

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

Trabalho de Conclusão de Curso

**NA PASSAGEM DA VIDA PARA A MORTE: O ESTUDANTE DE MEDICINA
DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE MORTE E DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**

DANIELA DE SÁ MENEZES

JACQUELINE LOPES FAGUNDES

CAMPINA GRANDE-PB, SETEMBRO DE 2017

DANIELA DE SÁ MENEZES

JACQUELINE LOPES FAGUNDES

**NA PASSAGEM DA VIDA PARA A MORTE: O ESTUDANTE DE MEDICINA
DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE MORTE E DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção do grau de médico no
Curso de Medicina do Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde da
Universidade Federal de Campina
Grande

**Orientador: Dr. Edmundo de
Oliveira Gaudêncio**

CAMPINA GRANDE-PB, SETEMBRO DE 2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCC

M543n

Menezes, Daniela de Sá.

Na passagem da vida para a morte: o estudante de Medicina diante do diagnóstico de morte e da declaração de óbito / Daniela de Sá Menezes, Jacqueline Lopes Fagundes. – Campina Grande, 2017.

51f.; gráf.; il.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Morte. 2.Morte Encefálica. 3.Declaração de Óbito. I.Título. II.Fagundes, Jacqueline Lopes.

BSHUAC/CCBS/UFCC

CDU 616-C36.88:616.831(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 10:36 horas do dia 11/09/2017, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Na passagem de uma casa a outra: o estudo de
delegação para a informática e mais e o
desenvolvimento de sites

de autoria do(s) aluno(s):

Daniela de Sá Mendes
Deborah Rose Galvão Santos

sendo orientados por:

Ermano de Oliveira Araújo

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Ligia Cristina Lopes de Jesus
Deborah Rose Galvão Santos
Ermano de Oliveira Araújo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Daniela de Sá Mendes e Deborah Rose Galvão Santos
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 9,9. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 11/09/2017.

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

[Assinatura]
Ligia Cristina Lopes de Jesus
Deborah Rose Galvão Santos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

*Primeiramente a Deus, criador de todas as coisas,
Aos meus pais e irmão, por estarem sempre ao meu lado e fazerem de mim quem
sou,*

*A Elvis, meu grande amor e razão do meu sorriso constante,
Aos meus professores, amigos e demais familiares.*

DANIELA DE SÁ MENEZES

Dedico este trabalho:

*A Deus em primeiro lugar,
À minha família sempre presente e incentivadora
A João, pelo carinho e estímulo diário
Aos mestres que tanto me ensinaram durante essa jornada.*

JACQUELINE LOPES FAGUNDES

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus que nos presenteou com o dom da vida e criador do amor, sentimento mais puro e lindo que podemos sentir por algo ou alguém.

Aos nossos pais e irmãos pelo, apoio incondicional, presença constante e por todo amor, carinho, paciência e puxões de orelha dedicados a nós durante toda a vida.

Aos nossos amores, que acompanharam e participaram de toda a nossa trajetória, travando e vencendo uma batalha diária com a medicina pelo nosso tempo e atenção.

A João Valadares, pela contribuição na elaboração do estudo estatístico deste trabalho.

Aos nossos amigos, pessoas especiais com as quais decidimos dividir as nossas vidas.

Aos grandes mestres que passaram por nossas vidas, por verem nosso potencial e investirem na nossa formação.

Ao nosso Orientador, Edmundo de Oliveira Gaudêncio, por todo conhecimento, dedicação e prontidão para conosco.

A toda a banca avaliadora, que gentilmente aceitou nosso convite para participar deste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Muitas profissões tem a morte por objeto, tal como a Medicina, em que se convive diária e intimamente com a morte e, mais do que isso, é uma das poucas profissões que podem presenciar o processo de morte e influenciar direta e indiretamente no seu desfecho. Reconhecer a morte e atestá-la são atribuições médicas, tanto técnica quanto eticamente. O correto manejo da morte pelo médico é de fundamental importância por influenciar negativa ou positivamente diversas esferas sociais e administrativas. **OBJETIVOS:** Geral - Estudar a morte, seu diagnóstico e manejo ético-jurídico. Específico - Avaliar os conhecimentos sobre o diagnóstico de morte clínica e preenchimento do Atestado de Óbito por parte de estudantes de medicina do sexto ano da formação da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). **METODOLOGIA:** Estudo observacional e transversal, realizado através da aplicação de questionários a 50 estudantes regularmente matriculados no último ano, 11º e 12º períodos, do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Campina Grande. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Os estudantes avaliados apresentaram melhor desempenho no correto preenchimento e emissão da declaração de óbito quando comparado ao diagnóstico de morte.

Palavras-chave: Morte. Morte Encefálica. Declaração de óbito.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Many professions have death per object, such as medicine, in which they live daily and intimately with death and, more than that, is one of the few professions that can witness the process of death and direct and indirectly influence their outcome. Recognizing death and certify are medical assignments, both technically and ethically. The correct management of death by the physician is of fundamental importance for influencing negative or positively diverse social and administrative spheres. **OBJECTIVES:** General - Studying death, its diagnosis and ethical-legal management. Specific objective - To evaluate the knowledge of the diagnosis of clinical death and filling of death certificate by the sixth-year medical students of Federal University of Campina Grande (UFCG). **METHODOLOGY:** Observational and transversal study, conducted through the application of questionnaires to 50 students regularly enrolled in the last year, 11th and 12th periods, of the medical course of Federal University of Campina Grande (UFCG), Campus Campina Grande. **RESULTS AND CONCLUSION:** students presented better performance in the correct filling and issuing of the death declaration when compared to the diagnosis of deaths.

Keywords: Death; Brain death; Death statement.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 GERAL.....	19
4.2 ESPECÍFICO.....	19
5. METODOLOGIA.....	20
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
5.2 LOCAL.....	20
5.3 AMOSTRA.....	20
5.3.1 Recrutamento.....	20
5.3.2 Amostragem.....	20
5.3.3 Critérios de inclusão.....	20
5.3.4 Critérios de exclusão.....	21
5.3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	21
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	22
6. MÉTODO ESTATÍSTICO.....	23
7. HIPÓTESE DE DESFECHO.....	24
8. RESULTADOS.....	25
9. DISCUSSÃO.....	28
10. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICES.....	35
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO.....	35
APÊNDICE 2 - GABARITO PARA CORREÇÃO DAS RESPOSTAS.....	39
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...43	43
ANEXOS.....	46
ANEXO 1 - DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	46
ANEXO 2 - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	47

1. INTRODUÇÃO

A morte é uma questão tão antiga quanto a vida. É universal, atemporal e intrínseca à condição de estar vivo, afinal, tudo que é vivo um dia morre. É mais do que o mero cessar das atividades biológicas e carrega consigo crenças e costumes de povos tão antigos quanto podemos imaginar.

Para o filósofo alemão Arthur Schopenhauer (1980), o homem é o único ser vivo com consciência da existência de passado, presente e futuro, enquanto os outros animais percebem e vivem apenas o presente, sem perceber ou se preocupar com a finitude da vida. Dotado de elevada capacidade intelectual e de posse da certeza de que o fim da vida é a morte, o ser humano busca sempre formas de atenuar e entender esse processo, sendo essa a raiz das religiões e da filosofia.

Muitas profissões tem a morte por objeto, tal como a Medicina, em que se convive diária e intimamente com a morte e, mais do que isso, é uma das poucas profissões que podem presenciar o processo de morte e influenciar direta e indiretamente no seu desfecho. Uma boa assistência pode, por vezes, mudar drasticamente o destino de um paciente, enquanto que, em outras situações, nem mesmo as mais avançadas tecnologias e drogas podem alterar o fim de algo que já tomou seu curso.

Estando o médico em tão íntimo contato com o morrer e a morte, poucas vezes questionamos a abordagem do assunto em sua formação profissional. O médico é também um cidadão que participa de uma comunidade e compartilha de suas crenças e costumes. Ele, assim, diante da morte e do morrer é solicitado duplamente, como ser humano e como profissional.

Sua sensibilidade, empatia e compaixão são sempre necessárias, da mesma forma que o domínio e aplicação de conhecimentos teóricos e práticos. Reconhecer a morte e atestá-la são atribuições médicas, tanto técnica quanto eticamente. Protocolos, exames e documentos existem e são aplicados para guiar e orientar os profissionais nessa função e nessa atividade que, na verdade, é diversa: identificar, comunicar e documentar o óbito. Exames clínicos permitem

identificar o óbito. Protocolos, como o protocolo Spikes, guiam a comunicação da má notícia de morte a familiares sobreviventes. A emissão da declaração de óbito permite informar às autoridades competentes a ocorrência do óbito, possibilitando legalmente, o apropriado sepultamento do morto.

