capacitá-los para seu correto preenchimento durante a formação acadêmica.

**Palavras-chave:** Declaração de óbito, Mortalidade Infantil, Mulheres em idade fértil.

### ABSTRACT

**Objective:** Analyze the completeness of Death Certificates (DC) for 2018, 2019 e 2020 in a inner city of São Paulo state, Brazil. **Methods:** A cross-sectional and retrospective study was carried out and the filling out of 412 death certificates was analyzed. Were selected the most important epidemiologically variables. **Results:** During the studied period, in infant and fetal death certificates the SUS card was not filled out in 99% of declarations, age in 46,8% of the total number of certificates, the variables “gestacional weeks” we’re in 14,2%, “type of childbirth” in 15,2%, birth weight in 16,2%, “death in relation to childbirth” 16,7%. In the certificates of women of childbearing age, the information was inadequate in 88.5% of the data referring to the SUS card, 6.7% in race/color, deaths of women of childbearing age in 75%, and the responsible physician in 14%. **Conclusion:** It is evident the incorrect and incomplete filling of declarations is an old

<sup>1</sup> Centro Universitário Municipal de Franca (UNIFACEF), Franca - SP.

problem and shows the importance of raising awareness among students and enable them to fill it out correctly during their academic education.

**Keywords:** Death Certificate, Infant Mortality, Women of childbearing age.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la totalidad de los Certificados de Defunción (CD) relacionados con la mortalidad infantil y las mujeres en edad fértil en los años 2018, 2019 y 2020 de una ciudad del interior del estado de SP.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal y retrospectivo y se analizó el total de 412 certificados de defunción. Se seleccionaron las variables de mayor importancia epidemiológica. **Resultados:** En el período estudiado la tarjeta SUS, sobre los certificados de defunción fetal e infantil no fue rellenada en 99% de las DOs, a idade em 46,8% das CDs, las variables: "semanas de embarazo" en 14,2%, "tipo de parto" en 15,2%, peso al nacer em 16,2% y muerte relacionada al parto en 16,7%. En los CD de mujeres en edad fértil, la información fue inadecuada en el 88,5% de los datos referentes a la tarjeta del SUS, el 6,7% en raza/color, las muertes de mujeres en edad fértil en el 75% y los datos del médico responsable en 14,2%

**Conclusión:** Queda evidente que Certificados de Defunción incompletas e incorrectas es un problema antiguo y la importancia de sensibilizar a los estudiantes de Medicina y capacitarlos para su correcta diligenciamiento durante la formación académica.

**Palabras clave:** Declaración de óbito, Mortalidad Infantil, Mujeres en edad fértil.

---

## INTRODUÇÃO

Primordialmente, a Declaração de Óbito (DO) é um documento de suma importância, visto que a partir dela é possível compilar dados epidemiológicos, inferindo a quantidade e causas de óbitos mais prevalentes em determinada região, correlacionando com sexo, faixa etária, raça, ocupação, escolaridade, entre outros fatores.; é fonte de dados para indicadores de saúde, é ponto de partida para análise dos óbitos, pelos comitês de investigação, definição de critérios de evitabilidade, propostas de intervenções específicas para as problemáticas levantadas em cada localidade, alocando recursos de forma mais efetiva (FUNASA, 2001; LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015; MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Dessa maneira, a Declaração de Óbito é base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), usado em todo território nacional, criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para reunir de forma completa e confiável todas as informações de mortalidade no Brasil, calculando índices e taxas e, assim, fornece subsídios para elaboração de políticas públicas e gestão mais eficiente da saúde do aspecto epidemiológico e sociodemográfico (MINISTÉRIO DA SAÚDE- SUS, 2022).

Estruturalmente, a DO é dividida em blocos, sendo o Bloco I alusivo a identificação do falecido, constando o nome; idade, que no caso de óbito infantil ou fetal deve ser especificado em horas, dias e meses; o número do cartão SUS, apesar de este não ser implantado em todo país; escolaridade, naturalidade, sexo, raça/cor e ocupação; ou seja, dados relevantes para estatísticas. Essencialmente, faz-se mister o preenchimento da DO para mortes intraútero de fetos com mais de 20 semanas ou mais que 500g de peso, nessas particularidades, há um campo específico que deve ser marcado no canto superior do formulário para esclarecer que é referente a um "Óbito Fetal" (LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015).

