

# O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes

## *Death and its epidemiological investigation: Considerations about some relevant aspects*

### **Resumo**

O artigo aborda questões relativas ao óbito e sua investigação como elementos importantes para a Epidemiologia e a Saúde Pública. Ressalta aspectos ligados à melhoria da sua qualidade e da vigilância, bem como da pesquisa científica/epidemiológica nessa área, vistos sob a óptica da legislação e das normas éticas existentes no Brasil. Discute o problema relativo, a saber, “a quem pertence a informação em saúde e quais os limites de sua utilização”, tratando, inclusive, da possibilidade do uso de bancos de dados identificados. Conclui sugerindo meios hábeis, como “Termo de Responsabilidade e Confidencialidade” por parte do pesquisador, para que a pesquisa científica/epidemiológica possa ter continuidade no país, com agilidade e oportunidade.

**Palavras-chave:** Óbito. Investigação. Pesquisa em mortalidade. Ética em pesquisa. Confidencialidade. Informação em saúde.

**Maria Helena P. de Mello Jorge<sup>I</sup>**

**Ruy Laurenti<sup>I</sup>**

**Heloisa Brunow Ventura Di Nubila<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

<sup>II</sup> Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

---

**Correspondência:** Heloisa Brunow Ventura Di Nubila. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 40, São Paulo, SP - CEP 01246-904. E-mail: hdnubil@usp.br

## Abstract

This article addresses death and issues related to its investigation, as important components for Epidemiology/Public Health. It highlights aspects linked to the improvement of quality of investigation and surveillance of death, as well as the advance of scientific/epidemiological research in this area, analyzed in view of current legislation and ethical principles in Brazil. We discuss the problem related to knowing “whom the health information belongs to and which are the limits of its utilization”, considering also the possibility of using identified databases. At the end, we suggest competent ways, as a “Term of Responsibility/Confidentiality” signed by the researcher in order to enable scientific/epidemiological research to continue in the country, in a more opportune and agile manner.

**Keywords:** Death. Investigation. Research on mortality. Ethics in research. Confidentiality. Health information.

## Considerações Iniciais

Phillipe Ariès, um dos mais consagrados historiadores contemporâneos, afirma que *“não é fácil lidar com a morte, porque ela espera por todos nós. Mas deixar de pensar nela não a retarda ou evita. Pensar na morte pode nos ajudar a aceitá-la e a perceber que ela é uma experiência tão importante e valiosa quanto qualquer outra”*<sup>1</sup>.

Pensar na morte do ponto de vista da Saúde Pública significa ver e reconhecer – como aliás já o fizera Graunt, na Inglaterra, em meados do século XVII – que ela tem uma finalidade médico-estatística importante; que o estudo de seus registros induz os pesquisadores à elaboração de um quadro epidemiológico, de hoje, que objetiva, em última análise, salvar vidas amanhã. Trata-se, assim, de um processo que, partindo de um fato totalmente negativo, acena com um resultado bastante promissor.

Um dos objetivos da Saúde Pública é o estudo do processo saúde-doença, que visa promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e das populações. Lecorps e Paturet (1999) (citados por Fortes e Zoboli, 2008) referem que, muitas vezes, suas ações se exercem em condições em que não existe a possibilidade de uma intervenção individual e, nesse sentido, podem necessitar restringir liberdades e alguns direitos individuais, como acontece, por exemplo, com a vigilância sanitária, com a aplicação compulsória de vacinas, com a fluoretação da água, situações em que se justifica a preponderância do interesse público sobre o individual<sup>2</sup>.

De igual modo, pode ser entendida a não submissão dos médicos à questão do sigilo profissional, tão valorizada em seus Códigos de Ética, em questões como a emissão do atestado de óbito com a especificação completa das causas que conduziram à morte. Dessa forma, a discussão sobre aspectos principalmente legais e éticos do evento “óbito” mostra-se importante e de conhecimento imperioso para todos aqueles que se dedicam ao seu estudo, seja na rotina dos serviços de saúde, seja na pesquisa científica.

Este trabalho tem esse objetivo: estudar os registros das mortes no país e sua adaptação aos princípios e propósitos a que se destinam e, quando os mesmos não se mostrarem adequados, estudar a investigação a que deve ser submetido cada caso, dentro do embasamento legal e das normas éticas vigentes.

## O óbito

### Na medicina, na demografia e nas estatísticas de saúde e epidemiologia

A morte é definida, pela Organização Mundial da Saúde, como a cessação dos sinais vitais em um momento qualquer depois do nascimento com vida, sem possibilidade de ressuscitação<sup>3</sup>. Esse conceito, estabelecido em 1950, parece não englobar qualquer conotação com o que se entende hoje por morte cerebral, visto que as discussões a esse respeito, bem como sua admissão, só ocorreram em data bem posterior a essa. Na realidade, foi no fim da década de 60 que uma Comissão da Escola Médica de Harvard, composta por dez médicos, um jurista e um teólogo, equiparou, pela primeira vez, o coma irreversível à morte do paciente, estabelecendo critérios para a sua aceitação<sup>4,5</sup>.

A história da Medicina mostra, em todas as suas facetas, a obsessão do médico em evitar a morte. O presidente do Conselho Federal de Medicina, ao fazer a Apresentação de recente publicação, referiu que “... sempre nos ensinaram que a morte é a nossa principal inimiga, contra a qual devemos evitar todos os nossos esforços”<sup>6</sup>. Entretanto, quando ela ocorre, passam a ser deveres do médico a sua verificação, constatação e declaração, inclusive, e particularmente, com a especificação da causa. A legislação escrita e a cultura dos diferentes países evidenciam essa competência, ficando clara, no Brasil, a responsabilidade ética e jurídica do médico quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito, com informações verídicas, completas e fidedignas<sup>7,8</sup>. Quando isso não acontece, a legislação em vigor pode esta-

belecer penalidades para o médico<sup>9</sup> e gerar a necessidade de investigação epidemiológica relativa aos dados sobre a morte.

