

CLAUDIA ARIENE DE MORAES

**ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO
DOS CASOS INVESTIGADOS PELO COMITÊ DE
MORTALIDADE MATERNA DO ESTADO DE SANTA
CATARINA NOS ANOS DE 2006 E 2007**

**Trabalho Apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

CLAUDIA ARIENE DE MORAES

**ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO
DOS CASOS INVESTIGADOS PELO COMITÊ DE
MORTALIDADE MATERNA DO ESTADO DE SANTA
CATARINA NOS ANOS DE 2006 E 2007**

**Trabalho Apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz
Orientadora: Profa. Dra. Roxana Knobel**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me guiado até onde cheguei e pelo caminho trilhado ao meu lado, sem Ele jamais teria chegado até aqui.

A minha família, pelo amparo, paciência, compreensão e por tudo que construímos juntos embasados no amor que nos une.

Ao meu irmão Tino, pela paciência admirável e pelos últimos momentos da conclusão deste trabalho passados ao meu lado, somente uma pessoa pura e de coração nobre é capaz de tal desprendimento.

Aos meus amigos pelo prazer do convívio diário, conversas, compreensão. Já dizia um nobre poeta que é possível viver sem seus amores mas jamais sem seus amigos.

Ao meu namorado, Marco, pelo amor e apoio incondicionais.

A professora Dra Roxana Knobel pela orientação prestada à realização deste trabalho e ao seu tempo investido neste.

RESUMO

Introdução: A Declaração de Óbito (DO) é um documento importante para geração de estatísticas de mortalidade no país. A Mortalidade Materna é um indicador de saúde importante da população, preenchimento inadequado da DO destas mulheres, gera subnotificação e impede que se conheça a real situação da saúde das mulheres no país.

Objetivos: Avaliar o preenchimento das Declarações de Óbito dos óbitos maternos analisados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina nos anos de 2006 e 2007.

Métodos: Realizou-se análise das Declarações de Óbito dos casos notificados como óbitos maternos ao Comitê nos anos de 2006 e 2007. Informações complementares sobre o caso foram obtidas através da análise das fichas de investigação de óbito materno do Comitê.

Resultados: Observou-se campos sem preenchimento em 66,67% dos casos e letra ilegível em 28%. Em 49% dos casos não se define a escolaridade destas mulheres pelo mau preenchimento deste campo. Os campos 43 e 44 foram preenchidos inadequadamente em 25,4% dos casos e não preenchidos em 17,5% dos casos. No preenchimento do campo 49 observou-se irregularidade em 66,7% dos casos, erro na causa básica observado em 19%, preenchimento incompleto em 20,6%, ausência de procedimento contribuinte para morbidade em 23,8% e preenchimento invertido em 11% dos casos. A via de parto contribuiu para o óbito em 23,8%, e em apenas 33% destas esse dado constava na DO.

Conclusão: As Declarações de Óbito apresentaram preenchimento inadequado em sua maioria. É necessário que políticas de informação e conscientização do profissional quanto à importância deste documento sejam implantadas.

Palavras-chave: Declaração de Óbito. Comitê de Mortalidade. Mortalidade Materna.

ABSTRACT

Introduction: Death Certificate (DO in Brasil) is an important document to produce Death-rate statistics in the country. Maternal Mortality is a strong and valid population health indicator, any inadequate DO filling up, produce underestimation hindering the real women health situation of the country to be known.

Objectives: Evaluate the filling up of DO's for Maternal Deceases, analyzed by the Committee of Maternal Mortality of Santa Catarina State during 2006 and 2007.

Methods: Analysis realization of the Death Certificate, of the notified events as Maternal Death to the Committee during the years 2006 and 2007. Complementary informations have been reached by the analysis of the maternal death investigation documents of the Committee.

Results: Unfilled Fields of the documents in 66,67% of the done analysis, 28% of undecipherable scripts. No way to define the scholasticism of these women in 49% of the cases, because of a bad fulfilment of the Fields in the document. Fields 43 and 44 have been inadequate filled up in 25,4% of the cases and not filled up in the 17,5%. Analyzed irregularities of the Field 49's filling in 66,7%, mistakes about the basic cause of the death in 19% of the cases, uncomplete filling up in 20,6%, lack of the procedure contributing to morbidity in 23,8% and inverted filling up in 11% of the cases. The birth system/procedure contributed to the death in 23,8% of the cases and only 33% of these certificates mentioned this data.

Conclusion: The most Death Declarations under evaluation, presented inadequate fulfilment. Information and conscientiousness policies for the professionals, about the importance of this document, must to be done.

Key words: Death Certificate. Mortality Comitee. Maternal Mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
DO	Declaração de Óbito
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
CMM	Comitê de Mortalidade Materna
MM	Morte Materna
EUA	Estados Unidos da América
HELLP	Hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e baixos índices de plaqueta em mulheres com pré-eclampsia grave
UFPR	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vi
SUMÁRIO	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. MÉTODOS	5
3.1 Tipo de Estudo	5
3.2 Amostra	5
3.3 Critérios de Inclusão	5
3.4 Critérios de Exclusão	5
3.5 Coleta de Dados	5
3.6 Variáveis	5
3.7 Análise	6
4. RESULTADOS	7
5. DISCUSSÃO	12
6. CONCLUSÕES	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXO	24
NORMAS ADOTADAS	25
FICHA DE AVALIAÇÃO	26

1. INTRODUÇÃO

Em 1975, foi realizada pelo Ministério da Saúde uma reunião com intuito de promover e oferecer subsídios para a implantação nacional de um sistema de vigilância epidemiológica. No entanto um dos obstáculos a serem vencidos, o mais importante dentre eles, era a obtenção dos dados de mortalidade de forma regular, abrangente e confiável.¹

Surgiu então, a necessidade de padronização das notificações de óbito, construindo assim um formulário padrão de atestado de óbito vigente em todo o território nacional, que até então contava com diversos modelos diferentes, não sendo padronizado nem mesmo dentro dos municípios, que por vezes declaravam seus óbitos em folhas de papel.¹

Nasceu assim o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), e seu documento-padrão a Declaração de Óbito (anexo), abolindo os mais de 40 tipos de declarações então vigentes. O modelo atual é resultado da modificação feita em documentos antigos, somado à instituição de variáveis visando a adequação quanto à nova realidade epidemiológica.²

Este documento não serve somente para declarar que houve um óbito, mas principalmente, como estatística de mortalidade, sendo uma ferramenta para o monitoramento do estado de saúde da população através do conhecimento das afecções que os têm acometido. Resultando, desta maneira, de grande importância em administração sanitária, demográfica e epidemiológica.³