Percebe-se que o correto manejo da morte pelo médico é de fundamental importância por influenciar negativa ou positivamente diversas esferas sociais e administrativas. Primeiro, porque atestar a morte e suas causas possibilita a confecção de estatísticas fidedignas, com consequente destinação apropriada de recursos governamentais para prevenção e tratamento de doença e agravos mais intercorrentes e, segundo, permite a correta destinação do corpo, seja para maiores esclarecimentos da causa da morte, através dos Institutos de Medicina Legal ou Serviços de Verificação de Óbito ou diretamente para o sepultamento, diminuindo o peso e a dor dos entes queridos.

2. JUSTIFICATIVA

A elaboração do presente trabalho decorre do interesse em discutir uma temática pouco estudada, qual seja, a análise do grau de informação dos concluintes do curso de medicina acerca do diagnóstico de morte e preenchimento da Declaração de Óbito e, como também, leva em consideração o interesse, por parte das autoras, pela busca da instrução que se faz necessária para que haja uma correta atuação profissional nas situações nas quais nos deparamos com a perda de pacientes.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), óbito corresponde ao desaparecimento de todos os sinais de vida ou cessação das funções vitais, sem possibilidade de ressuscitar (GABRIEL OSELKA, 2008). Já o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2001, p. 472), define morte como “cessação da vida, termo, fim, destruição”. Para Genival Veloso de França, em seu livro Medicina Legal (2011), a morte, em seu conceito mais simples e tradicional, se configura como a cessação total e permanente das funções vitais. O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução de nº1.480/97, considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas corresponde à morte.

De outra forma, o morrer pode ser conceituado como o intervalo entre a caracterização da irreversibilidade de uma doença, quando não há mais resposta a qualquer medida terapêutica, e a própria morte (MORITZ, 2005). Morte essa que não é única, uma vez que, considerando a singularidade daquele que morre e as especificidades do modo como morre, é diversa: existe a morte vil, na qual é retirada do ser humano a sua importância e dignidade; a morte alegre, quando o ato de morrer não é tido como o fim de tudo; a morte triste, quando o momento é cercado por solidão; a morte humanizada, quando o indivíduo tem direito à dignidade pessoal preservada (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Nas diferentes civilizações antigas, levando em consideração as diferenças existentes quanto ao significado ético-religioso da morte, o morrer se apresenta como uma barreira intransponível, como algo que delimita um espaço que é inacessível aos vivos, configurando-se, as cerimônias fúnebres, como um memorial de passagem dos que deixaram a vida e passam ao novo status sócio jurídico de morto. As formas simbólicas de registro da morte, como a celebração de rituais e a construção de monumentos fúnebres, permitem a distinção das principais figuras históricas da morte, cujo perfil foi traçado a partir da forma como as diferentes sociedades encararam a morte na sua definição mais bruta e deram a ela uma significação cultural e agregaram a ela valores simbólicos que confirmam o funcionamento e reprodução de ordem social.

A Mesopotâmia, considerada berço da civilização, enterrava seus mortos cuidadosamente, preservando marcas da identidade pessoal e seus pertences. Já os hindus praticavam a incineração crematória, sendo as cinzas lançadas ao vento ou nas águas do rio Ganges (JUNIOR, 2005).

Para os gregos, havia dois tipos de mortos: os mortos comuns e aqueles que morriam como heróis. As pessoas acometidas por uma morte regular, anônima, tinham seus corpos cremados coletivamente e depositados em vala comum. Já os indivíduos considerados grandes heróis eram levados à pira crematória para ritual acompanhado de belas cerimônias que marcavam o fim de uma vida de virtudes (JUNIOR, 2005).

Com a chegada da Idade Média, o processo de morte, que antes tinha importância marcante começa a perder seu espaço. A morte que outrora foi celebrada e enaltecida, em determinadas culturas, com o passar do tempo, passa a ser acompanhada por um certo temor (NEGRINI, 2014).

A partir da segunda metade do século XIX, inicia-se o processo de proteção do indivíduo acerca da gravidade do estado de doença, o que abriu espaço para a valorização de um sentimento característico da sociedade moderna que é o de poupar a sociedade de perturbações e das emoções decorrentes do momento de agonia que acompanha o processo de morte. No século XX, entre 1930 e 1950, ocorre uma modificação do local da morte. Deixa-se de morrer em casa, ao lado dos familiares, e passa-se a morrer em hospitais (NEGRINI, 2014).

Diante disso, a finitude da vida deixa de ser um acontecimento coletivo, passando a ser um evento hospitalar e privado, apropriado pela técnica médica e cercado de cuidados clínico-jurídicos. A maior proximidade com doentes em estado terminal permitiu o aprimoramento da medicina. Métodos de assistência ventilatória e circulatória, o transplante de órgãos e o desenvolvimento de terapias dialíticas são alguns dos avanços médicos que permitem hoje prolongar a vida e postergar a morte.

Com esses novos dispositivos e terapêuticas, o conceito tradicional de morte como o total e permanente cessar das funções vitais deixou de ser

suficiente. A respiração, a circulação, a termorregulação, a depuração de excretas e escórias sanguíneas, todos considerados funções vitais, podem agora ser assegurados artificialmente, sem, no entanto, significar a manutenção da vida em sua plena manifestação (LIMA, 2005).

Com o reconhecimento de que uma função vital pode falhar e ainda assim o indivíduo continuar vivo, desde que receba o suporte necessário para tal, novos conceitos e definições de morte fizeram-se necessários. Diversos países e sociedades médicas empenharam-se em criar protocolos e elaborados testes clínicos e laboratoriais que pudessem precisar a morte, sem que um consenso mundial fosse alcançado (LIMA, 2005).

A morte, agora muito influenciada pela possibilidade de utilização de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins terapêuticos, volta-se para o que se chama de morte encefálica em detrimento do conceito anterior de morte circulatória (FRANÇA, 2011).

O sistema nervoso passa a ser então o responsável e o mantenedor da vida, tendo a sua função e viabilidade avaliadas por exame neurológico e exames complementares. Reflexos que avaliam a função do tronco cerebral, como fotomotor; córneo-palpebral; orofaríngeos; orotraqueais; óculo cefálico; óculo vestibular e estimulação dolorosa, tornam-se essenciais, assim como exames complementares, como o eletroencefalograma, a arteriografia e o doppler transcraniano (DANTAS FILHO et al., 1996).

Em 1968, na Alemanha, o Comitê de Ressuscitação e Transplante de Órgãos da Sociedade Alemã de Cirurgia delimita três condições para precisar a morte. Na primeira condição, o cérebro está morto quando se observam sinais clássicos de morte ou a depressão circulatória tenha provocado uma parada respiratória que não responde ao tratamento final da doença incurável e progressiva ou no curso de uma perda gradual das funções vitais.

A segunda condição considera que a morte cerebral pode produzir-se antes que cessem os batimentos cardíacos (traumatismos cerebrais); considerando-se o cérebro como morto após 12h de inconsciência com falta de

respiração espontânea, midríase bilateral e eletroencefalograma isoelétrico, ou quando o angiograma demonstra cessação da circulação intracraniana por 30 minutos.

Já a terceira condição considera que pode ocorrer que o coração pare e o sistema nervoso central esteja intacto ou com possibilidade de recuperação. Convém, então, iniciar a ressuscitação: se os batimentos cardíacos não reaparecerem, inclusive sem se reestabelecer a consciência ou respiração espontânea, deve se seguir aplicando as normas usuais de assistência intensiva até que fique demonstrada a morte encefálica (FRANÇA, 2011).

Em 1978, nos Estados Unidos, a Uniform Law Commissioners (ULC) criou a Uniform Brain Death Act - UDDA para esclarecer uma ambiguidade legal que havia surgido sobre a determinação da questão da morte, já que o reconhecimento legal apenas dos critérios tradicionais, a cessação da circulação e respiração, já não se mostravam suficientes (LIMA, 2005).

A UDDA estabelece então dois critérios de morte. O primeiro deles consiste na cessação irreversível da função respiratória e circulatória. O segundo na cessação irreversível de todas as funções de todo o encéfalo, incluindo o tronco cerebral (EUA, 2016).

No Brasil, a questão da morte, em relação ao uso de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, é abordada na resolução de número 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina-CFM, sendo definida como morte encefálica (Resolução CFM nº 1.480/97).