Do ponto de vista demográfico, o óbito se constitui em um dos fatores responsáveis pelo crescimento vegetativo da população, representado pelo produto da operação “número de nascimentos vivos menos número de óbitos”. Nessa linha de raciocínio, outras características da morte, como, por exemplo, sua distribuição segundo sexo e idade, complementam a importância desse evento. Esses elementos são relevantes, por exemplo, para a construção da pirâmide de população, que se constitui, ela própria, em razão de seu formato e contornos, em importante indicador de saúde<sup>10,11</sup>. Quanto aos aspectos estatísticos, desde Graunt, em 1662, na Inglaterra, o óbito tem sido estudado com o intuito não só de saber quantas pessoas morrem mas, principalmente, de conhecer suas características epidemiológicas. Figura como de destaque, aqui, a distribuição das mortes segundo sexo, idade e causa.

Estas variáveis vão permitir o estabelecimento de um panorama das populações segundo níveis de saúde, já que não pequeno número de indicadores trabalha com dados de mortalidade, no numerador ou no denominador<sup>11,12</sup>. Conhecer, por exemplo, a distribuição das causas de morte em uma determinada área é elemento imprescindível para a compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências, bem como para orientar decisões visando à melhoria da saúde da população.

### Aspectos éticos e jurídicos

Embora a morte se constitua em um importante evento do ponto de vista do Direito, visto representar o término da existência humana, sua definição escapa às leis, aos códigos e à dogmática jurídica. É ela deixada por conta da Medicina, que tem determinado, nos vários momentos históricos, diferentes abordagens e conceitos diversos, como foi visto, por exemplo, com relação à morte cerebral.

Para o mundo jurídico, o óbito representa a cessação dos direitos individuais da pessoa que morreu e a transferência de alguns outros direitos, principalmente os patrimoniais, a seus sucessores. Para que esses direitos tenham efeito, inclusive quanto à mudança de titularidade, é necessária a sua comprovação, feita por meio da certidão do óbito, lavrada no Cartório de Registro Civil, conforme preceitua a legislação em vigor<sup>13</sup>.

A Lei dos Registros Públicos<sup>13</sup> estabelece que

*“... nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial ao Cartório, extraída após a lavratura do assento do óbito feito à vista do atestado do médico...”*

referindo-se ainda às formalidades legais a serem observadas quanto a quem pertence a incumbência de promover o registro, onde o mesmo deve ser feito, bem como os prazos estabelecidos para a sua realização.

Já foi dito, em outra parte deste trabalho, que o médico tem sempre o dever de evitar a morte, mas, quando esta sobrevém, tem ele o dever de verificá-la, comprová-la e atestá-la. O Código de Ética Médica estabelece também essa competência e extensa bibliografia tem sido produzida no país a esse respeito.

A Declaração do Óbito – DO – por se constituir em uma obrigação legal, não está sujeita às determinações éticas quanto ao sigilo profissional. Assim, o Código de Ética Médica<sup>14</sup> em vigor refere que é vedado ao médico *“atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia ou verificação médico-legal*. No mesmo sentido, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.779 de 11 de novembro de 2005 estabelece normas complementares sobre a matéria<sup>15</sup>. O novo Código de Ética Médica, aprovado em 24 de setembro de 2009, com vigência prevista para março de 2010, esclarece que *“... o médico guardará*

*sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”* (Capítulo I – Princípios fundamentais – XI) e, em outro tópico: *“... É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal...”* (art.73)<sup>16</sup> (grifos nossos).

Dessa forma, ainda segundo a legislação em vigor, (Lei nº 11.976 de 07.07.09)<sup>17</sup>, o médico deve atestar o óbito, usando o formulário “Declaração de Óbito” para a atestação do fato, sendo que a especificação da causa da morte deve ser corretamente relatada. Erros, imprecisões e omissões verificados no preenchimento da DO podem até mesmo conduzi-lo às penalidades previstas no Código Penal e na legislação dos Conselhos de Medicina, conforme referido<sup>9</sup>.

### **O Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil**

Os dados sobre mortalidade provêm de um sistema de informação concebido e implantado no país há cerca de trinta anos (Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM), que tem como documento básico a Declaração de Óbito preenchida pelo médico. O modelo do formulário está padronizado em todo o país, assim como o fluxo da informação<sup>18,19</sup>.

As DO são coletadas pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde em hospitais e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado. A codificação e seleção das causas de morte obedece ao disposto internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde, por meio da Classificação Internacional de Doenças, atualmente em sua 10ª Revisão (CID-10)<sup>3</sup>.

O sistema é gerido pelo Ministério da Saúde, que é responsável também pela consolidação de dados no nível nacional e por sua divulgação (www.datasus.gov.br e MS/CD-ROM). Assim, é possível saber, por exemplo, que ocorreram no país, em 2007, 1.047.824 mortes, sendo que algumas

de suas características, como proporção de óbitos segundo sexo, segundo idades e segundo causas estão apresentadas na Tabela 1. É importante notar que, enquanto as informações sobre sexo e idade não estão especificadas (não informadas) no Sistema, em frequência praticamente desprezível, tal fato não ocorre com relação à causa; verifica-se que 7,7% dos casos apresentam causa mal definida. Esse valor, entretanto, já foi mais elevado, sendo digno de nota o fato de que as causas mal definidas vêm decrescendo, continuamente, no país<sup>18,19</sup>.

## A investigação do óbito

### Como deve ser entendida

A primeira observação a ser feita no que se refere à investigação do óbito é a

de que ela deve ser entendida, sempre, do ponto de vista médico-epidemiológico. Sua finalidade precípua é a de qualificação da informação ou vigilância do óbito e, no caso da pesquisa científica, a de poder oferecer subsídios para diferentes objetivos, particularmente aqueles que se referem ao estudo da causa da morte. Desse ponto de vista, Johansson, em sua tese de doutorado, defendida na Universidade de Upsalla, Suécia, em 2008, comenta que “... *embora não sejam as únicas estatísticas médicas disponíveis, os dados de mortalidade são largamente usados em pesquisas médicas, monitoramento da saúde pública e planejamento e seguimento da assistência à saúde.*”<sup>20</sup>. É importante salientar, também, que a metodologia utilizada pela investigação para alcançar seus objetivos compreende a assimilação de novos resultados, por exemplo, quanto