A OMS recomenda que sejam registradas nos atestados de óbito todas as doenças, estados mórbidos e lesões que provocaram a morte ou contribuíram para esta, e as circunstâncias da causa externa que produziu estas lesões.⁴ O registro é simples quando apenas uma causa é selecionada, no entanto, nos óbitos provocados por varias afecções, uma delas deve ser selecionada como a causa básica, definida como doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que culminaram com a morte ou, em caso de morte por causa externa, a circunstancia do acidente ou violência que produziu a lesão fatal.³

É fundamental que o médico assinale corretamente a causa básica para que dados confiáveis e comparáveis referentes a causa primária do óbito sejam obtidas, afim de que se permita um traçado epidemiológico da população.³

A declaração das causas de morte é feita no “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte”, utilizado em todos os países e recomendado pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1948. Este modelo contém o campo 49, reservado para descrição das

causas de óbito, dividido em partes: I e II. A primeira é dividida em 4 linhas, designadas por letras, cuja última linha é reservada para a causa básica, ficando nas linhas superiores as causas conseqüenciais de forma ascendente, culminando assim com a causa terminal na primeira linha. Já a segunda, é reservada para as causas contribuintes, ou seja, doença ou lesão que tenha contribuído desfavoravelmente para o óbito, porém não relacionada ao estado patológico que conduziu o paciente ao óbito.²

Quase tão importante quanto o correto preenchimento dos campos acima é a determinação do tempo estimado entre o início da doença e o óbito, dados fundamentais para a determinação do perfil de morbidade provocado por doenças crônicas. Quando se tem esses dados disponíveis e confiáveis, é possível planejar investimentos em programas de prevenção em saúde e avaliar os resultados daqueles já existentes.²

O que se tem visto é a desatenção dos currículos das escolas médicas no ensino do preenchimento deste documento, assim como a falta de ênfase à importância deste, uma ferramenta primordial para obtenção de dados em saúde pública.⁵ Por isso a importância da capacitação continuada e conscientização médica da importância do preenchimento da Declaração de Óbito (DO).

Os campos 43 e 44 da D.O devem ser preenchidos somente nos casos de mulheres em idade fértil, considerada entre 10 e 49 anos. O campo 43 questiona se o óbito se deu durante a gestação, aborto ou parto, enquanto que o campo 44 refere-se à mulher no período puerperal.²

Países em desenvolvimento apresentam maior dificuldade em obter estimativas confiáveis sobre mortalidade materna, pois que subregistros e erros na atribuição da causa da morte levam a subenumeração da morte materna. Em menor escala, países desenvolvidos apresentam as mesmas dificuldades, mesmo mantendo maior qualidade em seus registros.⁶

A morte materna é um dos desfechos mais dramáticos em obstetrícia, representa uma tragédia que afeta a família e toda a sociedade. É definida como a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após término desta, independente da duração ou localização da gravidez, divide-se em direta e indireta.⁷

Morte Materna Obstétrica Direta é aquela relacionada à complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou eventos causados por estes fatores. Já Mortalidade Materna Indireta refere-se a doenças pré-existentes ou desenvolvidas neste período não provocadas por causas obstétricas diretas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.⁸

Estima-se que 600.000 mulheres morram anualmente por condições associadas à gravidez, e a maioria destas mortes são consideradas preveníveis.⁸ Nos países

subdesenvolvidos e em desenvolvimento a mortalidade por causa obstétrica direta vai de 75 a 80%, sendo as principais causas hemorragia, infecção e desordens hipertensivas. Em países desenvolvidos a maioria das mortes também se dá diretamente, porém a maior *causa mortis* nestes, esta relacionada a eventos tromboembólicos, visto que em países ricos, mortes por hemorragia e infecção são raras, resultado do diagnóstico precoce e tratamento efetivo.⁹

Diversas conferências internacionais têm dado ênfase a metas de redução da mortalidade materna, com prazo para serem alcançadas, conforme publicação da OMS, UNICEF e UNFPA, estando incluída nos Objetivos do Milênio das Nações Unidas.¹⁰ Contudo, o conhecimento e aplicação dessas medidas nos países em desenvolvimento não é facilmente alcançado pelos sub-registros e registros inadequados de óbitos. Sabe-se que os médicos não informam corretamente as causas maternas nos atestados de óbito, o que resulta em uma sub-enumeração das mortes por essas causas.¹¹

Com isso, faz-se necessária a mensuração periódica e o monitoramento da mortalidade materna. Saber como as mulheres estão morrendo e conhecer as causas principais destes óbitos permite a implantação de estratégias de prevenção.¹²

No Brasil a redução da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade. As altas taxas encontradas representam uma violação dos direitos humanos das mulheres, além de um grave problema de saúde pública que atinge desigualmente as regiões brasileiras, com maior agravo naquelas de baixa renda.

Diante da problemática da morte materna o Ministério da Saúde propôs a adoção do Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna, tendo sido a implantação dos comitês de morte materna uma das ações estratégicas.⁸

O Comitê de Mortalidade Materna (CMM) é o responsável pela investigação de todos os casos positivos ou presumíveis de morte materna. Os objetivos do Comitê são: identificar as causas relacionadas ao óbito materno, especialmente aquelas que poderiam ser evitadas, e propor medidas para sua redução.⁸

O preenchimento deficiente ou incorreto da declaração de óbito dificulta a obtenção de estatísticas de mortalidade confiáveis. No caso da Morte Materna, em alguns casos é difícil averiguar a real causa da morte através da declaração e se houve relação do tipo de parto ou assistência prestada com a morte ocorrida.

Para avaliar a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito por morte materna no estado de Santa Catarina, propõe-se este estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o preenchimento das declarações de óbito dos óbitos maternos analisados pelo CMM do estado de Santa Catarina nos anos de 2006 e 2007.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar número de campos não preenchidos ou com informação ignorada.
- Avaliar se os campos 43 (óbito durante gestação, parto ou aborto) e 44 (óbito no puerpério) foram preenchidos e se preenchidos corretamente.
- Avaliar se a via de parto teve interferência no óbito materno e, em caso positivo, se é possível identificar a via de parto na DO.
- Avaliar o preenchimento do campo 49 (descrição das causas de óbito).
- Avaliar se a DO descreve fidedignamente o caso.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal

3.2 Amostra

A população do estudo consiste nas mulheres declaradas como óbito materno ao Comitê de Mortalidade Materna nos anos de 2006 e 2007

3.3 Critérios de inclusão

Casos de óbito materno ocorridos no Estado de Santa Catarina nos anos de 2006 e 2007 e analisados pelo Comitê de Mortalidade Materna.

3.3 Critérios de exclusão

Serão excluídos os casos cuja Declaração de Óbito não foi enviada ao comitê anexada ao caso e aqueles em que o óbito não é considerado materno.

3.4 Coleta dos dados

Os dados serão coletados das declarações de óbito e das fichas de investigação de óbito do Comitê de Mortalidade Materna, referentes aos casos de morte feminina qualificada como materna. Estes serão coletados em uma ficha especialmente criada para esse fim no programa EPIDATA.