Tal resolução considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, devendo a sua caracterização ser feita por exames clínicos e complementares a serem realizados em intervalos de tempo variados e determinados para cada faixa etária (Resolução CFM nº 1.480/97).

Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apneia constituem os critérios clínicos obrigatórios. Além disso, a morte encefálica deve ser consequência de processo irreversível com causa conhecida. Os

exames complementares a serem realizados devem demonstrar ausência de atividade elétrica cerebral; ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral (DANTAS FILHO et al., 1996).

A resolução de número 1.480/97, do Conselho Federal de Medicina (CFM), traz ainda um termo de declaração de morte encefálica a ser preenchido, assinado e anexado, juntamente com os exames complementares realizados, no prontuário do paciente (Anexo 1).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo informa (CREMESP, 2009), ainda, através de parecer emitido em março de 2009, que a constatação do óbito pelo médico assistente ou substituto pode ser feita sem a necessidade de realização de qualquer exame complementar de rotina, vez que em tal verificação deve-se observar a presença de sinais abióticos ou tanatognósticos evidentes.

Os sinais abióticos dividem-se em imediatos ou tardios. Os imediatos ocorrem imediatamente após a morte e incluem a imobilidade, perda de consciência, parada cardiocirculatória e respiratória, relaxamento esfíncteriano, midríase, abolição da motilidade e tônus muscular, abertura das pálpebras e da boca. Os sinais abióticos tardios ocorrem após dias ou semanas e são representados por desidratação, arrefecimento do corpo, hipóstases viscerais, rigor mortis e flacidez cadavérica. Não existe sinal considerado patognomônico de morte recente (DANTAS FILHO et al., 1996).

Com a intenção de reduzir a possibilidade de um diagnóstico errado de morte, o Código de Processo Penal Brasileiro não autoriza a realização de autópsias com menos de 6 horas da constatação da morte. (BRASIL, Código Penal e Código de Processo Penal, 2013).

Em virtude de, até o final do século XIX, cada país possuir um modelo diferente de declaração de óbito, a Organização de Saúde da Liga das Nações constituiu uma comissão para solucionar a questão. Foi publicado, em 1925, um informe com uma sugestão de modelo único de atestado para declarar as causas de mortes. No modelo, deveria ser anotada, primeiramente, a causa imediata da

morte e, em seguida, as condições mórbidas que a antecederam; ficando a causa primária da morte em último lugar, na ordem de cima para baixo. O modelo foi adotado, em 1927, pela Inglaterra e Gales e, em seguida pelo Canadá. Em 1939, foi a vez de outros países adotarem o novo modelo, a exemplo dos Estados Unidos (LAURENTI; JORGE, 2015).

Em 1950, ocorreu a implantação do “Modelo Internacional do Atestado” em todo o território brasileiro. O impresso foi apresentado em formatos e cores diferentes nos vários estados, diversificando também o número de variáveis solicitadas e vias que deveriam ser preenchidas (LAURENTI; JORGE, 2015).

Em 1976, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde um modelo único de Declaração de Óbito (DO) para todo o território nacional. Esse documento serviria de fonte para alimentar o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), um sistema criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com a intenção de regular os dados sobre mortalidade no país (MS, 2011).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é o gestor nacional do SIM, sendo responsável por alterações de *layout*, divulgação de versões atualizadas e providências para impressão e distribuição da DO. Também recebe e reúne dados para a elaboração do banco nacional sobre mortalidade, de acesso público.

O correto preenchimento da DO permite a produção de estatísticas de mortalidade; construção dos principais indicadores de saúde; análises estatísticas, epidemiológicas e sóciodemográficas. Além disso, a DO apresenta caráter jurídico, constituindo documento vital para as formalidades legais e liberação do sepultamento, já que para a lavratura da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil faz-se necessária a sua apresentação (MS, 2011).

Três vias autocopiativas e pré-numeradas compõem a Declaração de Óbito. O documento é fornecido pelo Ministério da Saúde e distribuído pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As Secretarias Municipais de Saúde fornecem o documento para as unidades notificadoras, compostas por: estabelecimentos e serviços de saúde, Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), médico cadastrado pela Secretaria Municipal de

Saúde e Cartório de Registro Civil, em localidades onde não há médico (Portaria nº116/MS, de 11 de Fevereiro de 2009).

A 1ª via da DO é branca e destina-se a Secretaria Municipal de Saúde. A 2ª via é amarela e deve ser levada ao Cartório de Registro Civil para que a Certidão de Óbito possa ser emitida. A 3ª via é rosa e deve permanecer no estabelecimento de saúde, anexada ao prontuário do paciente falecido. Caso o óbito tenha ocorrido fora do estabelecimento de saúde, a 3ª via da DO deverá ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, SVO ou IML, dependendo das circunstâncias em que se deu a morte e se houve ou não assistência médica (Vide Anexo 1).

“O médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento” (Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito. MS, 2011, p. 7).

A DO deve ser preenchida com letra legível, sem abreviações ou rasuras que, caso ocorram, devem ser ressalvadas, repetindo-se os dados e assinando-se novamente abaixo da ressalva. Campos em branco devem ser evitados. A opção “ignorado” deve ser marcada ou um traço (-), assinalando-se sempre que não se dispõe da informação solicitada. Apenas um diagnóstico deve ser posto por linha, cabendo fazer-se o necessário registro do tempo estimado entre o início da doença e a morte. Caso ocorra erro no preenchimento e não seja possível retificação, o jogo contendo as três vias deve ser anulado e enviado para a Secretaria Municipal de Saúde para controle do setor responsável pela sua distribuição (MS, 2011).

Os nove blocos que compõem a DO são de preenchimento obrigatório. Os blocos I e II dizem respeito, respectivamente, a identidade e o logradouro do falecido. O bloco III diz respeito ao local de ocorrência do óbito. O bloco IV deve ser preenchido somente em situações de óbito fetal ou de menor que um ano. O bloco V é referente às condições e causas do óbito e obedece ao modelo Internacional de Atestado de Óbito adotado pela OMS, desde 1948. Deve conter a causa básica - Parte I, linha d- e os agravos que levaram ao óbito - Parte I, linhas

a,b,c. Outras condições que contribuíram para a morte devem ser declaradas na parte II desse mesmo bloco. O bloco VI deve conter dados do médico que assina a DO. O bloco VII complementa o bloco V, apresentando grande importância epidemiológica. É referente a mortes por causas externas, devendo ser preenchido em situações de homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita. O preenchimento dos blocos VIII e IX deve ser feito em Cartório de Registro Civil, devendo este ser preenchido em localidades sem médico e aquele conter os dados do cartório em que está sendo feito o registro do óbito (MS, 2011).

É vedado ao médico, segundo o código de ética médica 2010, Art. 83, atestar óbito que não tenha verificado pessoalmente; ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia médico-legal (CFM, 2010).

O médico não deve deixar de atestar óbito a paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta (Art.115) e também não deve cobrar pela emissão da DO, exceto em caso de paciente particular a quem não vinha prestando assistência (CFM, 2010). Em caso de morte violenta, a responsabilidade pelo ato de emitir a DO é atribuída ao médico do IML ou equivalente (Portaria nº116/MS, de 11 de Fevereiro de 2009)

Termos vagos, como parada cardíaca e falência de múltiplos órgãos, não devem ser usados para apontar as causas da morte, da mesma forma que médicos não devem assinar Declarações de Óbito em branco (MS, 2007). A DO deve ser emitida para todos os óbitos, sejam eles de causas naturais ou violentas, bem como para toda criança que nascer viva e morrer logo após o nascimento; e para todo óbito fetal com 20 semanas ou mais de gestação, ou 500 gramas ou mais de peso, ou estatura maior ou igual a 25 centímetros (MS, 2007).

4. OBJETIVOS

4.1 Geral:

Estudar a morte, seu diagnóstico e seu manejo documental ético-jurídico.

4.2 Específico:

Identificar o nível de conhecimento sobre o diagnóstico de morte clínica e preenchimento da Declaração de Óbito por parte de estudantes de medicina do sexto ano da formação na Universidade Federal de Campina Grande-PB.

5. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) para apreciação no dia 04 de Março de 2017 sob o nº CAAE 65343417.9.0000.5182 tendo sido avaliado e aprovado conforme determinação da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5.1 Tipo de estudo

Estudo individuado, observacional, transversal, realizado através da aplicação de questionários a 50 estudantes regularmente matriculados no último ano, 11º e 12º períodos, do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Campina Grande.