**Tabela 1** - Número e percentagem de óbitos segundo algumas características importantes, Brasil, 2007.

**Table 1** - Deaths in Brazil, absolute numbers and percentages according to some important characteristics, 2007.

Características	Número	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	602.592	57,5
Feminino	444.714	42,4
Não informado	518	0,1
Total	1.047.824	100,0
<b>Idade (em anos)</b>		
- 10	57.905	5,5
10 a 19	24.453	2,3
20 a 39	113.330	10,8
40 a 59	219.893	21,0
60 ou mais	628.488	60,0
Não informada	3.755	0,4
Total	1.047.824	100,0
<b>Causa (Capítulos CID-10)</b>		
Doenças infecciosas	45.945	4,4
Neoplasias	161.491	15,4
D. Aparelho Circulatório	308.466	29,4
D. Aparelho Respiratório	144.498	13,8
Maternas	1.615	0,2
Externas	131.032	12,5
Todas as demais definidas	174.533	16,6
Mal definidas	80.244	7,7
Total	1.047.824	100,0

Fonte: SIM/MS (dados brutos) (www.datasus.gov.br)

à causa da morte, ficando claro, entretanto, que a DO é alterada apenas quanto aos seus aspectos estatísticos e epidemiológicos, não havendo qualquer modificação do ponto de vista jurídico no documento passado pelo médico ou no seu registro em Cartório. Exemplos citados a seguir dão conta de explicar melhor o problema. Assim:

- Em uma DO com causa mal definida, descobre-se, pela investigação, que se tratava de uma morte conseqüente a uma neoplasia maligna de estômago, que passa a ser a nova causa básica;
- Em uma DO, relativamente bem preenchida quanto à seqüência, a causa básica selecionada foi “insuficiência cardíaca congestiva (ICC)”, o que se considera um diagnóstico incompleto. Feita a investigação do óbito, o resultado mostrou que a causa da ICC havia sido uma estenose mitral reumática, que passou a ser, portanto, a nova causa básica.

A correção das causas, nos dois casos anteriores foi feita apenas do ponto de vista estatístico, não havendo qualquer alteração no Livro de Registro, em Cartório. Situação diferente é a que se verifica nos casos em que o Instituto Médico Legal – IML – emite uma DO inconclusiva, anotando no campo relativo à causa da morte, por exemplo, a expressão “Aguardando exames toxicológicos” e, posteriormente, envia à Secretaria de Saúde e ao Cartório do Registro Civil um comunicado esclarecendo a causa da morte em função do resultado do exame referido (intoxicação por benzodiazepínico: suicídio). Nesse caso, pode haver uma averbação quanto à causa, passando então o comunicado do IML a fazer parte integrante da DO original.

Isso posto, é importante identificar os casos em que a investigação do óbito mostra-se necessária:

- Os dados do SIM mostram, ainda, no país, a existência de significativo percentual de mortes em que a causa não está devidamente esclarecida na DO. Embora venha sendo observado apreciável aprimoramento no Sistema quanto a esse

assunto<sup>18,19</sup>, no ano de 2007 ocorreram ainda mais de 80.000 casos, correspondendo a 7,7% do total de óbitos. São mortes em que a causa referida pelo médico na DO só permitiu a alocação do caso entre as mal definidas (Capítulo XVIII da CID-10, causas codificadas entre R00 e R99), como, por exemplo, “Parada cardíaca,” “Encontrado morto”, “Morte sem assistência médica”, ou apenas um sintoma ou sinal incapaz de caracterizar qualquer enfermidade;

- Pela Tabela 1, verificou-se a existência de 131.032 mortes por causas externas, das quais 11.367 foram por “causa externa de circunstância ignorada” (8,7% do total de causas externas). Esses casos correspondem a óbitos em que foi possível saber que a morte sobreveio em conseqüência de uma lesão provocada por um acidente ou violência, sendo que a DO, no entanto, esclareceu somente a natureza da lesão (Códigos S, T do Capítulo XIX), não fornecendo qualquer elemento que tornasse possível conhecer as circunstâncias responsáveis pela mesma. Nos atestados originais, são causas codificadas entre Y10 e Y34 do Capítulo XX da CID-10;
- Existência de apreciável quantidade de mortes em que a causa, embora possa ser atribuída a um grupo de causas bem definidas (Capítulos I a XVIII da CID-10), só pode ser codificada, como “mal definida dentro de um capítulo bem definido”. É o que ocorre, por exemplo, com expressões como “carcinomatose”, “neoplasia não especificada”, “doença renal”, entre outros, que passam a fazer parte do que é conhecido como “diagnóstico incompleto”<sup>21</sup>;
- Casos de óbitos infantis, óbitos fetais e óbitos de mulheres por causas maternas. Esses casos podem necessitar também ter suas causas aprimoradas, no sentido da qualidade da informação. É o que acontece, por exemplo, com óbitos infantis ocorridos nos primeiros dias de vida, nos quais é comum que a informação sobre a causa contenha, simplesmente,

“anoxia”, “insuficiência respiratória” ou “malformação congênita”. Nesses casos, deve ser feita a investigação, para que seja possível conhecer as reais causas básicas da morte, já que a anoxia, por exemplo, não deve ser considerada “causa básica”, mas uma causa consequente a outra - materna ou fetal. Quanto aos óbitos fetais, é preciso comentar que o Brasil é um dos poucos países onde se solicita ao médico a declaração da causa dessa perda. Entretanto, em grande número de vezes consta apenas “morte intra-útero”, “nascido morto” ou similar, sendo que a investigação poderá esclarecer a real causa básica da morte, em geral uma causa materna. No que diz respeito às causas maternas, sabe-se que são causas muito mal declaradas pelos médicos<sup>22</sup>, e o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estão estimulando a criação de “Comitês de Estudo e Prevenção da Morte Materna”, com o objetivo de se conhecer a real dimensão do problema, inclusive, tornando-a de notificação obrigatória. Em outros casos, embora possam ter suas causas bem definidas, os óbitos necessitam ser melhor estudados na tentativa de compreender porque a morte ocorreu: se o sistema de saúde apresentou alguma falha ou o que poderia ter sido feito no sentido de evitar aquele óbito. O objetivo da investigação passa a ser, assim, o de levantar fatores determinantes e possíveis causas, visando à adoção de medidas que objetivem evitar eventos semelhantes. É importante notar que o que preside a investigação destes óbitos é sempre o critério de evitabilidade.