No Bloco II, são adicionadas informações acerca da residência do falecido, sendo importante para calcular os índices de mortalidade por região, além de possibilitar o contato com a família para posterior investigação do óbito, se necessário. Já o Bloco III, é completado sobre o local de ocorrência da morte, o que também facilita mais esclarecimentos com a equipe de saúde sobre o acontecido, se surgirem questionamentos (LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015). Desse modo, na eventualidade de se tratar de óbito fetal ou de crianças menores de um ano, faz-se primordial preencher o bloco V, fornecendo dados acerca da mãe do bebê, já que fatores maternos podem influenciar nessas mortes, sendo essenciais: idade materna, escolaridade da mãe, ocupação materna, número de filhos tidos pela mãe nascidos vivos e perdas

fetais e abortos, tipo de parto, semanas de gestação, se a morte teve relação com o parto e o peso ao nascer. Outrossim, é incluído o número da Declaração de Nascido Vivo, que permite a relação entre os bancos de dados de mortalidade (Sistema de Informação de Mortalidade- SIM) e de nascidos vivos (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC), para estudos epidemiológicos de mortalidade neonatal precoce e tardia, perinatal, natimortalidade e mortalidade infantil (LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015; MANUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A taxa de mortalidade infantil representa as mortes de crianças residentes naquela localidade, menores que um ano de idade, por mil nascidos vivos. Essa taxa é subdividida em taxa de mortalidade neonatal que indica o número de óbitos de residentes até 27 dias de idade por mil nascidos vivos; sendo a neonatal também subdividida em taxa de mortalidade neonatal precoce representa o número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade por mil nascidos vivos; a taxa de mortalidade neonatal tardia destaca o número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade por mil nascidos vivos de mães residentes. A taxa de mortalidade pós-neonatal é restrita ao número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade por mil nascidos vivos de mães residentes. A taxa de mortalidade perinatal é a soma do número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade e de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação pela soma de nascidos vivos e a taxa de natimortalidade é coeficiente do número de nascidos mortos pelo número de nascidos vivos e mortos (ALVES SFC, et al., 2022).

Diante disso, destaca-se a primordialidade do preenchimento completo e coerente da DO, que forneça dados confiáveis, e permita fazer um diagnóstico epidemiológico sobre a saúde em certa localidade e propor medidas específicas para sanar fragilidades. Como referência, os óbitos neonatais estão mais associados a patologias que têm origem na gestação e parto, portanto, em uma região em que há grande mortalidade neonatal é preciso investir em assistência pré-natal e ao parto. Diferentemente, uma localidade que tem maior taxa de morte pós-neonatal poderia propor medidas específicas que contemplem prevenção para doenças diarreicas ou respiratórias, que são causas de morte mais frequentes nessa população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2000).

Além disso, as DOs referentes à mortalidade materno-infantil são discutidas em reuniões do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil da localidade, do qual participam médicos pediatras, ginecologistas e obstetras, enfermeiros, assistentes sociais, representantes de conselhos municipais de saúde, conselhos da criança e adolescente, de universidades, dos conselhos de profissionais (CFM, COREM), dos movimentos de mulheres, que atuam na vigilância epidemiológica e profissionais em geral que lidam com mães e crianças. Nessa reunião são discutidos os casos de óbitos infantis e maternos, com ênfase nos diagnósticos, condutas e medidas que possam evitar mortes semelhantes prospectivos (MARQUES LJP, et al., 2021).

O Bloco VI está intrínseco a condições e causas do óbito, assim, quando se trata de óbitos em mulheres, faz-se mister preencher se a morte foi relacionada à gravidez, parto ou aborto ou se ocorreu durante o puerpério; se houve assistência durante a doença que ocasionou a morte e como foi confirmado o diagnóstico, por exame complementar, cirurgia ou necropsia. Nesse bloco, é importante clarificar sobre as causas que levaram diretamente à morte, a causa básica da morte e condições antecedentes, bem como comorbidades apresentadas pelo paciente que têm relação indireta com o falecimento e deve ser anotado o tempo entre os eventos e a morte (LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015). Em relação a mortalidade de mulheres, especifica-se mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos, sendo assim, a mortalidade nessa faixa etária está relacionada em sua maioria à vida sexual e reprodutiva, o que pode sugerir inadequações no cuidado à saúde da mulher. Assim, é de suma importância a investigação desses óbitos para redução de mortes evitáveis e melhora da qualidade da assistência e acesso à saúde (SOUZA GMA e ANDRADE FB, 2019). O Bloco VII é referente aos dados do médico que preencheu a DO para eventual necessidade de melhores esclarecimentos acerca dos fenômenos que geraram o óbito e a assinatura, indicando a responsabilidade do profissional sobre o conteúdo do documento. O Bloco VIII é feito por médicos do Instituto Médico Legal, quando ocorrer causas externas, ou seja, violências ou acidentes, situações em que o médico assistente não deve ser responsável pela DO, já que deve ser feita uma necropsia (LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015).