5.2 Local

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no setor de salas de aula, com autorização da, até então, Coordenadora do curso de medicina Dra. Deborah Rose Galvão Dantas.

5.3 Amostra

5.3.1 Recrutamento

A coleta de dados foi realizada através de questionários padronizados, aplicados pelas acadêmicas responsáveis pela pesquisa.

5.3.2 Amostragem

A população foi constituída por estudantes do 6º ano de medicina da UFCG.

Uma amostra aleatória de 50 estudantes, escolhidos de acordo com a disponibilidade no momento da aplicação do questionário, foi obtida entre os alunos regularmente matriculados no 11º e 12º períodos do curso de medicina da UFCG.

5.3.3 Critérios de inclusão

- Ser acadêmico do curso de medicina da UFCG, campus Campina Grande.

- Estar devidamente matriculado no 11° ou 12° período durante o prazo da coleta de dados.
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.4 Critérios de exclusão

- Não haver cursado a disciplina de Medicina Legal na UFCG ou em qualquer outra Unidade de Ensino Superior;
- Os alunos não serem encontrados no momento da aplicação do questionário;
- Não haver assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3.5 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2017. Para cada participante da pesquisa foi entregue uma cópia do questionário e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foi estipulado tempo máximo ou mínimo para o preenchimento das questões, de forma que o estudante poderia dedicar o tempo que julgasse necessário para emitir uma resposta de acordo com seus conhecimentos, sem pressão ou influência externa.

O questionário é composto por 8 questões referentes ao reconhecimento de fenômenos abióticos, à identificação de critérios diagnósticos de morte encefálica e ao correto preenchimento e emissão da Declaração de Óbito. Cada questão é composta por 5 itens a serem assinalados como verdadeiro (V) ou falso (F).

A questão de número 1 diz respeito ao reconhecimento de sinais indicativos da morte do paciente e foi retirada de concurso realizado para a seleção de médico legista (FUNCAB, prova S04-P, 2013). Já as questões 2 e 3 referem-se a elementos e condições necessárias e presentes para o diagnóstico de morte encefálica estabelecidas pela resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/ 1997(PCI CONCURSOS, 2016). As questões de número 4 a 8 abordam conhecimentos relativos à Declaração de Óbito e o seu correto preenchimento, tendo sido extraídas de concursos de Residência Médica, aplicados por diversas Instituições, tais como o Hospital Universitário de Brasília (Revalida) -DF, (2013); Hospital das Clínicas de Goiás-GO, (2013); Secretaria

Municipal de Saúde de São José dos Pinhais-PR, (2013); Academia de Polícia Dr. Coriolano Nogueira Cobra, (2014).

5.4 Considerações ético-legais

Os termos de anuência institucional, setorial, de compromisso de divulgação dos resultados e de compromisso dos pesquisadores foram devidamente assinados e entregues ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alcides Carneiro sob o nº CAAE 65343417.9.0000.5182.

Todos os acadêmicos que aceitaram participar da pesquisa cujo Projeto ora se apresenta foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Apêndice), conforme preconizado pela Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012, mesmo documento legal que obriga submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa este Projeto de Pesquisa.

Na ocasião da assinatura, os acadêmicos foram informados do total anonimato dos participantes; de que não se trata de pesquisa gerativa de danos psíquicos e/ou orgânicos, não sendo, ainda, gerativa de ganhos pecuniários para quaisquer das partes envolvidas, podendo desligar-se dela quaisquer dos acadêmicos questionados, sem ônus, em qualquer momento da pesquisa. O preenchimento voluntário do questionário atesta a autonomia, liberdade e desejo de participar da pesquisa. Os resultados poderão ser comunicados aos participantes, na dependência de seus interesses.

6. MÉTODO ESTATÍSTICO

Foi realizado um tratamento estatístico descritivo no qual os dados foram coletados através de questionário padronizado (Apêndice 1) e armazenados na plataforma eletrônica *Microsoft Excel 2010* ®. As variáveis foram tabuladas e avaliadas também pela mesma plataforma, gerando tabelas e gráficos representativos dos resultados.

O processo que gerou esses gráficos e tabelas envolveu uma análise detalhada de cada alternativa do questionário. Além de médias e porcentagens, foi feito cruzamento entre esses dados a fim de encontrar informações que possibilitassem concluir a média de acerto geral, relacionada ao diagnóstico de morte e correto preenchimento da Declaração de Óbito.

7. HIPÓTESE DE DESFECHO

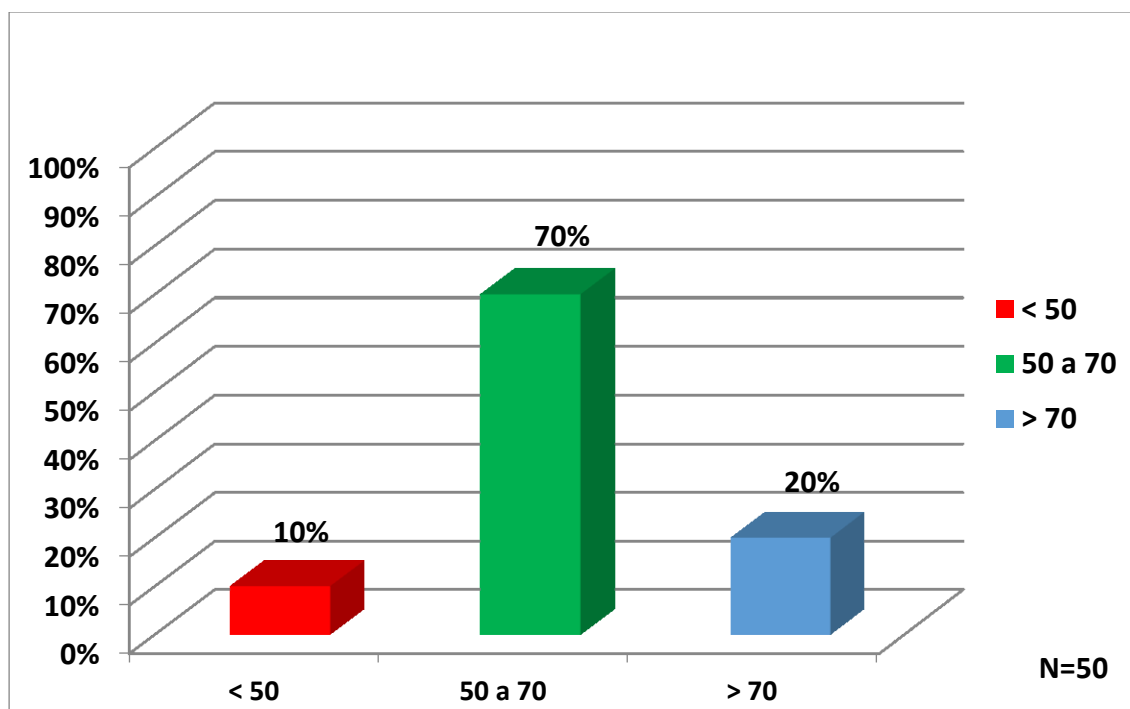
Tendo em vista a grande extensão e complexidade dos assuntos abordados durante a graduação em medicina; o sentimento de insegurança que aflige grande parte dos estudantes do sexto ano do curso médico quando da proximidade com a entrada no mercado de trabalho; e a pouca discussão acerca de temas envolvendo a morte, apresentamos como hipótese de desfecho que a maior parte dos alunos entrevistados apresentarão índices de acerto não satisfatórios, ou seja, menor que 70%, demonstrando a existência de uma deficiência no nível de aptidão dos alunos em relação ao diagnóstico de morte e ao correto manejo da Declaração de Óbito.

8. RESULTADOS

Ao término da coleta dos dados uma amostra de 50 questionários foi obtida. As informações coletadas permitiram a avaliação do total de acertos e erros de cada participante; percentual de acertos e erros de cada item; percentual de acertos e erros com relação ao diagnóstico de morte; e o percentual de acertos e erros com relação ao preenchimento e emissão da declaração de óbito.