- Na pesquisa científica/epidemiológica, são numerosíssimos os estudos e investigações utilizando dados de mortalidade, podendo ser citados alguns clássicos, como o de Snow sobre cólera e contaminação da água<sup>23</sup>, o de Doll e Hill em 1950<sup>24</sup> e o de Doll e Hill em 1976<sup>25</sup>, mostrando a associação entre fumo e mortalidade por câncer de pulmão, a análise da mortalidade

por doença isquêmica do coração e o seu declínio, possibilitando formular algumas hipóteses para justificar o observado<sup>26</sup>. Pesquisa recente realizada na Dinamarca procurou responder como poderia ser potencialmente reduzida a mortalidade se determinados fatores de risco não estivessem atuando. Assim, por exemplo, o hábito de fumar teve efeito em todos os indicadores, sendo responsável por 24% do total de óbitos, resultando em 215.000 anos perdidos de vida e reduzindo a vida média em 3 a 3,5 anos<sup>27</sup>. O livro publicado pela Organização Panamericana de Saúde, *El Desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*, apresenta mais de cem trabalhos epidemiológicos que trouxeram importantes contribuições à Medicina e à Saúde Pública, sendo que grande parte deles utilizou dados de mortalidade para obter seus resultados<sup>28</sup>.

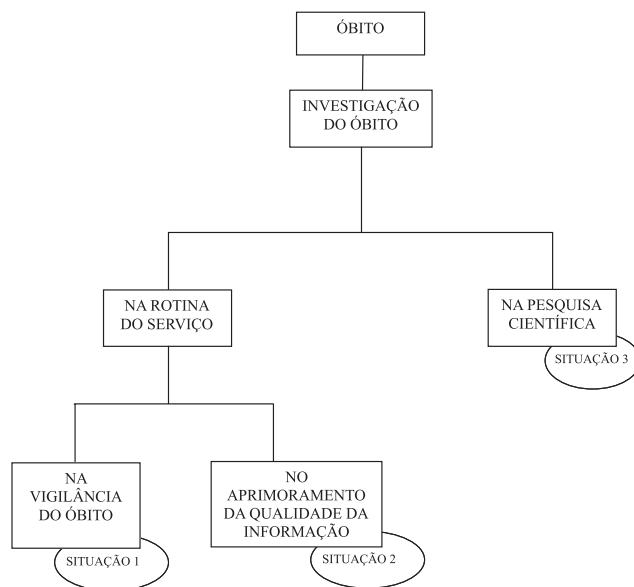
A Figura 1 mostra, esquematicamente, as etapas de investigação do óbito realizada na rotina do serviço e na pesquisa científica, sendo que, no primeiro caso, é possível distinguir uma situação de investigação de óbitos com a finalidade do aprimoramento da qualidade da informação e de outra investigação de óbito objetivando sua vigilância para a prevenção de novas mortes.

Os itens seguintes abordam o problema da investigação do óbito nas situações 1, 2 e 3, diante de seus conceitos, procedimentos, embasamento legal e preceitos éticos que devem nortear cada uma delas.

### **O que é, em que consiste, como e por quem deve ser feita. Quando deve ocorrer.**

O dicionário Aurélio aponta “investigação” como sendo o “ato ou efeito de investigar; busca, pesquisa” ou “indagação minuciosa, inquirição”, e define “investigar” como “fazer diligências para achar, pesquisar, indagar, inquirir”. Para Michaelis, “investigar” é “seguir os vestígios ou sinais de”; “indagar, inquirir, pesquisar”.





**Figura 1** - Investigação do óbito em suas diferentes situações  
**Figure 1** – Death investigation in different situations

Diante disso, e em face ao estabelecido no item anterior, este item procura esclarecer, para cada uma das situações previstas na Figura 1, o que é, em que consiste, como e por quem deve ser feita, e quando deve ocorrer a investigação do óbito.

▪ *Situações 1 e 2:*

Na rotina dos serviços de saúde, em geral municipais ou estaduais, o pessoal ligado à gerência do SIM pode estar interessado, por exemplo, em investir na melhoria da qualidade da informação da DO. Isso pode ocorrer tanto em relação à causa de morte, como em relação a variáveis cujo preenchimento tenha sido total ou parcialmente omitido. Análise quanto ao “não preenchimento” de determinados campos da DO (brancos) tem mostrado inadequação em relação a algumas variáveis. Assim, os campos 43 e 44, relativos a, em caso de óbitos de mulheres em idade fértil, saber se a mulher estava grávida no momento da morte ou tinha estado grávida até um ano da morte com vistas à detecção de possíveis causas maternas, mostram que a frequência de “brancos”, mesmo dez anos após a sua introdução na DO, ainda é alta<sup>18,19,22</sup>.

Aqui é importante notar que deve haver,

por parte dos serviços, um estímulo no sentido de um melhor preenchimento dessa variável, visto que isto faria, sem dúvida, diminuir a quantidade de casos a serem investigados no domicílio para a “busca” de causas maternas.

De igual sorte, insistir, junto aos legistas dos IML para que as circunstâncias do acidente e violência virem a ser sempre colocadas na DO – na última linha do campo 49 (destinado às causas da morte) ou nos campos 56 a 60, criados pelo Ministério da Saúde, especialmente com essa finalidade – representaria, certamente, economia apreciável, visto que praticamente eliminaria visitas ao IML com o objetivo de conhecer, no maior detalhamento possível, a real causa básica da morte (informações que se caracterizam por terem unicamente finalidade estatística e epidemiológica<sup>29</sup>). É preciso ter em mente que a investigação do óbito, visando à melhoria da qualidade da informação, deve ser sempre vista como transitória, ou seja, enquanto existirem ainda imperfeições na DO. A meta a ser alcançada é, assim, a de que os médicos venham, cada vez mais, a fornecer dados mais completos e corretos, dispensando, portanto, a investigação com essa finalidade.



Por outro lado, estabelecer como rotina uma investigação do óbito no domicílio, visando a “eliminar” as causas mal definidas – e, dentre essas, principalmente estabelecer causas definidas para óbitos que ocorreram sem assistência médica – é correr o risco de incorporar informação leiga a um sistema baseado em informação médica. Postula-se que esta variação de critérios deva ser sempre evitada, dado que incorreta e, portanto, indesejável. Quanto à “vigilância do óbito”, a investigação consiste em analisar determinados grupos de óbitos por meio de levantamentos específicos e análise de fatores de risco, serviços procurados e evolução do caso, tentando entender como e por que a morte ocorreu para, a partir dessa análise, verificar se houve falha no atendimento ou se este foi feito tardiamente, procurando definir estratégias para a prevenção de novos eventos. Esses conceitos podem ser compreendidos da própria definição dada à vigilância em saúde pública pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos – CDC – de que corresponde à coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde para uso na ação em Saúde Pública, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde<sup>30</sup>. Importante exemplo a ser dado refere-se aos óbitos infantis, fetais e maternos que, inclusive, fazem parte das

metas do desenvolvimento do milênio<sup>31</sup>.