Outrossim, além de montar o perfil epidemiológico e de saúde de um local, o documento em questão tem uma relevância jurídica, uma vez que uma via irá para o cartório do registro civil, o qual emitirá a Certidão de Óbito, necessária, como referência para estruturar o funeral, heranças e direitos da família (FUNASA, 2001; LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015; MANUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Indubitavelmente, o preenchimento da declaração é um ato médico, portanto está intrínseco a responsabilidades indicadas no Código de Ética Médica: não se pode assinar uma DO em branco, fica proibido atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, em última instância, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal; deve-se usar letra legível, evitar a utilização de termos vagos ou que representem sintomas “parada cardíaca”, “parada cardiorrespiratória”, “falência múltipla de órgãos” e evitar uso de siglas para descrever a causa básica da morte, entre outras regras (ALVES SFC, et al., 2022; FUNASA, 2001; LAURENTI R e JORGE MHPM, 2015; MANUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Assim, inconsistências, discrepâncias e omissões de informações nesse documento podem gerar interpretações e diagnósticos equivocados sobre a saúde de um local (CÁSSIA, ALVES, et al., 2022). Desse modo, percebe-se que há muitos detalhes a serem levados em consideração e muitas vezes os profissionais somente se deparam com uma DO quando perdem o primeiro paciente, nunca tendo sido treinados antes para o preenchimento correto do documento, o que resulta em muitas falhas, gerando problemas no perfil epidemiológico e indicadores de saúde, por exemplo. Como mostra um estudo, existem falhas pela extensão do documento, pela falta de disseminação de informações sobre o preenchimento correto, pelo desprovimento de conhecimento médico da real importância de preencher adequadamente, entre outros fatores (HOSOUNEB N, et al., 2010 e MENDONÇA FMD, et al., 2010). Decerto, a DO é uma questão muito inquietante, uma vez que recorda a finitude da vida e a fragilidade humana diante dela. Assim, mesmo passando anos da formação médica a estudar patologias e condutas, a morte é uma certeza inegável e em alguns momentos basta apenas contemplar a sublimidade desse fenômeno.

Indubitavelmente, os acadêmicos ingressam na universidade de Medicina com o sonho de salvar vidas, de todos os dias promover atos heroicos que compõe uma vitória na luta contra a morte. Porém, essa não é a realidade encontrada, é inevitável se deparar com a finitude e ninguém planeja essa situação, nem mesmo a universidade prepara para lidar com esses acontecimentos. Por isso, é comum que os profissionais somente se deparem com a DO quando estão diante de uma morte do seu paciente e precisam preencher esse documento, em um momento de vulnerabilidade, em que seus sentimentos estão confusos e a sensação de fracasso o envolve, muitas vezes (DIAS APDM, et al., 2020).

É preciso ressaltar que mesmo o médico recém-formado que decide trabalhar na atenção primária deve estar preparado para um atendimento longitudinal que pressupõe acompanhar o paciente desde a gestação até cuidados paliativos em domicílio e morte, considerando a autonomia do indivíduo na escolha do local para seus últimos dias, implicando o acolhimento da família e suas necessidades, incluindo as orientações sobre providências relacionadas à morte e a competência de preenchimento adequado da DO desse paciente por ele acompanhado. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi analisar a completude das Declarações de Óbito fetais e infantis e de mulheres em idade fértil em uma cidade do interior de São Paulo, referente aos anos de 2018, 2019 e 2020. E mostrar como se faz necessário um treinamento dos acadêmicos de Medicina para um preenchimento adequado da DO, além de uma educação continuada para profissionais já formados.

## MÉTODOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), com o número de registro CAAE 48514221.4.0000.5384 e aprovado pelo parecer número 4.829.470. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, transversal com abordagem quantitativa (HOCHMAN B, et al., 2005). Analisou-se de forma objetiva o preenchimento de 203 DOs referentes à mortalidade infantil e fetal e 209 de mulheres em idade fértil dos anos de 2018, 2019 e 2020 de uma cidade no interior do estado de SP.



A coleta de dados se deu no período de agosto de 2021 a agosto de 2022. Foram selecionadas as variáveis de maior importância epidemiológica para serem verificadas na DOs referentes a mortalidade fetal e infantil: cartão SUS, idade, idade materna, escolaridade da mãe, número de filhos tidos pela mãe, quantas semanas de gestação na ocasião do óbito, tipo de parto, se a morte teve relação com o parto, ocupação da mãe, peso ao nascer, número da Declaração de Nascido Vivo, se o paciente recebeu ou não assistência durante a doença que o levou à morte, se o diagnóstico foi ou não confirmado por necropsia e a identificação do médico.

Da mesma maneira, para as DOs referentes a mortalidade de mulheres em idade fértil foram selecionadas: cartão SUS, raça (cor), situação conjugal, escolaridade, ocupação habitual, óbito de mulher em idade fértil, recebeu assistência médica, diagnóstico confirmado por necropsia, quem atesta o óbito e a identificação do médico. Por fim, foram elaborados gráficos e tabelas compilando todos os dados obtidos. Depois os dados foram avaliados, de forma a mostrar a porcentagem de preenchimentos em cada campo.