3.5 Variáveis

Serão analisadas as seguintes variáveis:

- ✓ Preenchimento do campo cor,
- ✓ Preenchimento do campo escolaridade
- ✓ Preenchimento do campo ocupação
- ✓ Preenchimento do campo estado civil na DO
- ✓ Preenchimento do campo data de nascimento na DO
- ✓ Número de variáveis ilegíveis na DO
- ✓ Presença de campos não preenchidos na DO

- ✓ Preenchimento do campo necropsia e se na DO consta o dado correto
- ✓ Avaliação do preenchimento dos campos 43 e 44 da DO
- ✓ Óbito foi decorrente ou agravado pela via de parto (sim, não, em parte, ignorado)
- ✓ Óbito decorrente ou agravado pela via de parto consta na DO (sim – quando a via de parto consta na DO e não quando a via de parto não consta na DO)
- ✓ Óbito relacionado à aborto
- ✓ Se óbito esteve relacionado à aborto este consta na DO?
- ✓ O preenchimento do campo 49 permite o entendimento do caso? (sim, não, em parte, ignorado)
- ✓ Causa básica de óbito correta (sim, não, questionável nos casos em que os dados não eram suficientes para análise desta mas os poucos dados existentes deixavam duvidas).
- ✓ Campo 49 preenchido corretamente (sim, não, em parte, ignorado)

3.6 Análise

Os dados obtidos e arquivados na base de dados, foram analisados no programa EPIDATA analysis.

A avaliação do preenchimento adequado da DO, e a avaliação da influencia da via de parto no óbito foi feita de maneira qualitativa, analisando os dados disponíveis nas fichas de análise de MM do comitê. A análise gerou as variáveis quantitativas que foram também colocadas no EPIDATA, categorizadas e mostradas de maneira resumida nos resultados.

4. RESULTADOS

Foram analisados 76 casos enviados para o CMM, dois foram excluídos pela ausência de D.O, outros 11 foram excluídos por não terem sido considerados óbitos maternos.

Dos 63 casos restantes, 42 (66,67%) apresentavam pelo menos um campo da DO não preenchido.

A data de nascimento foi preenchida em todas as DOS e o campo com maior número de não preenchimento nesta análise foi a escolaridade.

A tabela 1 ilustra os resultados encontrados quanto ao preenchimento dos campos da DO.

Tabela 1: Situação do preenchimento dos campos encontrada nas DOs.

Variáveis	Preenchido	Não Preenchido	Preenchido como Ignorado
Data de Nascimento	63	0	0
Cor	56	7	0
Escolaridade	32	23	8
Estado Civil	57	5	1
Ocupação	58	5	0
Campo 43	50	13	0
Campo 44	50	13	0

A variável cor não foi preenchida em 11,11% dos casos, apresentou seguinte característica nas demais: 44 brancas (69,85%), três pretas (4,76%), nenhuma amarela, sete pardas (11,11%) e duas indígenas (3,17%).

O campo escolaridade apresentou taxa de não preenchimento em 36,51% dos casos, das DOs que tinham o campo escolaridade preenchido, a distribuição foi a seguinte: nenhum estudo: duas (3,18%); 1 a 3 anos de estudo: duas (3,18%); 4 a 7 anos: 12 (19,04%); 8 a 11 anos: 11 (17,46%); 12 e mais: cinco (7,93%); ignorado: oito (12,7%).

Quanto ao estado civil, observou-se que: 30 eram solteiras (47,62%); 21 casadas (33,33%); nenhuma viúva; seis separadas judicialmente ou divorciadas (9,52%); uma com campo preenchido como ignorado (1,6%).

A ocupação apresentou seguinte característica: 34 qualificadas como do lar (53,97%); cinco agricultoras (7,93%); seis professoras (9,52%); oito domésticas/serviços gerais (12,72%); cinco em profissões variadas (estudante, recepcionista, balconista, cabeleireira, caixa: 7,93%).

Quando se avalia a variável letra ilegível observa-se o montante de 18 DOs com pelo menos um campo prejudicado pela dificuldade no entendimento da caligrafia do médico responsável pelo preenchimento (28%), com uma média de duas variáveis ilegíveis entre estas (dados não tabelados).

Apenas nove pacientes foram submetidas à necropsia (14,3%), destas, oito haviam preenchido campo realização de necropsia como “sim” e em um caso não foi preenchido o campo realização de necropsia, mas fez menção à realização deste procedimento no campo 49. Do total de óbitos, 12 apresentavam este campo sem preenchimento (19%), em seis, com a análise da ficha do CMM, chega-se à conclusão de que estas pacientes não foram submetidas à necropsia e em outras seis não foi possível saber se houve necropsia ou não pela ausência deste dado nas fichas do comitê.

Dois outros casos apresentavam no campo 49 (descrição das causas de óbito): causa desconhecida e não foram submetidas à necropsia.

Três pacientes foram a óbito causado por abortamento, todas apresentavam em suas DOs aborto como causa básica corretamente.

Para a análise dos campos 43 (morte durante gestação, parto ou aborto) e 44 (morte durante puerpério), o preenchimento destes foi equiparado aos dados presentes no campo 49, parte I e II, e também correlacionados com o histórico presente na ficha de notificação de óbito materno.

Em 27 DOs houve necessidade de análise das fichas do comitê para elucidação do momento do óbito já que 16 (25,4%) apresentavam ambos os campos 43 e 44 preenchidos como sim, e outras 11 D.Os (17,46%) não havia preenchimento destes campos. Com a avaliação verificou-se que destas: 13 óbitos se deram no puerpério, três na gestação, parto ou aborto, e 13 ficaram sem elucidação.

A Figura 1 ilustra o momento do óbito das mulheres através da interpretação dos campos 43 e 44 da DO e posterior análise das fichas do Comitê.