Os casos a serem submetidos à investigação, na vigilância e no aprimoramento da qualidade de informação estão apresentados no Quadro 1.

No exemplo dado para a vigilância do óbito materno, legislação específica do Ministério da Saúde (Portaria GM Nº 1119 de 05/06/08) regulamenta a matéria e estabelece que devam ser objeto de investigação os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), independente da causa, mas com ênfase nas causas maternas (Capítulo XV da CID-10) (grifo nosso). Na realidade, é importante ressaltar que essa determinação legal de investigar todos os óbitos femininos praticamente inviabiliza o seu cumprimento, na medida em que o número de mortes de mulheres nessas idades anualmente no país é de aproximadamente 65.000. O que deveria ser enfatizado é investigar óbitos maternos (1.615, em 2007) e os suspeitos de que tenham sido devidos à gravidez, ao parto ou ao puerpério. Para este grupo, a utilização do conjunto de causas presumíveis de serem maternas (“máscaras”), associado aos casos em que as variáveis 43 e 44, informam que a morte ocorreu no ciclo gravídico-puerperal simplifica o problema e faz diminuir a quantidade de casos a serem investigados.

Quanto aos óbitos de menores de um ano, a legislação determina também que

**Quadro 1** – Quando deve ocorrer a investigação do óbito.

**Panel 1** – *When deaths should be investigated.*

<p><b>SITUAÇÃO 1: NA VIGILÂNCIA DO ÓBITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• materno: em casos de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) independente da causa, com ênfase nas causas maternas (Capítulo XV da CID-10)</li> <li>• infantil (em casos de óbitos de menores de um ano) e fetal, por qualquer causa, podendo ser excluídos os casos de mal formação congênita (Capítulo XVII da CID-10)</li> </ul>
<p><b>SITUAÇÃO 2: NO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO</b> Casos de óbitos cuja causa declarada pelo médico esteja codificada como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mal definida: códigos R00 a R99 (Capítulo XVIII da CID-10)</li> <li>• causa externa com circunstância ignorada: códigos Y-10 a Y34 (Capítulo XX da CID-10)</li> <li>• casos de diagnósticos incompletos julgados relevantes</li> </ul>
<p><b>SITUAÇÃO 3: NA PESQUISA CIENTÍFICA/EPIDEMIOLÓGICA</b> Sempre que houver interesse do investigador: para corrigir falhas da DO, para estudos de fatores de risco para determinadas causas de morte, para estudos de associação entre causas.</p>

todos sejam investigados, podendo ser excluídos os casos decorrentes de anomalias congênicas, provavelmente, em razão da maior dificuldade encontrada para a sua prevenção.

No que se refere ao aprimoramento da qualidade da informação, especificamente da causa da morte, todos os casos cuja codificação, na DO original, esteja entre R00 e R99 (Capítulo XVIII da CID-10) e entre Y10 e Y34 (Capítulo XX da CID-10) devem ser investigados. Experiências bem sucedidas levadas a efeito por Secretarias de Saúde (estaduais e municipais) têm sido apresentadas em eventos como a EXPOEPI<sup>32</sup>. Algumas áreas do país já atingiram percentual tão baixo para as causas mal definidas que comecem a investigar os casos de diagnósticos incompletos.

Profissionais de saúde designados pelas autoridades em vigilância em Saúde (especialmente os Comitês de Morte Materna, Infantil e Fetal) e profissionais de saúde ligados à gerência do SIM são os indicados, respectivamente, para promover a vigilância do óbito e investir na melhoria da sua qualidade.

A maneira pela qual a investigação do óbito deve ser feita não varia muito em cada uma das situações 1 e 2. Entretanto, para o aprimoramento da qualidade da informação, pode ser utilizada maior gama de métodos, na tentativa de alcançar os objetivos propostos. Assim, são condutas hábeis:

- ✓ contato (via fone, e-mail ou carta) com o médico gerador da DO original é procedimento usual no PROAIM – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo<sup>33</sup>;
- ✓ “linkage” de bancos de dados, principalmente entre o SIM e SINASC, no caso de óbitos infantis e maternos;
- ✓ notícias da imprensa, no caso de óbitos por causas externas, metodologia iniciada na década de 90 pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão<sup>34</sup> e hoje utilizada em larga escala pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro<sup>35</sup>;
- ✓ uso de outras fontes, como prontuário

hospitalar, laudos do Instituto Médico Legal (IML) e uso de Boletins de Ocorrência Policial para esclarecimento de óbitos por causas externas<sup>36</sup> ou ainda informações advindas de outros serviços<sup>37</sup>;

- ✓ visita no domicílio para entrevistas com a família. Sugere-se que não seja usada como rotina nos serviços de saúde, visando à melhoria da qualidade da informação, pois se constitui em metodologia bastante onerosa, de difícil execução, visto que deve partir de um formulário muito bem elaborado. Além disso, conforme salientado, leva à indesejável combinação de informação médica com informação leiga, já referida. Para a investigação com finalidade de “vigilância” existem “formulários-padrão” sugeridos por Comitês especializados em nível de Secretarias de Saúde e/ou Ministério.

#### ▪ Situação 3

A investigação do óbito na pesquisa científica/epidemiológica não difere, na forma, daquela feita pelas Secretarias de Saúde para o atendimento das situações 1 e 2. Pode-se dizer, entretanto, que ela pode ser bem mais ampla e abrangente, na medida em que se propõe, além de promover o aprimoramento da qualidade da informação, a estudar variáveis não constantes da DO, visando, por exemplo, possível associação de causas. Ela deve ocorrer sempre que houver interesse do investigador em melhorar a qualidade dos dados, aumentar o espectro de variáveis no quadro epidemiológico das populações ou, ainda, estabelecer associação ou correlação entre variáveis, sendo que pesquisador e equipe são os responsáveis pela sua elaboração. (Quadro 1)

#### **Embasamento legal e aspectos éticos**

O problema que surge neste aspecto refere-se a estabelecer os limites dos campos legal e ético em cada uma das situações previstas. (Quadro 2)

É preciso salientar que o Sistema de

Informações sobre Mortalidade no Brasil, embora implantado em 1976, só veio a ser regulamentado, efetivamente, bem mais tarde, por meio da Portaria Nº 474 do Ministério da Saúde. Essa norma, que estabelecia regras quanto ao preenchimento do formulário, fluxos e prazos, foi substituída pela Portaria Nº 20 de 3 de outubro de 2003, hoje revogada pela Portaria Nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, em vigor (disponíveis em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saude\\_legis/svs/2009/prt.0116-11-02-2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saude_legis/svs/2009/prt.0116-11-02-2009.html)).