## RESULTADOS

### Óbitos fetais e infantis

Conforme sintetizado na **Tabela 1** a seguir, é possível destacar que o cartão SUS não foi preenchido em 201 DOs (99%). Além disso, a idade, que no caso de óbito fetal ou infantil deve ser pormenorizada em meses, dias e horas, o que é importante para calcular índices de mortalidade neonatal precoce, tardio e pós neonatal não foi preenchido adequadamente em 94 DOs (46,8%).

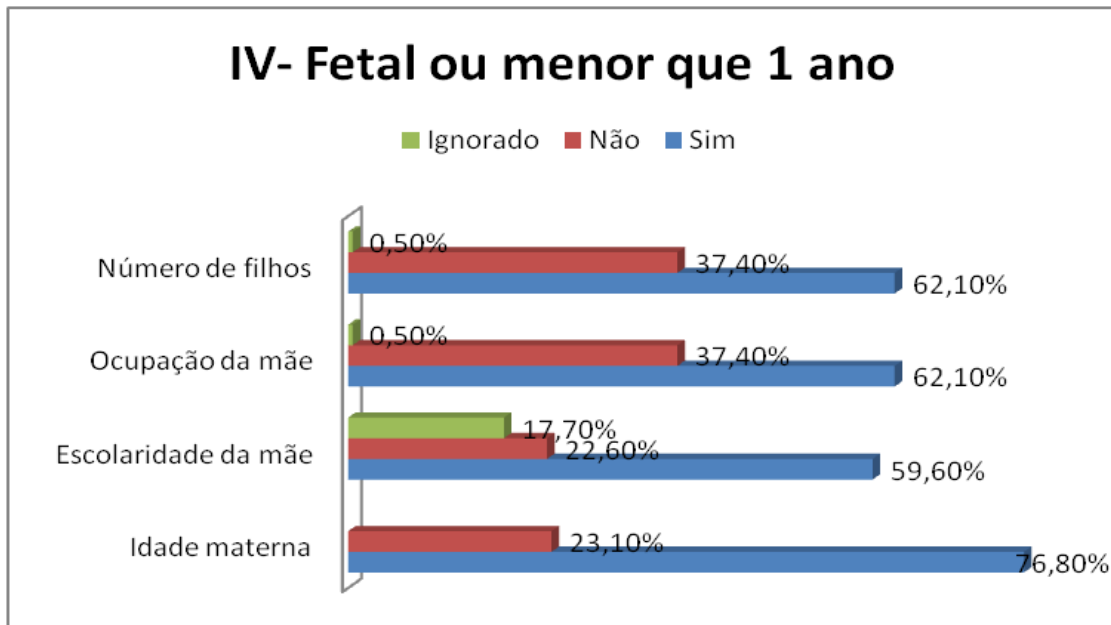
**Tabela 1** - Completude das DOs de mortes fetais e infantis entre 2018 e 2020 no interior de SP.

Blocos	Variáveis	Sim		Não		Ignorado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
I- Identificação do falecido	Cartão SUS	2	1,0	201	99,0	-	-
	Idade	109	53,7	92	45,3	2	1,0
IV- Fetal ou menor que 1 ano	Idade materna	156	76,8	47	23,1		
	Escolaridade da mãe	121	59,6	46	22,6	36	17,7
	Ocupação da mãe	126	62,1	76	37,4	1	0,5
V- Condições do óbito	Número de filhos	126	62,1	76	37,4	1	0,5
	Semanas de gestação	174	85,7	27	13,3	2	1,0
	Tipo de parto	171	84,2	28	13,8	3	1,4
	Morte relacionada ao parto	169	83,2	33	16,2	1	0,5
	Peso ao nascer	170	83,7	33	16,2	-	-
	Declaração de Nascido Vivo	53	26,1	149	73,4	-	-
	Recebeu assistência	98	48,3	88	43,3	17	8,4
VI- médico	Diagnóstico confirmado por necropsia	126	62,1	77	37,9	-	-
	Quem atesta o óbito	181	89,1	22	10,9	-	-
	Identificação do médico	174	85,7	29	14,2	-	-

**Fonte:** Castro ALR, et al., 2023.

Outrossim, em relação aos campos específicos de óbito em menores que 1 ano, nos quais são atestados esclarecimentos sobre a mãe: idade não preenchida em 47 DOs (23,1%), escolaridade em 82 (40,3%), ocupação em 76 (37,4%) e número de filhos em 76 (37,4%) (**Gráfico 1**).