Dos 50 participantes do estudo, 20% acertaram mais de 70% do questionário e 80% tiveram um índice de acerto menor ou igual a 70%. Noventa por cento acertaram mais da metade dos itens e 10% acertaram menos da metade dos itens. Cada questionário continha 8 questões e cada questão era constituída por 5 itens. Itens não marcados ou com dupla marcação foram considerados errados. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Porcentagem total de acertos dos alunos

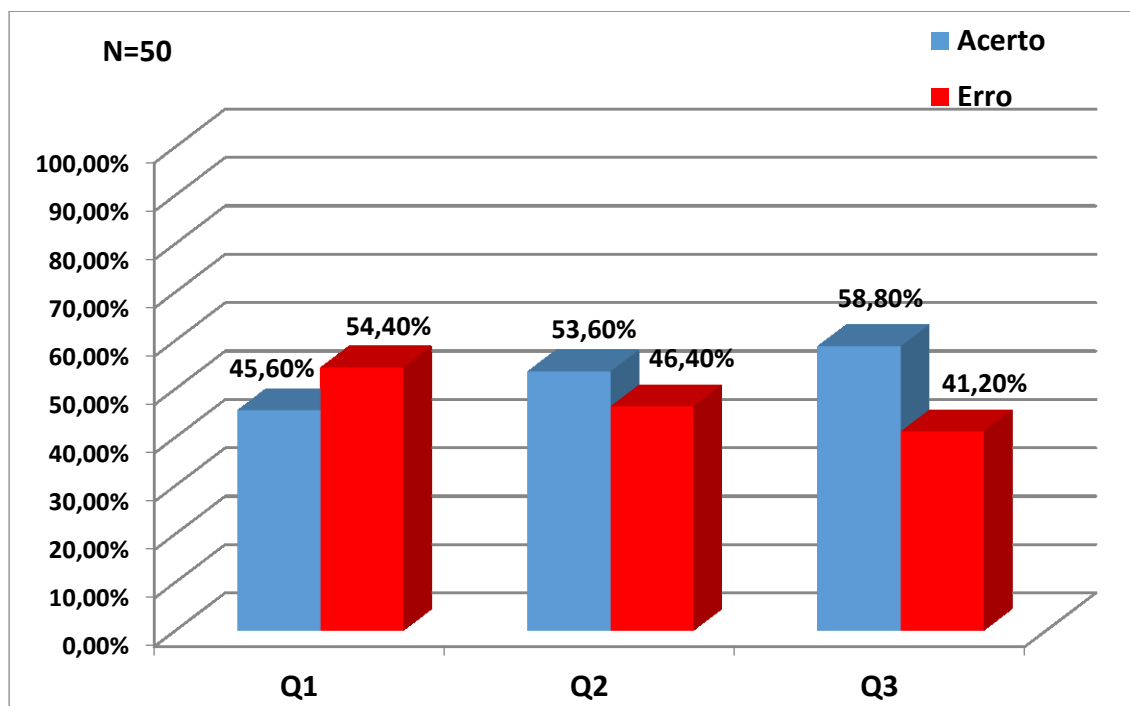


Fonte: PRÓPRIOS AUTORES

As questões 1, 2 e 3 avaliam o correto diagnóstico de morte, através da identificação de fenômenos abióticos, diagnóstico de morte encefálica a partir da avaliação clínico-neurológica e também pelo conceito que consta na Resolução nº

1480/ 1997 do Conselho Federal de Medicina. A questão de número 1 apresentou 45,6% de acertos e 54,4% de erros. As questões de número 2 e 3 obtiveram, respectivamente, 53,6% e 58,8% de acertos e 46,4% e 41,2% de erros. (Gráfico 2)

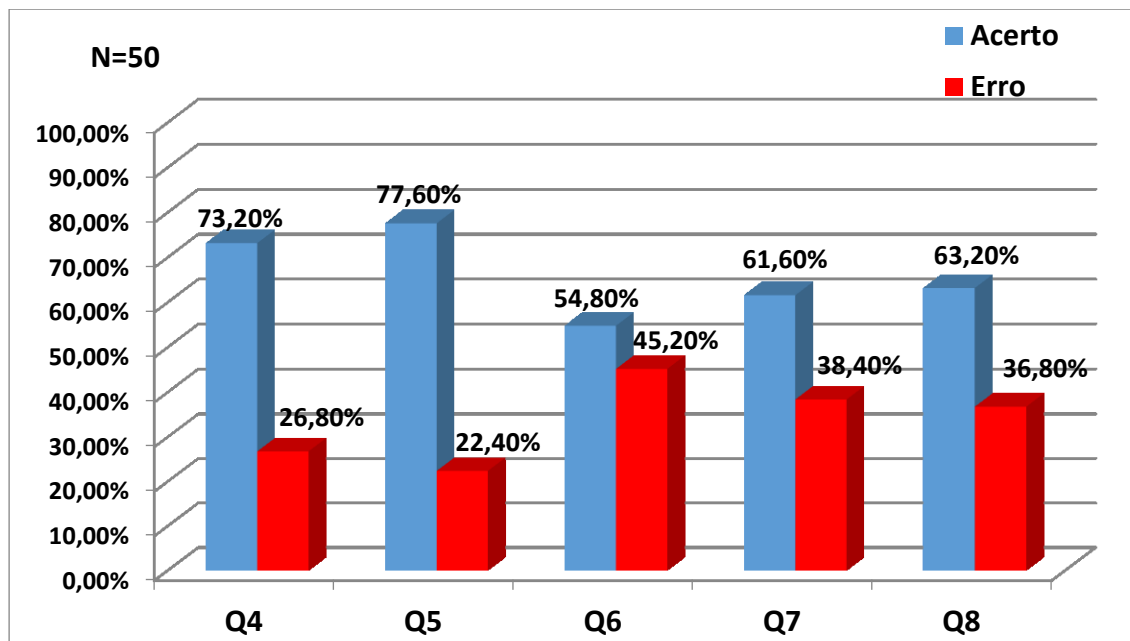
Gráfico 2: Diagnóstico de morte



Fonte: PRÓPRIOS AUTORES

As questões de número 4 a 8 abordaram o correto preenchimento e emissão da Declaração de Óbito, a partir da interpretação de casos clínicos através dos quais se faz necessário saber preencher os blocos da DO corretamente e identificar o tipo de profissional médico responsável para emissão da DO em determinadas situações. Foram obtidos os seguintes resultados: 73,2% de acertos e 26,8% de erros na questão 4; 77,6% de acertos e 22,4% de erros na questão 5; 54,8% de acertos e 45,2% de erros na questão 6, 61,6% de acertos e 38,4% de erros na questão 7 e 63,2% de acertos e 36,8% de erros na questão 8. (Gráfico 3)

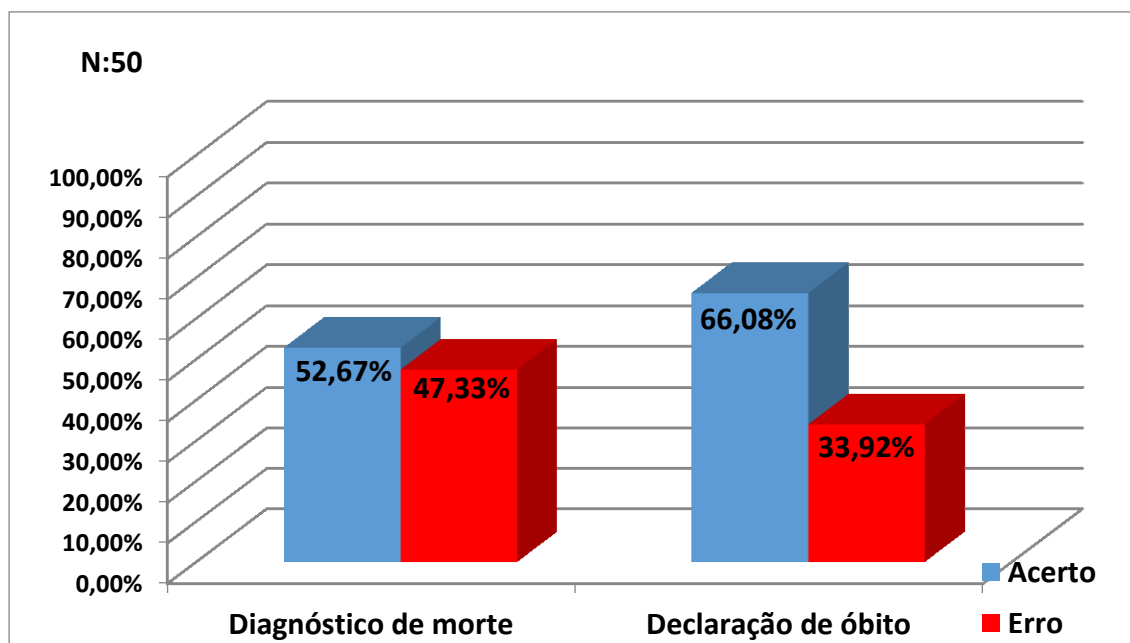
Gráfico 3: Preenchimento e emissão da DO



Fonte: PRÓPRIOS AUTORES

A subdivisão do questionário em áreas de conhecimento demonstra que 52,67% das questões envolvendo o diagnóstico de morte e 66,08% das questões envolvendo o correto preenchimento e emissão da declaração de óbito foram preenchidas corretamente. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Diagnóstico de morte X Declaração de óbito



Fonte: PRÓPRIOS AUTORES

9. DISCUSSÃO

A abordagem e discussão da morte é tanto difícil quanto extensa. Questões sociais, culturais e ético-jurídicas cercam o assunto. No meio médico, a morte e o morrer são presenças diárias, que por desconhecimento, receio ou pressa acabam sendo pouco debatidas e, por vezes, negligenciadas.

A análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário demonstrou que 90% dos alunos entrevistados acertaram mais de 50% dos itens analisados no questionário sem, no entanto, alcançar um nível de acerto maior que 70%, o qual foi obtido por 20% dos participantes.

A avaliação de cada questão e item, individualmente, permite melhor esclarecimento sobre qual aspecto da morte, entre os abordados neste trabalho, representou maior ou menor dificuldade para os acadêmicos.

O estudo dos resultados permite ainda inferir que os estudantes do último ano do curso de Medicina da UFCG demonstraram maior compreensão e domínio na área de preenchimento e emissão da declaração de óbito, com um total de 66,08% de itens preenchidos corretamente, em comparação ao correto diagnóstico de morte, com 52,67% de acertos.

O diagnóstico de morte, área em que os estudantes demonstraram pior desempenho, foi abordado no trabalho através de dois temas, a percepção de fenômenos abióticos e o reconhecimento da morte encefálica. Com 54,4% de erros, a identificação dos fenômenos abióticos apresenta-se como a área de maior dificuldade e menor domínio por parte dos alunos.

Apesar da pluralidade de aspectos que envolvem a morte, os temas abordados neste trabalho não puderam se estender para não extrapolar a proposta de um trabalho de conclusão de curso. Assim, propõe-se que a morte seja novamente abordada, mas em relação a transmissão de más notícias e a adequação do protocolo Spikes a esse objetivo.

10. CONCLUSÃO

Como companheira constante do profissional de saúde, a morte deve ser debatida sempre e em seus mais variados aspectos. Deixando de ser vista como uma falha da medicina e abordada como algo que é parte do curso natural da vida.

Acostumarmo-nos com a morte não significa nunca deixar de zelar pela vida. Ao diagnosticar e atestar corretamente uma morte, presta-se um último atendimento aquele que deixou de viver e um atendimento, também, àqueles que permanecem vivos e que precisam de orientação e cuidado nesse momento de fragilidade.

Os percentuais de acertos e erros, obtidos em cada quesito do questionário aplicado, permitem a identificação e devida gradação das maiores dificuldades dos estudantes em relação a morte. Os resultados da pesquisa apontam áreas de conhecimento que merecem maior atenção, investimento e debate no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Edson de Oliveira; ANDRADE, Elizabeth Nogueira de. **A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico.** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 8, n. 1, p.46-52, 2010. Bimestral. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a010.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016. (7)

Brasil. Ministério da Saúde. **Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.** Portaria nº116 de 11 de Fevereiro de 2009. (18)

CESPE/CEBRASPE,SDS/PE; 2016. **PCI CONCURSOS. Provas para Download.** Disponível em: <https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/25138716/2d030271d7ce/pv_conhec_espec_cargo_4_med_legista.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2016.

Código Penal e Código de Processo Penal– 6. ed. atual. – Porto Alegre : Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas, 2013. 221 p. (15)

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **RESIDÊNCIA MÉDICA – 2013 GABARITO OFICIAL.** Disponível em: <http://www.vestibular.ufg.br/2013/coreme2013/concurso/gabarito/ACESSO_DIRETO.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Residência Médica 2013.** Disponível em: <http://www.vestibular.ufg.br/2013/coreme2013/concurso/provas/acesso_direto.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

COMMISSION, Uniform Law. **Determination of Death Act Summary.** Disponível em: <[http://uniformlaws.org/ActSummary.aspx?title=Determination of Death Act](http://uniformlaws.org/ActSummary.aspx?title=Determination%20of%20Death%20Act)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM N. 1931, DE 17 DE SETEMBRO 2009: CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016. (20)

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.480/97.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm> Acesso em: 26 out. 2016. (5)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/comite_etica/hu/2012_RESOLUCAO_466.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Consulta nº 84.949/06.** Disponível em: <[http://cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8527&tipo=PA_RECER&orgao=Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo&numero=84949&situacao;=&data=26-03-2009](http://cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=8527&tipo=PA_RECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=84949&situacao;=&data=26-03-2009)>. Acesso em: 06 nov. 2016.

CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.** Revista Diagnóstico & Tratamento, São Paulo, v. 21, n. 3, p.106-108, jul. 2016. Trimestral. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2016.

DANTAS FILHO, Venâncio Pereira et al. **DOS CONCEITOS DE MORTE AOS CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA.** Arq Neuropsiquiatr, São Paulo, v. 54, n. 4, p.705-710, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v54n4/25.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

DATASUS. **SIM-Sistema de Informações de Mortalidade**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>>. Acesso em: 01 out. 2016.

EUA. UNIFORM LAW COMMISSIONERS. . **Unifom Determination of death act**. Disponível em: <[http://uniformlaws.org/ActSummary.aspx?title=Determination of Death Act](http://uniformlaws.org/ActSummary.aspx?title=Determination%20of%20Death%20Act)>. Acesso em: 20 out. 2016.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2011. 694 p.

FUNCAB, prova S04-P, 2013. **PCI CONCURSOS. Provas para Download**. Disponível em: <https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/17977409/86e8c8c18152/s01_v_medico_legista.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2016.

FUNCAB, prova S04-P. **Concurso Público para o cargo de Médico Legista-3ª categoria**. 2013. Disponível em: <https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/18748104/5126ded5a321/medico_legista_3_categoria.pdf>. Acesso em 20 dez. 2016.

GABRIEL OSELKA (São Paulo). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Bioética Clínica: Reflexões e Discussões sobre Casos Selecionados**. São Paulo: Centro de Bioética do Cremesp, 2008. 266 p. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/117072-Bioetica-clinica-reflexoes-e-discussoes-sobre-casos-selecionados.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GIACOIA JÚNIOR, Oswaldo. **A VISÃO DA MORTE AO LONGO DO TEMPO**. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 1, n. 38, p.13-19, jan. 2005. Trimestral. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

INEP. **GABARITO PRELIMINAR DA AVALIAÇÃO REVALIDA 2013**. Disponível em:

<<http://revalida.inep.gov.br/revalida/mensagens/mensagemAnexo.seam?idAnexo=27784>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

INEP. **REVALIDA 2013.** Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/revalida/provas/2013/po_cinza_revalida_2013.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P. de Mello. **O ATESTADO DE ÓBITO: Aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos.** São Paulo: Cremesp, 2015. 156 f. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/atestado_de_obito.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LIMA, Cristina. **Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos.** Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Lisboa, v. 12, n. 1, p.06-10, jan. 2005. Trimestral. Disponível em: <http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS.: **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito.** Brasília: Ms, 2011. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS: **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante.** Brasília, DF: Ms, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2016.

MORITZ, Rachel Duarte. **Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer.** Revista Bioética, Brasília, v. 13, n. 2, p.51-63, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112>. Acesso em: 04 dez. 2016.

NEGRINI, Michele. **A SIGNIFICAÇÃO DA MORTE: UM OLHAR SOBRE A FINITUDE HUMANA.** Revista Sociais e Humanas, Santa Maria, v. 01, n. 27, p.29-36, jan. 2014. Trimestral.

PCI CONCURSOS. Provas para Download. Disponível em: <https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/25138716/3c4b8165076b/gab_pr_eliminar_conhec_espec_todos_cargos.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

PCI CONCURSOS. Provas para Download. Disponível em: <<https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/18748104/fd20f4a7bdca/gabaritos.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

SCHOPENHAUER, Arthur. **O mundo como vontade e representação.** São Paulo : Abril Cultural, 1980 (Os pensadores).