É importante deixar claro que essa legislação não prevê expressamente em seus artigos qualquer regulamentação para a investigação do óbito, esclarecendo apenas que “o conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação das informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade” (art. 1º) e, em outro tópico,

“que a Secretaria de Vigilância em Saúde, gestora nacional do SIM, tem como uma de suas atribuições desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação”, repetindo em outros artigos a mesma competência para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. É de se concluir, assim, que, se entre essas ações se inclui a investigação do óbito, está garantido o amparo legal para a sua realização (grifo nosso).

De igual sorte, a Portaria Nº 1.172 de 15 de junho de 2004 do Ministério da Saúde (que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área da vigilância em saúde, entre elas a de investigar óbitos infantis e maternos) e a legislação complementar estabelecida pelas Portarias específicas para a vigilância de cada um desses tipos de morte (Portaria Nº 1.119 de 05 de junho de 2008 e Portaria Nº 72 de 11 de janeiro de 2010, ver DOU Nº

**Quadro 2** – Embasamento legal e aspectos éticos da investigação do óbito.

**Panel 2** – Legal basis and ethical aspects of death investigation.

<p><b>SITUAÇÃO 1: NA VIGILÂNCIA DO ÓBITO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Portaria Nº 1172 de 15 de junho de 2004: Estabelece a competência do Ministério da Saúde como gestor do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ao qual o Sistema de Informações sobre Mortalidade está afeto.</li> <li>Portaria GM Nº 1119 de 05 de junho de 2008: Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos</li> <li>Portaria GM Nº 72 de 11 de janeiro de 2010: Regulamenta a Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais</li> <li>Códigos de Ética (Médica e de Enfermagem)</li> </ul>
<p><b>SITUAÇÃO 2: NO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Portaria Nº 1172 de 15 de junho de 2004: Estabelece a competência do Ministério da Saúde como gestor do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ao qual o Sistema de Informações sobre Mortalidade está afeto.</li> <li>Lei 128 de 08 de julho de 2009: Dispõe sobre a Declaração de Óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados</li> <li>Portaria Nº 116 de 11 de fevereiro de 2009: Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos para o sistema de informações em saúde sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.</li> <li>Códigos de Ética (Médica e de Enfermagem)</li> </ul>
<p><b>SITUAÇÃO 3: NA PESQUISA CIENTÍFICA/EPIDEMIOLÓGICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos</li> <li>Códigos de Ética (Médica e de Enfermagem)</li> </ul>

7 de 12.01.2010 p. 29) dão o embasamento legal para a realização de investigação de óbitos com a finalidade de vigilância.

Em razão disso, é possível concluir que ficam dispensados, nesses casos, os procedimentos éticos especificados na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>38</sup>, no que se refere à submissão da investigação a qualquer Comitê de Ética, bem como à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - em quaisquer situações, ficando, os “investigadores” sujeitos apenas aos seus próprios Códigos de Ética e ao disposto no Parágrafo Único do Art. 8º: “*A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação, devendo garantir o sigilo e a privacidade dos pacientes, seguindo os princípios éticos vigentes.*”

Disposição equivalente verifica-se em relação à vigilância do óbito infantil e do óbito fetal no Parágrafo único do art. 9º da Portaria 72 referida.

Quanto à pesquisa científica/epidemiológica, rege a matéria a Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, anteriormente citada<sup>38</sup>, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A primeira dúvida que surge é a seguinte: obter informações sobre a pessoa que morreu é pesquisa envolvendo seres humanos? A resposta se encontra na própria Resolução, item II.2, onde se lê “... *pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que, individual ou coletivamente, envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, na sua totalidade ou parte dela, incluindo o manejo de informações...*” (grifo nosso).

Isso posto, parece não haver qualquer dúvida quanto à submissão da pesquisa a essa Resolução. Alguns questionamentos, entretanto, podem surgir nos seguintes casos:

- ✓ pesquisa científica/epidemiológica para analisar o óbito por meio de Banco de Dados
- ✓ pesquisa científica/epidemiológica

para analisar o óbito por meio de consulta a outras fontes, como prontuário hospitalar, laudos do IML, Boletins de Ocorrência Policial

- ✓ pesquisa científica/epidemiológica por meio de visita domiciliária aos familiares do falecido.

A primeira situação refere-se, na realidade, ao uso das estatísticas de mortalidade, tal como apresentada e divulgada pelo Ministério de Saúde e da qual a Tabela 1 é um exemplo: ocorreram no Brasil, em 2007, 1.047.824 óbitos, sendo 57,5% no sexo masculino, 31,8% entre as idades de 20 a 59 anos ou 29,4% em consequência de doenças do aparelho circulatório etc. Neste caso, a utilização somente de dados secundários deveria isentar o pesquisador da elaboração de um termo de consentimento e até mesmo submissão do Projeto de Pesquisa aos Comitês de Ética, não sendo, entretanto, o que ocorre na prática.

Essas disposições legais trazem à tona um aspecto importante, que precisa ser discutido e que diz respeito à utilização de bancos de dados identificados.

Se a Portaria refere, embora indiretamente, que os servidores ligados à Gerência do Sistema têm como competência a melhoria da qualidade da informação, e que a “linkage” entre bancos de dados é um mecanismo utilizado para alcançar tal meta, parece de conclusão óbvia que quem trabalha, por exemplo, com o Banco identificado do SIM possa ter acesso aos demais bancos identificados geridos pelo Ministério da Saúde. Assim, visando ao aprimoramento do SIM, o pessoal ligado à Gerência do Sistema deve ser competente para manusear também os bancos identificados do SINASC, do SINAN, do SIH/SUS entre outros, sem ferir qualquer problema ético que tal processo possa representar.