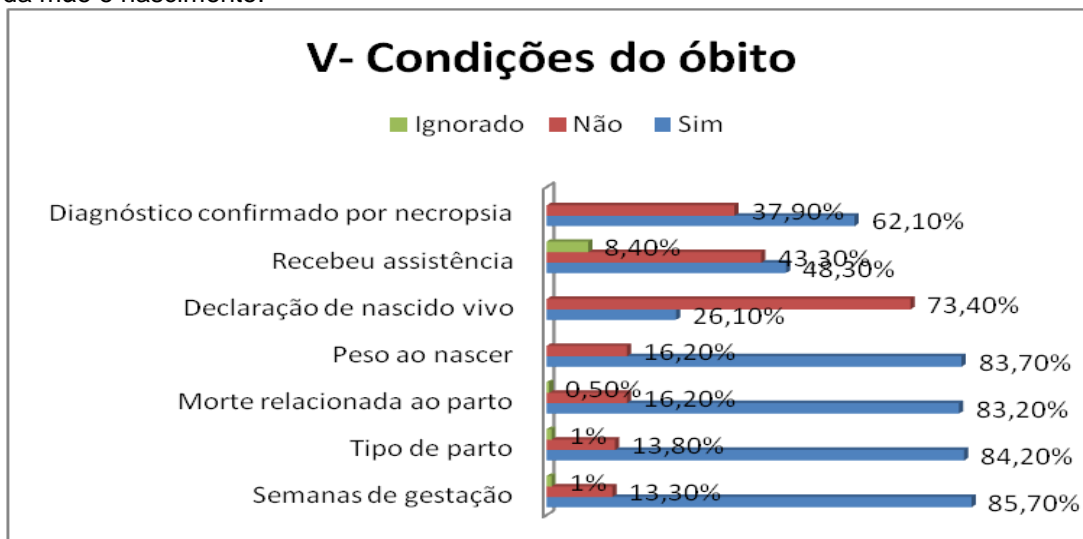
**Gráfico 1** - Preenchimento do bloco IV da DO, referente aos dados da mãe.



Fonte: Castro ALR, et al., 2023.

Ademais, as variáveis: “semanas da gestação” não foram preenchidas 29 DOs (14,2%), “tipo de parto” em 31 DOs (15,2%), peso ao nascer em 33 (16,2%), morte em relação ao parto 34 (16,7%) e o número do Sistema de Nascido Vivo (SINASC) não foi informado em 149 (73,3%) DOs. Em relação às condições do óbito, que esclarece sobre assistência médica ou não durante a doença que levou à morte, não foi declarada em 51,7% das DOs, a realização ou não da necropsia em 37,9% das DOs (**Gráfico 2**).

**Gráfico 2** - Preenchimento do bloco V da DO, referente as condições do óbito, informações da mãe e nascimento.



Fonte: Castro ALR, et al., 2023.

Além disso, o campo que consta o tipo de médico que preencheu a DO se assistente, substituto, do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou do Instituto Médico Legal (IML) não estava completo em 22 DOs (10,9%).

**Óbitos de mulheres em idade fértil**

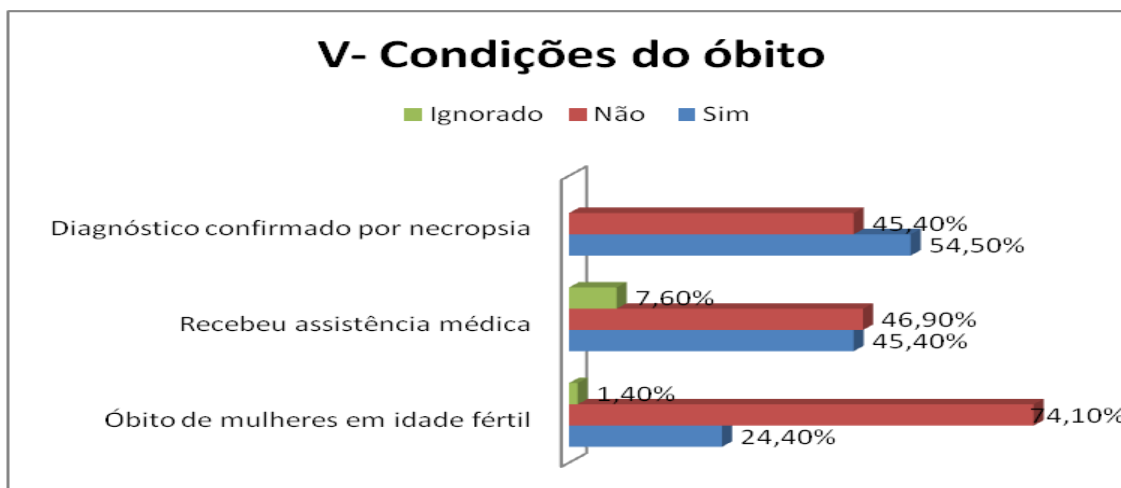
**Tabela 2** - Completude das DOs de mortes de mulheres em idade fértil entre 2018 e 2020 no interior de SP.