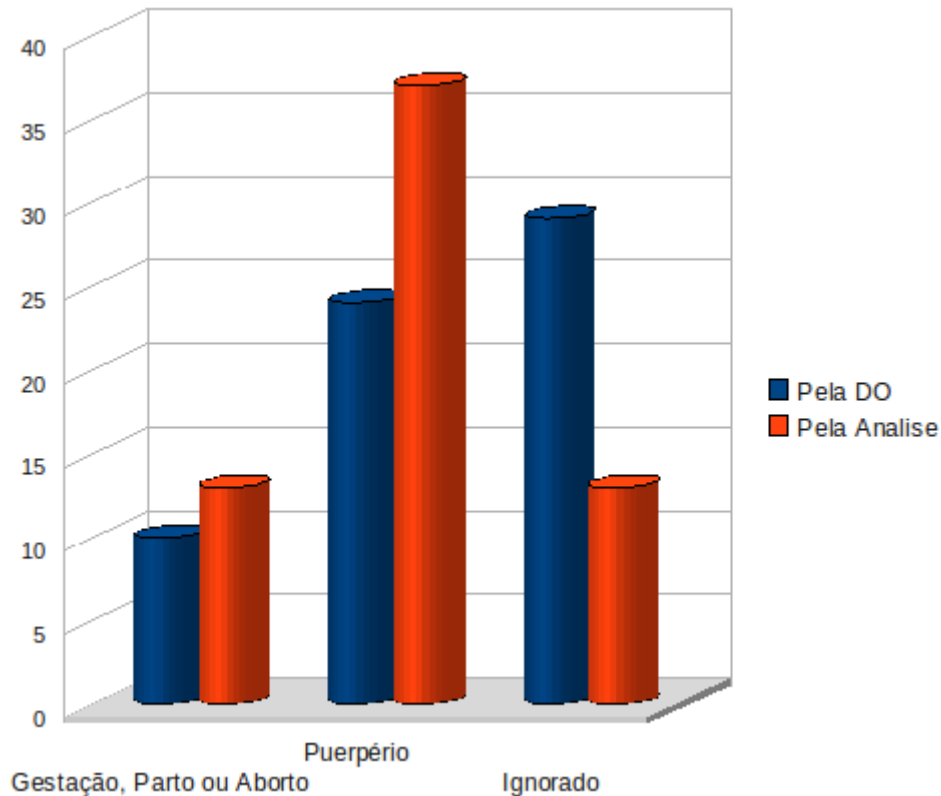


Figura 1: Momento do óbito através do preenchimento dos campos 43 (óbito na gestação, parto ou aborto) e 44 (óbito no puerpério) e posterior análise das fichas do Comitê de Mortalidade Materna.

Dos campos 44 preenchidos como “sim”, 32 mulheres estavam no período que corresponde aos primeiros 42 dias após o parto e quatro no período correspondente ao 43º dia a um ano após o parto.

Analisando o preenchimento do campo 49 (descrição das causas de óbito) partes I e II, foi avaliado se o preenchimento destes possibilitava o entendimento geral do caso, e a causa do óbito materno: 18 casos permitiram esta percepção (28,58%); em 36 casos (57,14%) não se consegue entender o que de fato aconteceu e em nove casos (14,28%) o entendimento se dá em parte.

Em 42 (66,7%) declarações o preenchimento do campo 49 (descrição das causas de óbito) não foi considerado adequado, estas puderam ser agrupadas em quatro grupos: preenchimento invertido, omissão de procedimento obstétrico que tenha contribuído para óbito na DO, preenchimento incompleto e erro na causa básica de óbito.

Inversão da ordem de preenchimento foi observada em sete casos (11,11%). Em 15 DOs (23,80%) observamos omissão de procedimento contribuinte para óbito, e em outras 13 DOs (20,63%) observamos, através da análise da ficha do CMM, preenchimento incompleto,

ou seja, intercorrências que culminaram com o óbito muitas vezes não descrita ou descrita parcialmente. Em 12 DOs (19,04%) observou-se erro na causa básica de óbito, seis (9,52%) destas apresentavam outros erros também (dois com preenchimento invertido, três com preenchimento incompleto, um sem constar procedimento contribuinte). E ainda, uma DO com preenchimento deste campo ilegível.

A causa básica foi analisada a partir de dados existentes na ficha de notificação de óbito materno do CMM, em nove casos (14,3%) o preenchimento da causa básica foi questionável, mas não se pode considerá-los errôneos pela ausência de história completa no material do comitê.

Quanto às causas de morte, em seis casos a DO não deixava clara a associação do óbito com causa obstétrica, o que se esclareceu após a análise dos dados do comitê. Demais dados encontram-se na Figura 2.

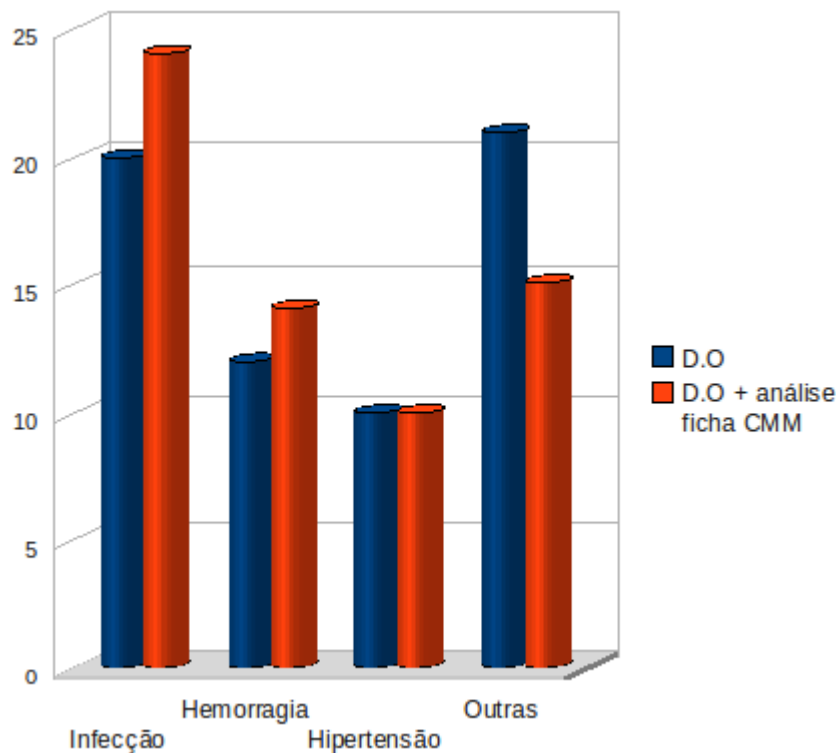


Figura 2: Causas de Morte Materna no Estado de Santa Catarina no período de 2006 e 2007 a partir da análise da Declaração de Óbito e ficha do CMM.

Dos 63 casos analisados, três morreram decorrentes a aborto, seis morreram gestantes, quatro durante o parto e 37 no puerpério. Destas, 29 haviam sido submetidas à cesariana e 12 a parto normal. A figura 3 ilustra a distribuição das mulheres conforme momento do óbito.