No caso da utilização de Bancos de Dados identificados por pesquisador não ligado às Secretarias e ao Ministério da Saúde, os mesmos devem fazer passar o seu Projeto pelo Comitê de Ética, acompanhado de documento do detentor dos Bancos, mediante

o qual é dada autorização para o seu uso, bem como de um termo de compromisso do pesquisador, no sentido de garantir o bom uso da informação e do resguardo de qualquer possível identificação das pessoas. Quanto ao TCLE, parece não precisar ser feito, na medida em que o “sujeito” da pesquisa é somente a informação sobre o óbito. Neste aspecto, cabe também citar Fortes e Zoboli<sup>2</sup>, que prevêem a não obtenção do termo de consentimento por escrito, inclusive no acesso a dados de prontuários. Entretanto, são os mesmos autores que, denominando a situação “de exceção e não de regra”, não dispensam a “autorização da instituição guardiã da informação”.

Quanto ao uso de informações complementares de outras fontes, algumas reflexões são também necessárias.

As fontes complementares para a investigação de óbitos são representadas por fichas de atendimento em Pronto Socorro ou Pronto Atendimento, prontuários hospitalares e, no caso específico de causas externas, por laudos necroscópicos e Boletins de Ocorrência Policial.

É importante salientar que o Art. 8º da Portaria GM Nº 1.119 de 5 de junho de 2008, já citada, refere que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde onde a mulher recebeu assistência, deverão disponibilizar à equipe de vigilância de óbitos maternos acesso aos prontuários no prazo máximo de 48 horas após a solicitação (grifo nosso).

Isso posto, fica claro que os serviços referidos não poderão se negar a fornecer a informação aos demais Serviços públicos, ficando, entretanto, sem amparo legal a cessão de seus dados a pesquisadores individuais (ou grupos de pesquisadores) não ligados a esses Serviços.

## **Considerações finais. Algumas conclusões e sugestões**

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa – tem ressaltado que “a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição

*essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde*<sup>12</sup>.

Fica clara, portanto, a necessidade de se ter sempre informações sobre a morte e suas características, que sejam adequadas, tanto em quantidade, como em qualidade, já que os dados sobre óbitos fazem parte de numerosos indicadores de saúde.

A pesquisa científica/epidemiológica baseada em informações obtidas por meio de bancos de dados, de registros individuais ou diretamente dos pacientes (no caso de estudos de morbidade) ou de seus familiares (em estudos de mortalidade) constituem em elemento fundamental para a “alimentação” dessas análises e, conseqüentemente, para a elaboração de políticas públicas adequadas, visando à melhoria da saúde da população.

Por outro lado, é certo também que problemas de natureza ética – principalmente os relativos a determinar a quem pertence a informação e quais os limites de sua utilização – existem e devem ser cuidadosamente analisados. Aspectos como confidencialidade e privacidade da informação sobre saúde emergem como importantes nesse contexto.

Autores como Sacardo e Fortes<sup>39</sup> chamam a atenção para o fato de que “há urgente necessidade de que se construam barreiras para que pessoas – mesmo pertencentes ao quadro do estabelecimento de saúde – não possam acessar informações sigilosas, sem que exista uma clara necessidade em benefício do paciente ou por necessidades administrativas regulamentadas”.

Parece óbvio que qualquer informação sobre fatos relativos à sua saúde deva pertencer ao paciente. Assim, frente a vários princípios e inclusive a direitos garantidos, no Brasil, pela própria Constituição Federal, tem-se que a obtenção do TCLE é a melhor solução para a realização de pesquisas nessa área. Se o sujeito da pesquisa lê, compreende e assina o TCLE, isso significa que os dados relativos à sua pessoa podem ser utilizados. Entretanto, isso nem sempre se mostra possível: no caso de registros hospitalares,

por exemplo, como obter consentimento de pacientes sobre 11 milhões de internações feitas por meio do SUS? E a quem pertence, afinal, a informação existente nas DO ou nos bancos identificados, se a pessoa já morreu?

A permissão para o uso dessa informação por profissionais ligados a Secretarias ou ao Ministério da Saúde está garantida, inclusive por lei. Eles têm acesso a bancos identificados, podem trabalhar com relacionamento entre os bancos, formulários de entrevistas, etc. Os pesquisadores, entretanto, estão excluídos dessa possibilidade e, muitas vezes, ao solicitar autorização para uso, por exemplo, de um banco de dados identificado, têm de aguardar um tempo considerável e, em não poucas oportunidades, veem negado o seu pedido. Aí, cabe a pergunta sobre se a ética que rege esses dois grupos de profissionais é diferente e em que se baseia essa diversidade. Fortes e Zoboli, 2008<sup>2</sup>, citando diretrizes éticas do CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*), atentam para o fato de que, na Epidemiologia, a prática e a pesquisa se superpõem e declaram ser preciso ter cautela, pois em algumas ocasiões esse fato poderia inviabilizar e onerar o desenvolvimento dessas atividades. De um lado, autores como Coughlin e Beauchamp<sup>40</sup> chegam a afirmar que todo estudo em epidemiologia que envolva sujeitos humanos deveria ter um protocolo escrito a ser aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Em sentido contrário, a liberação para que o pesquisador tenha acesso a qualquer informação, como se fosse um investigador

do serviço, também deve ser aceita com parcimônia.

Em meio a esta situação conflituosa, é preciso haver equilíbrio e bom senso. As pesquisas científicas/epidemiológicas têm de continuar e algum consenso já existe quanto a se considerar, especialmente, o balanço risco-benefício para as pessoas, o processo de consentimento dos sujeitos de pesquisa, a privacidade e a confidencialidade das informações manuseadas e obtidas, o conflito de interesses, a divulgação dos resultados, a forma e a utilização do banco de dados e/ou material biológico<sup>2</sup>.

Assim, a submissão do Projeto de Pesquisa a Comitês de Ética, com a plena justificativa de sua realização e acompanhada de uma autorização expressa do guardião da informação, devem ser elementos necessários e suficientes para que a investigação possa ser proposta. Para a sua realização, o Projeto deve ser completado com a assinatura, por parte do pesquisador, de um Termo de Responsabilidade/Confidencialidade, tal como existe em outros países<sup>41</sup>. Esse Termo deve estar orientado, principalmente, no sentido da não divulgação de resultados identificados e garantia de não cessão dos dados a terceiros, que já são, aliás, elementos éticos intrínsecos à realização da pesquisa científica entre nós. É importante lembrar, como se frisou inicialmente, que sempre que o objetivo final seja a saúde da população, e desde que não haja prejuízo para o sujeito investigado, o interesse público deve prevalecer sobre o individual.