Blocos	Variáveis	Sim		Não		Ignorado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
I – Identificação do falecido	Cartão SUS	24	11,4	185	88,5	-	-
	Raça/cor	195	93,3	14	6,7	-	-
	Situação conjugal	186	88,9	8	3,8	15	7,1
	Escolaridade	148	70,8	17	8,1	44	21,0
	Ocupação habitual	152	72,7	57	27,3	-	-
V- Condições do óbito	Óbito de mulheres em idade fértil	51	24,4	155	74,1	3	1,4
	Recebeu assistência médica	95	45,4	98	46,9	16	7,6
	Diagnóstico confirmado por necropsia	114	54,5	95	45,4	-	-
VI- médico	Quem atesta o óbito	179	85,6	30	14,3	-	-
	Identificação do médico	194	92,8	15	7,1	-	-

Fonte: Castro ALR, et al., 2023.

Conforme evidenciado na **tabela 2**, é possível verificar que no bloco I, não foram completados adequadamente 88,5% dos dados referentes a cartão SUS. Desse modo, a variável raça/cor foi a mais preenchida em 93,3% dos documentos essa informação estava adequada. Já em relação as variáveis “situação conjugal” e “escolaridade”, além do não preenchimento, há um número significativo de casos declarados como “ignorado”, essas informações ficaram inapropriadas em respectivamente 11,0% e 29,1% das DOs; e a ocupação habitual não foi completada em 27,2% casos. Ademais, nas condições do óbito (bloco V), a variável óbito de mulheres em idade fértil deixou de ser informada em 158 DOs, o que corresponde a 75,5% delas. A assistência prestada não foi preenchida em 98 DOs e foi considerada ignorada em 16 delas, sendo assim somaram-se 54,5% de casos de desinformação. Já a realização ou não de necropsia não foi informada em 95 (45,4%) DOs (**Gráfico 3**).

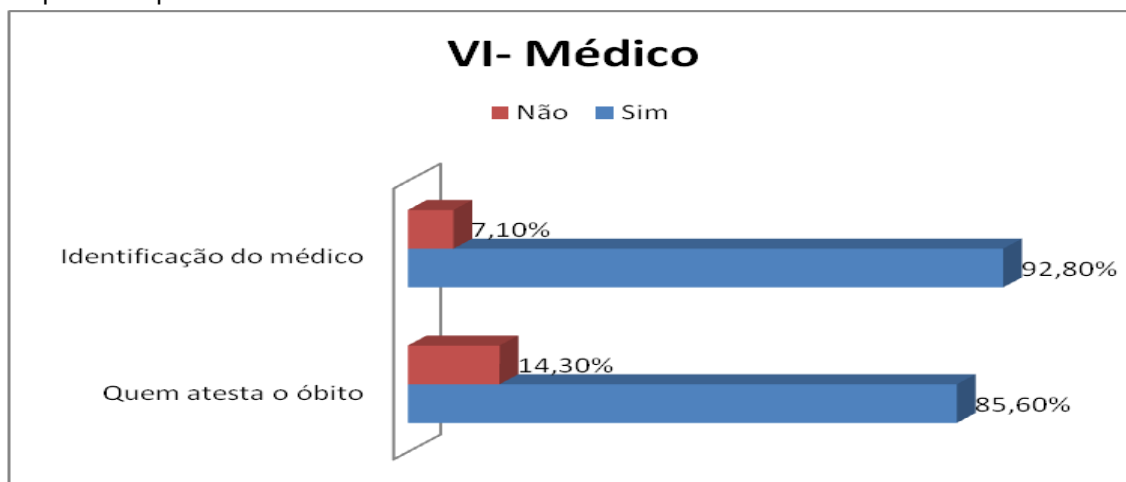
**Gráfico 3** - Preenchimento do bloco V da DO, referente as condições do óbito em mulheres em idade fértil.



Fonte: Castro ALR, et al., 2023.

De forma semelhante, no bloco VI, tendo em vista a notoriedade da informação relativa à condição do médico responsável pelos dados da DO, esse campo deixou de ser preenchido em 14,3% DOs; analogamente, a identificação do médico, a qual não foi completa em 7,1% (**Gráfico 4**).

**Gráfico 4** - Preenchimento do bloco VI da DO, referente às informações do médico responsável pela DO.



Fonte: Castro ALR, et al., 2023.