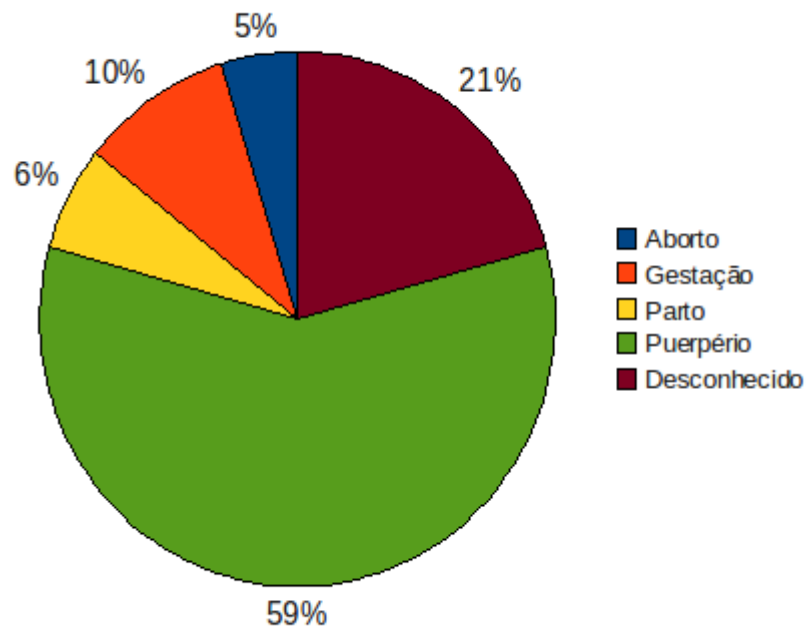


Figura 3: Distribuição das mulheres conforme momento do óbito.

Dos casos analisados, observou-se que em 15 casos (23,8%) a via de parto parece ter contribuído para o óbito. Desses, 14 foram cesáreos e um foi parto vaginal com fórceps.

Em outros dois casos, considerou-se o momento do parto inadequado, já que estas pacientes foram submetidas à cesariana durante período convulsivo.

O dado da via de parto não consta na DO em 11 destes casos (73%).

Consideram-se os casos em que a via de parto contribuiu para o óbito:

- ✓ Cinco casos de infecção puerperal ou sepse, todas após cesárea.
- ✓ Nove casos decorrentes de sangramento:
 - um após parto vaginal com fórceps
 - um após parto cesáreo precedido por tentativa com fórceps fracassada
 - sete após partos cesáreos.
- ✓ Uma parada cardiorrespiratória na cirurgia de cesariana eletiva sem causa determinada, sem antecedentes patológicos.

5. DISCUSSÃO

As Declarações de óbito analisadas apresentam falhas importantes de preenchimento.

Infelizmente, poucos trabalhos avaliam de forma global a qualidade de preenchimento das DOs, influenciando negativamente na formulação de estatísticas nacionais sobre a dimensão da má qualidade de preenchimento.¹³

Observou-se que 66% das DOs apresentavam campos sem preenchimento, e 28% com pelo menos um campo preenchido com letra ilegível.

Neste estudo, o campo escolaridade apresentou a maior taxa de não preenchimento. Em 48,7% dos casos, não foi possível determinar o nível de escolaridade dessas mulheres.

A escolaridade influi na saúde das pessoas. Sabe-se que aquelas com escolaridade e nível socioeconômico baixos procuram pouco os serviços de saúde e, conseqüentemente, consultam o médico com menor freqüência, resultando em menores taxas de realização de exames diagnósticos.¹⁴

Em estudo realizado por Laurenti *et al*¹⁵, dos óbitos maternos analisados pelos autores, 78,6% das pacientes tinham no máximo oito anos de estudo. No presente estudo a alta taxa de não preenchimento somada aos números de escolaridade ignorada tornam limitada a estipulação de uma estatística confiável pelo restrito número da amostra.

A mortalidade materna é um indicador de saúde e, como tal, retrata o perfil de uma população. Nesse contexto, torna-se fundamental a avaliação do grau de instrução destas mulheres, já que se trata de fator reversível através de políticas governamentais de incentivo à educação. No entanto, o mau preenchimento do campo escolaridade na DO atrapalha as estatísticas e torna questionável a relação entre mortalidade e escolaridade ao invés da implantação emergencial de medidas de disseminação da informação e educação.

O preenchimento dos campos 43 (óbito na gestação, parto ou aborto) e 44 (óbito no puerpério) é obrigatório em óbito de mulheres entre 10 e 49 anos. O que se observou com a análise das 63 DOs é que erros são freqüentes, e parece haver uma despreocupação ou até um despreparo do profissional médico no preenchimento deste importante documento.

A morte materna é definida como aquela ocorrida por causas obstétricas, durante gestação, parto, puerpério ou decorrente de aborto. Investigar em que momento estes óbitos ocorreram é imprescindível para a criação de medidas preventivas eficazes.

Sabe-se que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pela assistência pré-natal e parto. Estima-se que 98% dos óbitos maternos seriam evitáveis com

instituição de políticas de prevenção. Ramos et al¹⁶ demonstraram que 42% das mulheres que foram a óbito, em um período de 20 anos, não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal.

Observamos, assim, a necessidade de melhorias na assistência a estas mulheres, como incentivo à realização do pré-natal, capacitação dos profissionais que o realizam, assim como conscientização das gestantes e familiares da importância da consulta mensal. Garantindo, com estas medidas, uma gestação saudável e um bom parto, já que mulheres orientadas e educadas para este procedimento aderem melhor às indicações médicas. Desta forma diminuem a ansiedade e o medo do parto, enfrentando-o de maneira mais segura, além de possuírem menores taxas de cesariana e intercorrências durante e após o parto.²

Dos óbitos estudados, 58,7% ocorreram no puerpério, demonstrando que a maior taxa de óbito materno se dá neste período. O acompanhamento da mulher não deve ocorrer somente no pré-natal e não acaba no momento do parto ou da alta hospitalar, é necessário que esta deixe o hospital bem orientada quanto a sua saúde e cuidados necessários neste período. A alta taxa de mortalidade puerperal expressa o mau acompanhamento dessas mulheres e a urgência na instituição de programas de saúde específicos.

Foram observados três casos de óbito decorrentes de abortamento, um número relativamente pequeno quando comparado ao montante, todavia, sabe-se que as taxas de mortalidade materna no Brasil tendem a ser subnotificadas.¹⁴

Estudos apontam o aborto como quarta causa de mortalidade materna no país, Haddad e Silva¹⁷ constataram que os óbitos maternos por esta causa duplicaram-se em relação ao número de partos no mesmo período. Cabe lembrar que o Brasil mantém altas taxas de óbito por aborto quando comparado a outros países, principalmente aqueles onde este procedimento já é legalizado.

Ao se observar o mau preenchimento dos campos reservados para notificação de óbito materno (campos 43 e 44) em mulheres hospitalizadas e muitas vezes com diagnóstico definido, é possível indagar quantas mulheres estão morrendo grávidas ou decorrente de abortamento sem que sejam notificadas, ou pior, sem que o médico diagnostique a gestação nestes casos. Como exemplo, mulheres com quadros graves de choque podem dar entrada no hospital inconscientes, com abortamento retido infectado e acabarem recebendo em suas DOs causa básica de óbito diversas ou, ainda pior, causa desconhecida, sem que jamais se descubra a causa real do óbito.

É preocupante que mulheres morram em decorrência de abortos e sem o conhecimento dos órgãos de saúde, por isso, a notificação destes óbitos deve ser compulsória e sem erro,

para que se possa saber a real circunstância dos óbitos das nossas mulheres e se institua medidas efetivas de prevenção.