---

## Referências

1. Ariès P. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações; 2003.
2. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Ética na Saúde Pública. In Rocha AA, Cesar CLG. *Saúde Pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008.
3. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1995 (Vols. 1 e 2).
4. JAMA – A definition of irreversible coma: report of the “ad hoc” Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 5: 337-40.
5. Pessina A. *Bioética. L'uomo sperimentale*. Milano: Ed. Bruno Mondadori; 2000.
6. Andrade EO. Apresentação In MS/CFM/CBCD. *A Declaração de Óbito: documento necessário e importante*. Brasília; 2007.



7. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. *A Declaração de Óbito: documento necessário e importante*. (2ª ed.) Brasília, DF: 2007.
8. Laurenti R, Mello Jorge MHP. *O atestado de óbito* (ed. revista e atualizada). São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2007.
9. Silveira RMJ. *O atestado médico falso*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2001. (Série Divulgação nº 9)
10. Santos JLF, Levy MSF, Sznrecsányi T (org.). *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: RA Queiroz; 1991.
11. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo: EPU; 2005. (2ª ed. revista e aumentada)
12. Organização Panamericana de Saúde. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs – Indicadores e dados básicos para a saúde: conceitos e aplicações*. Brasília; 2002 (1ª ed) e 2008 (2ª ed.)
13. Brasil, Leis e Decretos. Registros Públicos. *Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973*. São Paulo: Atlas; 1976.
14. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.246 de 26.01.1988* (publicado no DOU, 26.01.1988; Seção 1 p. 1579).
15. Conselho Federal de Medicina. *Resolução 1.779 de 11 de novembro de 2005*. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779\\_2005.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm). [Acessado em 12 de fevereiro de 2010].
16. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931/09* (publicado DOU 24.09.09, Seção 1, p. 90).
17. Brasil, Leis e Decretos. *Lei nº 11.976 de 7 de julho de 2009*, publicada no DOU de 08.07.09, de 2009, nº 128, Seção 1-p.1, dispoendo sobre a Declaração de Óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados.
18. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. *O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2006. (Série Divulgação nº 11)
19. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência da implantação do SIM e do SINASC. *Rev Ciência Saúde Coletiva* 2007, 12(3): 643-54.
20. Johansson LA. *Targeting non-obvious errors in death certificates*. Dissertation presented at Uppsala University, Department of Public Health and Caring Sciences. Uppsala Science Park, Uppsala University, Uppsala, Sweden; 2008.
21. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I Causas Naturais. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(2): 197-211.
22. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna*. Ministério da Saúde: Brasília; 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
23. Snow J. El colera cerca de Golden Square. In: OPAS. *El desafio de la Epidemiología y lecturas seleccionadas*. Washington, DC; 1988. (Publicación Científica nº 505).
24. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *Br Med J* 1950; 2: 739.
25. Doll R, Hill AB. Mortality of doctors in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors. *Br Med J* 1976; 2: 1525.
26. Havlik RJ, Feinleib M (eds.). *Proceedings of the Conference on the decline in coronary heart disease mortality*. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institute of Health: Bethesda, Maryland; 1978.
27. Juel K, Sorensen J, Hausen B. Risk factors and public health in Denmark. *Scand. J Public Health* 2008; 36: 1-227 (online version: <http://spj.sage-pub.com>).
28. Organización Panamericana de la Salud. *El desafio de la epidemiología y lecturas seleccionadas*. OPS/OMS: Washington, DC; 1988. (Publicación Científica Nº 505)
29. Laurenti R, Mello Jorge MHP. *The confidentiality of data and the quality of mortality and morbidity statistics*. Apresentado no Encontro de Diretores de Centros para a Classificação de Doenças. OMS: Washington, DC; 1993. (SES/ICD/C/93,8)
30. CDC, 2004. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. [Acessado em 2 de fevereiro de 2010]
31. United Nations. *Millenium Declaration*. UN: New York; 2000. (A/Res/55/2. Disponível em <http://www.un-ngls.org/mdg/a-Res-55.2.pdf> [Acessado em 12 de fevereiro de 2010].
32. Ministério da Saúde. Anais da EXPOEPI (1ª a 8ª). *Mostra de Experiências bem Sucedidas em Epidemiologia*. Brasília, DF; 2001 a 2008.
33. PROAIM – Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade. *Coletânea de Textos dos Boletins*. PMSP: São Paulo; 2003.
34. Soares VM. *Corrigindo a mortalidade por causas externas no Maranhão*. Brasília; 1992. (Apresentado em Reunião Técnica do Ministério da Saúde; 1992) (mimeo).
35. Cascão AM, Flores APM. Aprimoramento dos dados de mortalidade por causas externas tendo a imprensa como fonte de dados. In Ministério da Saúde. *Anais da 6ª EXPOEPI*. Brasília; 2006.



36. Drummond M et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(3): 273-80.
37. Taniguchi M e col. Aprimoramento das informações de mortalidade por acidentes de trânsito (transporte) no Município de São Paulo: coletando informações de outras fontes, de dados. In: Ministério da Saúde. *Anais da 8ª EXPOEPI*. Brasília; 2008.
38. Resolução 196 – Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> [Acessado em 2 de fevereiro de 2010].
39. Sacardo DP, Fortes PAC. *Desafios para a preservação da privacidade nos serviços de saúde*. São Paulo: Bioética; 2000.
40. Coughlin SS; Beauchamp TL. *Ethics and Epidemiology*. New York: Oxford; 1996.
41. Williams JR. *Medical Ethics Manual*. World Medical Association; 2009 (2nd. Ed.). Disponível em [http://www.uma.net/en/30\\_publication/30ethicsmanual/pdf/ethics=manual-en.pdf](http://www.uma.net/en/30_publication/30ethicsmanual/pdf/ethics=manual-en.pdf) [Acessado em 12 de fevereiro de 2010].

Recebido em: 18/02/10

Aprovado em: 01/09/10