## DISCUSSÃO

É possível comparar os dados obtidos com trabalhos internacionais e nacionais, já que a DO é um documento de suma importância e presente em vários países, com sistemas próprios de informação. Um estudo que analisou 757 DOs na Tunísia identificou que todos os documentos continham algum erro de preenchimento, sendo os mais observados a ausência de identificação do médico e seu título, ausência de intervalo de tempo entre o início do quadro e o óbito, a omissão de comorbidades em 93,8% das DOS. Além disso, foi observada a ausência de identificação adequada do falecido e sua idade exata, o que prejudica a análise epidemiológica. Outra questão interessante é que 20,9% dos certificados de óbito nesse estudo foram emitidos por médicos residentes e estagiários, os quais não tem permissão para isso na Tunísia (KHELIL MB, et al., 2017).

Comparativamente, fez-se importante observar na Tunísia que um modelo único de DO para todos os óbitos pode subestimar o número de mortes infantis e maternas, já no Brasil apesar de ser um modelo único, nele contempla variáveis que permitem a avaliação de mortalidade materno-infantil. Na França, nota-se modelos diferentes de DOs por idade, o primeiro aplicável a recém-nascidos de gravidez de 22 semanas de amenorreia até 27 dias de vida e o segundo para falecidos com idade superior a 28 dias (MANAOUIL C e MONTPELLIER D, 2008).

No Oriente Médio, foram analisadas 308 DOs, das quais 71% tinham algum erro. Não obstante, informações sociodemográficas importantes sobre o falecido estavam quase completas em todas as certidões de óbito, sendo sexo e o mês da morte estavam ausentes em apenas 1,9% e 0,2% dos atestados de óbito, diferente do que foi evidenciado nesse estudo. Outrossim, a assinatura do médico certificador faltou em 51% das DOs, em comparação com os resultados desse estudo em que faltou em 14,2% dos documentos (MADADIN M, et al., 2019). Comparavelmente, além dos registros incompletos, avalia-se, no Chile, outra problemática: no bloco de identificação da DO não é contemplada a etnia, o que gera repercussões epidemiológicas relevantes. Como referência não se faz possível conhecer o perfil epidemiológico, a distribuição das causas de morte e até o número de anos que se espera que um indígena viva em comparação com um não indígena e propor medidas específicas para solução dessa problemática (SANDOVALA MH e PORTACCIOB MEA, 2022).



Nacionalmente, fez-se um estudo de 800 DOs em Belém- PA, foram encontrados resultados semelhantes a esse estudo de forma que existiam muitos erros relacionados com a identificação do paciente e sua localidade, além do não preenchimento, observou-se equívocos no campo tipo de óbito, estando marcado como óbito fetal idades e pesos não correspondentes a esse. Assim, notou-se que 96,5% dos documentos continham campos "em branco" (preenchimento incompleto). Evidentemente, nesse estudo o tempo de experiência do profissional não mostrou relação com melhor preenchimento da DO (HOSOUNEB N, et al., 2010).

Semelhantemente, estudo realizado em Catanduva-SP, analisou 803 DOs e mostrou que existe evidente frequência de dados incompletos nos arquivos, apesar de estarem incompletas 20,7% das DOs, o que representa um número menos expressivo se comparado à esse estudo, isso pode significar melhor preparo dessas profissionais durante a formação acadêmica universitária (SAITO CK, et al., 2020).

Além de treinamentos constantes acerca do preenchimento coerente das DOs, existem outras propostas de resolução da problemática. Como referência, na Alemanha, há um projeto para estruturar um sistema digital nacional, no qual seriam feitas as DOs, assim seriam mostrados os principais erros quando são inseridos, como informações ausentes sobre o tipo de morte, além de resolver a questão da legibilidade, já que os dados seriam digitados. Ademais, as informações existentes no formulário podem ser complementadas importando um registro de dados de outros sistemas como informações sobre o falecido de um arquivo de paciente, podendo ser modificadas por médicos legistas, sendo que as informações não confidenciais são enviadas automaticamente ao cartório. Apesar de ser uma proposta eficiente, o Brasil como país em desenvolvimento e com dimensões continentais, está muito distante de viver uma realidade como essa (ECKERT O, et al., 2019).

Outra discussão interessante, é que no Canadá é permitido que enfermeiros assinem a DO desde que o paciente fosse de responsabilidade primária pelos cuidados durante a última doença, morte era esperada e houve um diagnóstico médico documentado de uma doença terminal feito por um legalmente e há treinamentos e documentos específicos a esses profissionais para esse fim (CANADIAN CENTRE FOR HEALTH INFORMATION, 2010). Ademais, o preenchimento inadequado da DO é um problema que vêm se arrastando durante o tempo, tal qual pode ser visto no trabalho de 1987 realizado por alunos da UFRGS e publicado na Revista de Saúde Pública de São Paulo. Nesse artigo, podemos observar que apesar da existência de manuais direcionando o preenchimento da DO, ainda faltam muitos dados na certidão, o que acaba contribuindo para a subnotificação de óbitos infantis e a falta de informações para a Vigilância Epidemiológica analisar e propor medidas de saúde pública de prevenção e ação (HECKMANN IC, et al., 1987).