Ao não preencher os campos 43 e 44, o médico esta desrespeitando um documento público de grande importância, além de impossibilitar o rastreamento destas falhas de seguimento e impedir a aplicação de medidas rápidas de prevenção de mortalidade materna.

Quando o médico desconhece a causa do óbito de um paciente este tem o direito e o dever de encaminhá-lo ao Serviço de Verificação de Óbito para realização de necropsia. Nos óbitos analisados, em dois casos o médico considerou o óbito como causa desconhecida e não houve solicitação de necropsia. O preenchimento da DO sem o conhecimento da causa da morte pode levar a diversos problemas, desde a sub-notificação e sub-enumeração de causas básicas, até problemas legais, de processos por erros médicos e/ou a não elucidação de mortes por causas externas (agressões, envenenamentos).¹⁸

Assim, a falta de realização de procedimentos adequados para elucidação da causa de morte, quando necessário, colabora para a perpetuação da sub-notificação de óbitos maternos. Convém observar que em um caso questionava-se no prontuário infecção puerperal, a paciente apresentava sinais de infecção, mas em sua DO, o óbito foi atribuído a causa desconhecida. Casos como este podem ocorrer em qualquer lugar do país onde não haja comitês de mortalidade materna ativos ou onde não exista organização destes, resultando assim em óbito materno não declarado.

Tão importante quanto a identificação do período em que se observa maior número de mortes maternas, é o reconhecimento de suas causas. Observamos que em 15 casos a via de parto mostrou contribuir para a morbidade destas mulheres, tendo sido 14 partos cesáreos e um parto vaginal com fórceps.

A maior parte dos óbitos no presente estudo foi decorrente de complicações infecciosas (38%). Esta foi também, a principal causa de morte no puerpério, coincidindo com outros estudos.¹⁷

Cinco casos de morte por infecção puerperal foram observados em mulheres submetidas à cesariana, e esta considerada contribuinte para o óbito. A incidência crescente de cesarianas tem contribuído para o aumento das taxas de infecção puerperal.^{5,11}

O aumento das taxas de cesariana e a preferência crescente desta via de parto entre as mulheres e médicos, tornou este procedimento cirúrgico um dos principais fatores de risco para infecção. Sabe-se que o parto cesáreo, principalmente nos países em desenvolvimento, esta associado a um aumento significativo na morbidade materna, sobretudo quando mal indicada.^{2,19}

A cesárea é tida como cirurgia potencialmente infectada², já que a secção e exposição de vasos promove a quebra da barreira fornecida pela pele e exposição da cavidade aos patógenos externos. Por isso, em gestantes submetidas a cesárea eletiva ou em trabalho de parto, independentemente da integridade das membranas, recomenda-se antibioticoterapia profilática. Nosso país apresenta uma das maiores incidências de parto cesáreo e com este crescimento aumentam também os casos de infecção puerperal.²

No Brasil, políticas públicas de conscientização e reeducação tentam atingir a população, como forma de conscientizar as mulheres e os médicos dos benefícios do parto natural. A omissão da contribuição da cesariana para os óbitos maternos não gera somente alienação da população aos possíveis riscos deste ato cirúrgico, mas expõe também mulheres com condições de parto vaginal a optarem por parto cesáreo pela suposta segurança e facilidade deste, já que se acredita que esta via de parto não aumenta a morbi-mortalidade materna e neonatal.

Diante deste contexto, é imprescindível que médicos ao se depararem com situações semelhantes às citadas acima relatem a presença da cesariana no caso, fato ocorrido somente em quatro DOs de todas aquelas em que a via de parto contribuiu para o óbito.

A segunda maior causa de óbito foi a hemorragia (22,22%), em 64,28% destas, a via de parto teve influência na morbidade.

A hemorragia pós-parto é uma das cinco principais morbidades causadoras de óbito materno, estima-se que 125 mil mulheres morram por esta causa no mundo, a atonia uterina cursa como fator principal no sangramento.¹¹ Apesar de já conhecida como importante causadora de óbito materno, é importante se estimar quantas mulheres ainda morrem por causas hemorrágicas, e se as medidas preventivas e a evolução nos conhecimentos obstétricos tem cooperado para a redução desta causa de morte. Sabe-se que quando submetida a parto cesáreo a mulher apresenta maior sangramento e também se torna vulnerável a distúrbios de coagulação como a coagulação intravascular disseminada, ou algo menos complexo e não menos fatal, como a hemostasia realizada incorretamente.²⁰

Houve três óbitos de mulheres decorrentes de hemorragia causados por placenta prévia e outros dois por descolamento prematuro de placenta. Estes casos não foram incluídos no grupo cujo parto cesáreo contribuiu para o óbito, porém cabe citar a importância das cesáreas prévias destas pacientes na patologia atual. Sabe-se que o parto cesáreo é associado ao aumento do risco de descolamento prematuro de placenta e placenta prévia em gestações seguintes. Estudo realizado nos EUA demonstrou que mulheres submetidas a parto cesáreo prévio tinham 40% a mais de chance de desenvolver placenta prévia e aumento de 30% nas

taxas de descolamento prematuro de placenta quando comparadas àquelas submetidas à parto normal prévio.²¹

A terceira causadora de óbito no presente estudo foi a causa hipertensiva (15,9%), porém acredita-se que estes números podem estar subjugados pela ausência de referência a estes distúrbios na DO.

Alterações hipertensivas da gestação são classificadas pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia como:

1. Hipertensão arterial induzida pela gestação - em mulheres que desenvolvem hipertensão arterial durante a gestação; pré-eclâmpsia - em mulheres hipertensas que desenvolvem proteinúria; eclâmpsia - em mulheres com pré-eclâmpsia que apresentaram convulsões e/ou coma e síndrome HELLP (trombocitopenia com evidências de hemólise e aumento das enzimas hepáticas nas pacientes com pré-eclâmpsia);
2. Hipertensão arterial crônica - hipertensão arterial desenvolvida antes da gestação.
3. Hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

O estudo das desordens hipertensivas manifestadas na gestação reveste-se de grande importância, tendo em vista a alta incidência e os elevados índices de mortalidade materna a elas associados, sobretudo em casos de eclâmpsia.²² A maior frequência desta nos países em desenvolvimento parece estar relacionada ao sub-diagnóstico e falha no tratamento da pré-eclâmpsia.²³

Eclâmpsia, a mais séria complicação da pré-eclâmpsia²⁴, é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas.²³

Esta desordem pode ser evitada com assistência obstétrica adequada e resolução adequada da gestação, uma vez que é uma doença predominante na população de baixo nível socioeconômico e em países em desenvolvimento, variando a mortalidade materna com a qualidade do acesso aos cuidados de saúde.²⁵

Em dois casos, causa básica de óbito na DO era eclâmpsia, considerou-se que o momento do parto nestes casos foi inadequado. Estas pacientes deram entrada no hospital convulsionando e foram submetidas à cesariana durante período convulsivo.