SECRETARIA DE CONCURSOS PÚBLICOS. **Concurso Público - Médico Legista.** Disponível em: <https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/20611864/88839c42e848/prova_medico_legista_versao1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

SECRETARIA DE CONCURSOS PÚBLICOS. **EDITAL DE DIVULGAÇÃO DO GABARITO DA PROVA PREAMBULAR.** Disponível em: <<https://arquivo.pciconcursos.com.br/provas/20611864/11a41328eaa5/gabaritos.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais. **Prova de Residência Médica 2013.** Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2013/04/prova.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

APÊNDICES

Apêndice 1 - QUESTIONÁRIO

Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Unidade Acadêmica de Ciências Médicas

As questões abaixo enunciadas dizem respeito ao Projeto de Pesquisa intitulado “Na passagem da vida para a morte: o estudante de Medicina diante do diagnóstico de morte e da declaração de óbito.” o qual, por sua vez, possibilitará a elaboração de nosso Trabalho de Conclusão (TCC) em Medicina. Para isso, contando com sua imprescindível colaboração – pela qual antecipadamente agradecemos –, solicitamos que responda às questões abaixo, assinalando-as com a letra V (quando verdadeiras) e F, quando falsas.

Atenciosa e agradecidamente,

Campina Grande, de 2017,

Pesquisadores: Daniela de Sá Menezes e Jacqueline Lopes Fagundes

1) São considerados fenômenos abióticos consecutivos à morte : (12,5 pontos)

(V) – (F) Cessaçãõ da respiraçãõ, aboliçãõ da motilidade, esfriamento cadavérico.

(V) – (F) Autólise, espasmo cadavérico, mancha verde abdominal.

(V) – (F) Desidratação, esfriamento cadavérico, livores de hipóstase.

(V) – (F) Arreflexia, cessaçãõ da respiraçãõ, espasmo cadavérico.

(V) – (F) Parada circulatória, perda da consciência, aboliçãõ da motilidade.

2) De acordo com o aspecto clínico-neurológico, haverá morte encefálica se: (12,5 pontos)

(V) – (F) Se ocorrer midríase por mais de 60 minutos.

(V) – (F) Se houver parada respiratória irreversível.

(V) – (F) Se todo o exame de eletroencefalograma (EEG) estiver isoelétrico por mais de 12 horas.

(V) – (F) Se o coração parar de bater por mais de 10 minutos.

(V) – (F) Se, mediante exame imagético, o tronco cerebral estiver irreversivelmente lesado.

3) De acordo com a resolução CFM n° 1.480/ 1997, responda à questão: estão relacionados ao diagnóstico de morte encefálica: (12,5 pontos)

(V) – (F) Coma aperceptivo.

(V) – (F) Pupilas arreativas.

(V) – (F) Ausência de reflexo cutâneo-abdominal.

(V) – (F) Ausência de resposta às provas calóricas.

(V) – (F) Apneia.

4) Mulher com 81 anos de idade, fumante há 60 anos, deu entrada em hospital geral com quadro de dispneia intensa, que evoluiu para óbito dois dias após a internação. Na admissão, fez-se o diagnóstico de embolia pulmonar e trombose venosa profunda em membro inferior direito. Com relação ao preenchimento adequado da declaração de óbito, marque V ou F: (12,5 pontos)

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

(V) – (F) Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: (sem preenchimento).

(V) – (F) Parte I: dispneia intensa; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: embolia pulmonar.

(V) – (F) Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo.

(V) – (F) Parte I: a. dispneia intensa; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo.

(V) – (F) Parte I: a. trombose venosa profunda. Parte II: embolia pulmonar.

5) Paciente chagásico, com comprometimento cardíaco, internado com história de distensão progressiva do abdome. Há dois dias, vem apresentando fraqueza, febre alta, e não suporta que lhe toquem o abdome. Sem evacuar há três dias, tem diagnóstico colonoscópico de megacólon há cinco anos. Na visita médica das oito horas da manhã, paciente suava muito e apresentava pressão sistólica de 20 mmHg. O diarista, após avaliar o hemograma, trocou o antibiótico e, ao longo do dia, ajustou várias vezes o gotejamento de dopamina. Às 16 horas, o paciente apresentou parada cardiorrespiratória e teve o óbito confirmado pelo médico substituto, após insucesso das manobras de reanimação. A declaração de óbito deve ser preenchida: (12,5 pontos)

(V) – (F) Parte I: linha a) obstipação; linha b) febre; linha c) obstrução intestinal.

(V) – (F) Parte I: linha a) câncer de cólon; linha b) infecção generalizada; Parte II: caquexia

(V) – (F) Parte I: linha a) doença de Chagas; linha b) abdome agudo; linha c) obstrução intestinal; linha d) choque séptico.

(V) – (F) Parte I: linha a) choque séptico; linha b) peritonite aguda; linha c) volvo de sigmoide; linha d) megacólon chagásico crônico; Parte II: cardiopatia chagásica.

(V) – (F) Parte I: linha a) câncer de cólon; linha b) abdome agudo; Parte II: obstrução intestinal.

6) Paciente, 83 anos, residente em área coberta pela Estratégia Saúde da Família, diabética, acamada, com Doença de Alzheimer há 8 anos e em tratamento domiciliar por pneumonia há 4 dias. Ao amanhecer do quinto dia, a família percebe importante dificuldade respiratória e chama o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que identifica Insuficiência Respiratória Aguda e decide remover a paciente para o Hospital Municipal. No caminho o quadro se agrava e ao chegar ao hospital ocorre parada respiratória com consequente óbito da paciente. Diante desta situação, o médico que deverá ser chamado inicialmente para fornecer o Atestado de Óbito: (12,5 pontos)

(V) – (F) SAMU.

(V) – (F) Plantão do Hospital Municipal.

(V) – (F) Instituto Médico Legal.

(V) – (F) Estratégia de Saúde da Família.

(V) – (F) Neurologia.

7) A declaração de óbito pode ser preenchida como morte de causa indeterminada pelo médico: (12,5 pontos)

(V) – (F) que acompanhava o paciente.

(V) – (F) da Unidade Básica de Saúde mais próxima.

(V) – (F) legista ou patologista, mediante necropsia.

(V) – (F) do SAMU que primeiro socorreu o paciente.

(V) – (F) do pronto atendimento, onde o paciente deu entrada.

8) Jovem do sexo masculino, 30 anos, foi atropelado na via pública por um ônibus, sofrendo trauma cranioencefálico, com hematoma extradural. Foi socorrido, submetido a craniotomia, com drenagem do hematoma. Recuperou-se do coma, porém ficou internado por 2 meses, contraindo broncopneumonia, fez sepse e veio a óbito. Neste caso a declaração de óbito deverá ser emitida: (12,5 pontos)

(V) – (F) por médico do SVO, pois o evento final foi de causa natural.

(V) – (F) pelo médico-plantonista do hospital no momento do óbito.

(V) – (F) pelo neurocirurgião que operou o paciente.

(V) – (F) pelo médico plantonista que prestou o primeiro atendimento pós acidente.

(V) – (F) por médico do IML, pelo nexo-causal entre o acidente e a causa do óbito.

Apêndice 2 - GABARITO PARA CORREÇÃO DAS RESPOSTAS

Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Unidade Acadêmica de Ciências Médicas

As questões abaixo enunciadas dizem respeito ao Projeto de Pesquisa intitulado “Na passagem da vida para a morte: o estudante de Medicina diante do diagnóstico de morte e da declaração de óbito” o qual, por sua vez, possibilitará a elaboração de nosso Trabalho de Conclusão (TCC) em Medicina. Para isso, contando com sua imprescindível colaboração – pela qual antecipadamente agradecemos –, solicitamos que responda às questões abaixo, assinalando-as com a letra V (quando verdadeiras) e F, quando falsas.

Atenciosa e agradecidamente,

Campina Grande, de de 2017,

Pesquisadores: Daniela de Sá Menezes e Jacqueline Lopes Fagundes

1) São considerados fenômenos abióticos consecutivos à morte : (12,5 pontos)

(V) – **(F)** Cessaçãõ da respiraçãõ, aboliçãõ da motilidade, esfriamento cadavérico.

(V) – **(F)** Autólise, espasmo cadavérico, mancha verde abdominal.

(V) – (F) Desidratação, esfriamento cadavérico, livores de hipóstase.

(V) – **(F)** Arreflexia, cessaçãõ da respiraçãõ, espasmo cadavérico.

(V) – **(F)** Parada circulatória, perda da consciência, aboliçãõ da motilidade.

2) De acordo com o aspecto clínico-neurológico, haverá morte encefálica se: (12,5 pontos)

(V) – **(F)** Se ocorrer midríase por mais de 60 minutos.