Fica evidente a importância do correto preenchimento da DO em um estudo realizado nos Estados Unidos, que comparou as causas de morte do atestado de óbito com as informações dos prontuários dos pacientes, demonstrando baixa confiabilidade das informações, concordando em 59% dos casos (BREAUX S e PEREZ CA, 1984). Assim, uma maneira de educar profissionais é organização de workshops, em que os participantes possam entender a importância do documento diante da epidemiologia da doença e na alocação de recursos para pesquisas e intervenções de saúde pública, revisar os componentes de um atestado de óbito e praticar a correção e o preenchimento de atestados de óbito de casos reais de pacientes, como foi feito em um trabalho na Universidade de Washington, mostrando melhora significativa no preenchimento antes e depois do workshop (WYKOWSKI JH, et al., 2023).

## CONCLUSÃO

Desse modo, fica evidente a importância de sensibilizar os acadêmicos de Medicina acerca da necessidade da DO, capacitando para seu correto e coerente preenchimento durante a formação acadêmica, visto que após a conclusão do curso, será inevitável lidar com o documento. Portanto, nota-se que o preenchimento incompleto e incorreto das DOs é um problema antigo e que extrapola as fronteiras do nosso país. Dessa maneira, é necessária uma intervenção imediata nas instituições de ensino médico e nos locais de atendimento à saúde da população do país para capacitar os alunos e profissionais já formados,

respectivamente, no preenchimento adequado dessa Declaração, através da conscientização da sua importância para as políticas de saúde pública e da sensibilização dos funcionários administrativos, que são, muitas vezes, designados para preencherem os blocos I, II e III das DOs. Por fim, faz-se necessário parcerias entre recursos humanos e equipamentos especializados para alimentar as bases de dados (SIM) e subsequente análise pela Vigilância Epidemiológica com propostas de políticas públicas e a sua implementação nos setores de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES SFC, et al. Atestado de óbito: uma reflexão sob a perspectiva do direito médico brasileiro. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022; 3: e9663.
2. BRASIL. FUNASA. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito. Ministério de Saúde. Brasília. 2001.
3. BRASIL. MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Centro Brasileiro De Classificação De Doenças. Brasília – DF. 2022.
4. BRASIL. MANUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Óbito Manual de instruções para preenchimento. 2022.
5. BREAUX S e PEREZ CA. Pitfalls in the use of death certificates for assessing cause of death: a study of tonsil carcinoma patients. *Am J Clin Oncol.*, 1984; 7(4): 375-80.
6. CANADIAN CENTRE FOR HEALTH INFORMATION, S. C. Handbook on Medical Certification of Death. Registered Nurses (Extended Class), 2010.
7. DIAS APDM, et al. Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2020; 24.
8. ECKERT O, et al. Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*, 2019; 62: 1493–1499.
9. HECKMANN IC, et al. Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 1987; 23(4).
10. HOCHMAN B, et al. Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 2005; 20: 2-9.
11. HOSOUNEB N, et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2010; 59: 4.
12. KHELIL MB, et al. Death certificate accuracy in a tunisian emergency Department. *La tunisie medicale*, 2017; 95(6): 422-428.
13. LAURENTI R e JORGE MHPDM. O Atestado de Óbito: aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídico. CREMESP. São Paulo. 2015.
14. MADADIN M, et al. Common errors in writing the cause of death certificate in the Middle East. *J Forensic Leg Med*, 2019; 68: 101864.
15. MANAOUIL C e MONTPELLIER D. Some practical questions for death certification. *Ann Fr Anesth Reanim.*, 2008; 27(2): 186-9.
16. MARQUES LJP, et al. Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37(2).
17. MENDONÇA FMD, et al. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 2010; 27(2).
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE- SUS. DATA SUS, 2022. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim-2020-2021>. Acessado em: 26 de março de 2023.
19. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. DATASUS, 2000. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/mort.htm>. Acessado em: 26 de março de 2023.
20. SAITO CK, et al. Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo. *Revista Bioética*, 2020; 28(4).
21. SANDOVAL MH e PORTACCIOB MEA. Death certificate: The urgent consideration of ethnic and racial origin in Chile. *Lancet Reg Health Am.*, 2022; 16: 100402.
22. SOUZA GMA e ANDRADE FB. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? *Revista o Mundo da Saúde*, 2019; 44(421-432): e185-2019.
23. WYKOWSKI JH, et al. Death Certification: An Interactive Teaching Session. *MedEdPORTAL*, 2023; 19: 11296.