Sabe-se que a realização da cirurgia cesariana com a paciente instável, durante a crise convulsiva ou logo após a mesma, sem a devida preparação aumenta a morbi-mortalidade materna e fetal.²⁵

Analisou-se também se seria possível ter entendimento do caso apenas com a interpretação do campo 49, avaliando assim se um profissional qualquer que avaliasse essas declarações de óbito poderia qualificar com segurança estas como óbitos maternos. Apenas 18 DOs permitiram a qualificação como óbito materno assim como a compreensão da *causa mortis* daquelas mulheres. Este dado não seria relevante se os campos 43 e 44 fossem preenchidos adequadamente o que foi visto acima que não é o que acontece.

Para preencher adequadamente o campo 49 da DO (descrição das causas de óbito), o médico deve declarar a causa básica do óbito em último lugar (parte I- linha d), estabelecendo uma seqüência, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata de óbito (parte I - linha a). Em sete declarações encontrou-se inversão no preenchimento, ou seja, a seqüência dos fatos estava em sentido contrario, estando a causa básica no lugar da causa terminal ou imediata e vice-versa, assim como as causas intermediarias. Um erro aparentemente pequeno, mas que demonstra gravidade já que se trata de um principio básico no preenchimento de uma declaração de óbito.

Estudo realizado na Universidade Federal do Paraná (UFPR), com uma amostra considerável obteve taxa de 12% de DOs com preenchimento invertido¹³, no atual estudo este número alcançou 11,11%, mostrando que se trata de erro comum quando se avalia o preenchimento das Declarações de Óbito.

Em 15 DOs houve omissão de algum procedimento que contribuiu para o óbito. Os procedimentos que contribuíram para a evolução dos casos e não foram relatados são: cesariana, histerectomia e curetagem, estando em ordem decrescente quanto à proporção de casos. O que se observou foi a omissão destes procedimentos em casos nos quais cabia referência a estes já que foram contribuintes ao óbito direta ou indiretamente.

Não foram encontrados dados na literatura sobre essa omissão. Considera-se que o procedimento não foi colocado na DO por que o médico não tinha conhecimento da necessidade de descrevê-lo, ou por medo de processos médicos e represálias institucionais.

O preenchimento foi qualificado como incompleto em 13 DOs. Com a análise da ficha do CMM, observou-se intercorrências importantes para o desfecho do caso não descritas no campo 49.

A causa básica de óbito é sempre avaliada em trabalhos que estudam a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito.

No presente estudo, ocorreram 12 casos nos quais a causa básica de óbito estava incorreta, o que representa 19% dos casos. Em estudo realizado na UFPR¹³ encontrou-se taxa de 22,3% de causa básica não informada. Mostrando semelhança entre os estudos.

Em nove DOs, os dados da ficha do Comitê de Mortalidade Materna foram insuficientes para o entendimento completo do caso, não havendo segurança em qualificar a causa básica de óbito como correta. Em seis, erro na causa básica associado a outro erro no preenchimento foram encontrados, demonstrando despreparo dos profissionais também neste campo.

Estudo clássico realizado na Inglaterra, em 1968, apresenta discordância de 39% entre causa básica apresentada na DO e causa básica real após análise de prontuário médico.²⁶ Este país apresentou o primeiro estudo sobre declaração de mortalidade e há muito tempo demonstra preocupação com o preenchimento destes dados. No Brasil, em 1974, estudo semelhante foi conduzido e apresentou concordância entre DO e prontuário médico em relação à causa básica em 62,3%, poucos anos após, mostrando certa coincidência entre os países.²⁷

Nas décadas de 1980 e 1990, vários estudos similares foram conduzidos no Brasil.^{28, 29, 30, 31, 32} Esses autores encontraram a mesma contradição entre DOs e prontuários médicos. Pacientes cujos prontuários eram exemplares quanto a história clínica e fatores que o levaram ao óbito, apresentavam causa básica de óbito divergente ao diagnóstico visto nos prontuários.

Outro estudo, realizado em 1990, cujo enfoque era avaliar a exatidão da declaração de morte por causa materna, verificou que o número real de mortes por esta causa era 124% maior do que o obtido pelo atestado de óbito original, ou seja, para cada óbito considerado materno, havia 1,5 óbito materno não declarado.³³ No estudo de Laurenti¹⁵, também evidenciou-se subregistros de mortalidade materna nas capitais brasileiras. Fato que causa determinado espanto quando se pensa que as capitais apresentam melhores condições de notificação e maior supervisão de órgãos estaduais, quantas serão as mortes maternas omitidas nas milhares de cidades interioranas existentes no Brasil.

Preenchendo corretamente este documento, o médico não está somente aplicando seu dever corretamente, mas acima de tudo, estará identificando as principais causas de morte ocorridas na população, contribuindo assim, para a adoção de medidas de prevenção e controle das mesmas.

Estes estudos evidenciam a necessidade de se investigar todos os óbitos de mulheres em idade fértil, neste caso, de 10 a 49 anos, a fim de se detectar o maior número possível de mortes maternas ocorridas. Algumas "Comissões ou Comitês de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas" no país investigavam apenas as mortes maternas declaradas e as altamente suspeitas ou presumíveis. Nas pesquisas citadas acima, todavia, houve casos que passaram a ser considerados como mortes maternas, apesar de terem seus atestados de óbito originais

bem declarados como causa não materna, nem sequer suspeitadas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu aos Comitês a tarefa de investigar todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos cujas causas de morte possam ocultar óbito materno.¹⁵

No presente estudo algumas variáveis não puderam ser corretamente investigadas, pelas informações restritas às fichas do Comitê de Morte Materna e o não acesso aos prontuários médicos. Sugere-se a realização de mais pesquisas nesse sentido e uma maior cobrança governamental para que os dados estejam disponíveis para a correta análise do óbito materno.

Na área da saúde, as políticas e os programas visando o controle de doenças e mortes devem se basear em informações adequadas e oportunas sobre a natureza e extensão dos problemas, seus determinantes e sobre o impacto causado nas populações.³⁴

Observamos com este estudo que medidas de conscientização e educação dos profissionais médicos quanto ao preenchimento das Declarações de Óbito são urgentes e necessárias. A importância deste documento deve ser ensinada nos cursos de graduação e o profissional deve ser constantemente treinado para o seu preenchimento.

6. CONCLUSÕES

As Declarações de Óbito analisadas neste estudo apresentaram em sua maioria preenchimento inadequado.

Campos não preenchidos foram observados em 42 (66,7%) das DOs analisadas. Em outras nove (14,3%) havia campos preenchidos como ignorado.

O preenchimento dos campos 43 (óbito durante gestação, parto ou aborto) e 44 (óbito no puerprio) foi inadequado em 16 casos (25,4%). Em outros 11 casos (17,5%) esses campos não foram preenchidos.

A via de parto parece ter contribuído para o óbito em 15 casos (23,8%), o dado constava em apenas quatro (26,6%) destas DOs.

Na avaliação do preenchimento do campo 49 (descrição das causas de óbito) viu-se que 42 DOs (66,7%) apresentavam erros, estes foram divididos em quatro grupos. Erro na causa básica foi observado em 12 casos (19%), preenchimento incompleto em 13 casos (20,6%), ausência de procedimento contribuinte para morbidade em 15 casos (23,8%) e preenchimento invertido em sete casos (11%), além de um caso de preenchimento deste campo com letra ilegível.

Em 18 casos (28,6%), o preenchimento do campo 49 descrevia de forma fidedigna o caso que culminou com o óbito.

REFERÊNCIAS

1. Sistemas Datasus – SIM : Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em : http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26002 .
2. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2001:3. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_obitos%20.pdf
3. Santo AH. Avaliação da qualidade da codificação das causas de morte no Estado de São Paulo. Scielo. 2000: 9: 189-198.
4. Fonseca LAM, Laurenti R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. Scielo Public Health. 1974: 8: 21-29.
5. Stucke CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. Scielo. 2003: 39: 361-364.
6. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva. World Health Organization, 2001.
7. Graham WJ. Now or never: the case for measuring maternal mortality. Elsevier. 2002: 359: 701-704.
8. Togli MR, Weg JG. Venous thromboembolism during pregnancy. Mass Med Soc. 1996: 335: 108.
9. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2007:3. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna_M.pdf
10. Annan KA. We the peoples: The role of the United Nations in the 21st Century. United Nations Department of Public Information. 2000.
11. Laurenti R, Mello J, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Scielo Public Health. 2000: 16: 23-30.
12. Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Scielo Public Health. 2007: 41: 181-9.
13. Moreira SD, Pedroso HC, de Andrade AV, Souza HS, Carvalho D. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 2004.
14. Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004: 13: 209- 215.

15. Laurenti R, Mello MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Scielo*. 2004; 7: 449-460.
16. Ramos JGL, Costa SM, Stuczynski JV, Brietske E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um estudo de 20 anos. *Scielo*. 2003; 25: 431-6.
17. Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. *Scielo*. 2000; 34: 64-70.
18. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina. A Declaração de Óbito: documento necessários e importante. Brasília. DF.Ministério da Saúde. 2006: 1. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/arquivos/cartilha_do_cfm_ms.pdf
19. Mario F, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR. Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009; 9:1-11.
20. Nagahama G, Vieira LC, Jover PB, Leite GKC, Watanabe EK, Almeida SM, et al. O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch: série de casos. *Rev.Bras.Ginecol.Obstet*. 2007; 29: 120-125.
21. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93:332-7.
22. Neto JDV, Bertini AM, Taborda WC, Parente JV. Tratamento da eclâmpsia: estudo comparativo entre o sulfato de magnésio e a fenitoína. *Scielo*. 2000; 22: 543-549.
23. Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Scielo*. 2005; 27: 627-34.
24. Ganem, EM., Castiglia YMM e Vianna PTG. Anestesia na pré-eclâmpsia. *Rev.Brasileira de Anestesiologia*. 2002; 52: 481-497.
25. Douglas KA e Redman CWG. Eclampsia in the United Kingdom. *Brit.Med.Assoc*.1994; 309: 1395.
26. Alderson MR, Meade TW. Accuracy of diagnosis on death certificates compared with that in hospital records. *BMJ*. 1967; 21: 22.
27. Laurenti R. A análise da mortalidade por causa básica e por causas múltiplas. *Scielo Public Health*. 1974; 8: 421-435.
28. Carvalho ML, Niobey FML, Miranda NN, Sabroza PC. Concordância na determinação da causa básica de óbito em menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro, 1986. *Scielo Public Health*.1990: 24.
29. Niobey FML, Cascão AM, Duchiate MP, Sabroza PC. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Scielo Public Health*. 1990: 24: 311-8.

30. Nobre LC, Victora CG, Barros FC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SC. Avaliação da qualidade da informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul, Brasil. *Scielo Brasil*. 1989; 23: 207-213.
31. Schnitman A. Análise da fidedignidade da declaração da causa básica de morte por câncer em Salvador, Brasil. *Scielo*. 1990; 24: 490-496.
32. Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias: I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. *Scielo Public Health*. 1997; 13: 39-52.
33. Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil) 1986- Metodologia e resultados gerais. *Rev.Saúde Pública*. 1990; 24: 128-133.
34. Mello MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Rev. Saúde Pública*. 1990; 24: 217-223.

ANEXO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Óbito Nº _____

I	1) Cantão	Código	2) Registro	Data
	3) Município	UF	4) Cemitério	
II	6) Tipo de Óbito	7) Data	8) Hora	9) RIC
	10) Nome do falecido	11) Naturalidade		
III	12) Nome do pai	13) Nome da mãe		
	14) Data de Nascimento	15) Idade	16) Sexo	17) Raça/cor
IV	18) Estado civil	19) Escolaridade	20) Ocupação habitual e ramo de atividade	
	21) Logradouro	Número	Complemento	22) CEP
V	23) Bairro/Distrito	Código	24) Município de residência	Código
	25) Local de ocorrência do óbito	26) Estabelecimento		
VI	27) Endereço da ocorrência	Número	Complemento	28) CEP
	29) Bairro/Distrito	Código	30) Município de ocorrência	Código
VII	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MEMORES DE 1 ANO			
	31) Idade	32) Escolaridade	33) Ocupação e ramo de atividade de mãe	34) Número de filhos vivos
VIII	35) Duração da gestação	36) Tipo de Gravidez	37) Tipo de parto	38) Morte em relação ao parto
	39) Peso ao nascer	40) Num. de Declar. de Nascidos Vivos	41) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
IX	ÓBITOS EM MULHERES			
	42) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?	43) A morte ocorreu durante o puerpério?	44) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
X	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:			
	45) Exame complementar?	46) Cirurgia?	47) Necropsia?	
XI	CAUSAS DA MORTE			
	PART I - Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte			
XII	CAUSAS ANTECEDENTES			
	PART II - Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não entraram por em, no caso acima			
XIII	48) Nome do médico	49) CRM	50) O médico que assina atendeu ao falecido?	
	51) Meio de contato	52) Data do atestado	Assinatura	
XIV	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL			
	53) Tipo	54) Acidente do trabalho	55) Fonte da informação	
XV	56) Descrição sumária do evento			
	57) LOCAL DE OCORRÊNCIA POR EM VIA PÚBLICA, ANDIAR O ENDEREÇO			
XVI	58) Declarante	59) Testemunhas		

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____