(V) – **(F)** Se houver parada respiratória irreversível.

(V) – **(F)** Se todo o exame de eletroencefalograma (EEG) estiver isoelétrico por mais de 12 horas.

(V) – **(F)** Se o coração parar de bater por mais de 10 minutos.

(V) – (F) Se, mediante exame imagético, o tronco cerebral estiver irreversivelmente lesado.

3) De acordo com a resolução CFM n° 1.480/ 1997, responda à questão: estão relacionados ao diagnóstico de morte encefálica: (12,5 pontos)

(V) – (F) Coma aperceptivo.

(V) – (F) Pupilas arreativas.

(V) – (F) Ausência de reflexo cutâneo-abdominal.

(V) – (F) Ausência de resposta às provas calóricas.

(V) – (F) Apneia.

4) Mulher com 81 anos de idade, fumante há 60 anos, deu entrada em hospital geral com quadro de dispneia intensa, que evoluiu para óbito dois dias após a internação. Na admissão, fez-se o diagnóstico de embolia pulmonar e trombose venosa profunda em membro inferior direito. Com relação ao preenchimento adequado da declaração de óbito, marque V ou F: (12,5 pontos)

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

(V) – (F) Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: (sem preenchimento).

(V) – (F) Parte I: dispneia intensa; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: embolia pulmonar.

(V) – (F) Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo.

(V) – (F) Parte I: a. dispneia intensa; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo.

(V) – (F) Parte I: a. trombose venosa profunda. Parte II: embolia pulmonar.

5) Paciente chagásico, com comprometimento cardíaco, internado com história de distensão progressiva do abdome. Há dois dias, vem apresentando fraqueza, febre alta, e não suporta que lhe toquem o abdome. Sem evacuar há três dias, tem diagnóstico colonoscópico de megacólon há cinco anos. Na visita médica das oito horas da manhã, paciente suava muito e apresentava pressão sistólica de 20 mmHg. O diarista, após avaliar o hemograma, trocou o antibiótico e, ao longo do dia, ajustou várias vezes o gotejamento de dopamina. Às 16 horas, o paciente apresentou parada cardiorrespiratória e teve o óbito confirmado pelo médico substituto, após insucesso das manobras de reanimação. A declaração de óbito deve ser preenchida: (12,5 pontos)

(V) – **(F)** Parte I: linha a) obstipação; linha b) febre; linha c) obstrução intestinal.

(V) – **(F)** Parte I: linha a) câncer de cólon; linha b) infecção generalizada; Parte II: caquexia

(V) – **(F)** Parte I: linha a) doença de Chagas; linha b) abdome agudo; linha c) obstrução intestinal; linha d) choque séptico.

(V) – (F) Parte I: linha a) choque séptico; linha b) peritonite aguda; linha c) volvo de sigmoide; linha d) megacólon chagásico crônico; Parte II: cardiopatia chagásica.

(V) – **(F)** Parte I: linha a) câncer de cólon; linha b) abdome agudo; Parte II: obstrução intestinal.

6) Paciente, 83 anos, residente em área coberta pela Estratégia Saúde da Família, diabética, acamada, com Doença de Alzheimer há 8 anos e em tratamento domiciliar por pneumonia há 4 dias. Ao amanhecer do quinto dia, a família percebe importante dificuldade respiratória e chama o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que identifica Insuficiência Respiratória Aguda e decide remover a paciente para o Hospital Municipal. No caminho o quadro se agrava e ao chegar ao hospital ocorre parada respiratória com consequente óbito da paciente. Diante desta situação, o médico que deverá ser chamado inicialmente para fornecer o Atestado de Óbito: (12,5 pontos)

(V) – **(F)** SAMU.

(V) – **(F)** Plantão do Hospital Municipal.

(V) – **(F)** Instituto Médico Legal.

(V) – (F) Estratégia de Saúde da Família.

(V) – **(F)** Neurologia.

7) A declaração de óbito pode ser preenchida como morte de causa indeterminada pelo médico: (12,5 pontos)

(V) – **(F)** que acompanhava o paciente.

(V) – **(F)** da Unidade Básica de Saúde mais próxima.

(V) – (F) legista ou patologista, mediante necropsia.

(V) – **(F)** do SAMU que primeiro socorreu o paciente.

(V) – **(F)** do pronto atendimento, onde o paciente deu entrada.

8) Jovem do sexo masculino, 30 anos, foi atropelado na via pública por um ônibus, sofrendo trauma cranioencefálico, com hematoma extradural. Foi socorrido, submetido a craniotomia, com drenagem do hematoma. Recuperou-se do coma, porém ficou internado por 2 meses, contraindo broncopneumonia, fez sepse e veio a óbito. Neste caso a declaração de óbito deverá ser emitida: (12,5 pontos)

(V) – **(F)** por médico do SVO, pois o evento final foi de causa natural.

(V) – **(F)** pelo médico-plantonista do hospital no momento do óbito.

(V) – **(F)** pelo neurocirurgião que operou o paciente.

(V) – **(F)** pelo médico plantonista que prestou o primeiro atendimento pós acidente.

(V) – (F) por médico do IML, pelo nexo-causal entre o acidente e a causa do óbito.

Apêndice 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Na passagem da vida para a morte: o estudante de Medicina diante do diagnóstico de morte e da declaração de óbito.

Convidamos você e os demais alunos de medicina do sexto ano da Universidade Federal de Campina Grande para participar do estudo citado acima. Este documento contém importantes informações acerca da pesquisa a ser realizada. Sua participação e consentimento são atestados pelo presente documento, não impondo, entretanto, obrigatoriedade em permanecer na pesquisa que pode ser a qualquer tempo abandonada por você, sem que isso lhe traga qualquer forma de prejuízo.

Eu,....., estudante do sexto ano do curso de medicina na Universidade Federal de Campina Grande, residente e domiciliado na, portador da cédula de identidade, RG....., e inscrito no CPF/MF..... nascido (a) em ___/___/___, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo “Avaliação do correto preenchimento da declaração de óbito pelo estudante do sexto ano do curso de medicina”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I. O estudo é necessário como forma de avaliação do preparo médico para lidar com o diagnóstico de morte e o preenchimento da Declaração de Óbito, quando se faz necessário domínio de aspectos técnicos e sua aplicação.
- II. O estudo permite questionamentos acerca da qualidade da informação médica oferecida na Declaração de Óbito, que influencia diretamente aspectos estatísticos e epidemiológicos nacionais, subestimando ou superestimando patologias ou situações, com conseqüente desvio ou má utilização de recursos.

- III. Serei beneficiado, direta e/ou indiretamente, com os resultados do estudo já que, a identificação de falhas ou equívocos médicos no diagnóstico de morte e preenchimento da Declaração de Óbito permitirão o emprego de novos esforços para melhorar a assistência médica e a destinação de recursos governamentais.
- IV. Não serei submetido a qualquer tipo de risco ou desconforto, seja ele físico ou psíquico, devido a minha participação na pesquisa.
- V. Sou livre para desistir ou interromper a minha participação neste estudo quando assim o desejar.
- VI. A desistência não acarretará prejuízos monetários, à minha saúde e ao meu bem-estar.
- VII. Os resultados obtidos no estudo podem ser divulgados, com o devido sigilo dos meus dados pessoais, em meios de divulgação de informações médicas, como publicações científicas.
- VIII. Será entregue a mim uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
- IX. Caso queira, terei acesso aos resultados deste estudo.
- () Gostaria de receber os resultados da pesquisa
- () Não gostaria de receber os resultados da pesquisa
- VIII. Caso me sinta lesado (a) ou prejudicado (a) devido a participação no presente estudo, poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos- CEP, do Hospital universitário Alcides Carneiro- HUAC, situado na Rua: Dr Carlos Chagas, s/n, São José, CEP: 58401-490, Campina Grande PB, Telefone: 2101-5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande-PB, ____ de _____ de 2017.

() Graduando do sexto ano do curso de medicina na UFCG

Testemunha 1: _____

Nome/ RG/ Telefone

Testemunha 2: _____

Nome/ RG/ Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Telefone, endereço eletrônico e endereço profissional para contato:

(83)- 9-8785-4178

edmundogaudencio@hotmail.com

Rua Dr Carlos Chagas, s/n, São José, CEP: 58401-490, Campina Grande-PB.

ANEXOS

Anexo 1 – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

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

Anexo 2 - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Pupilas fixas e arreativas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo de tosse ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Apnéia ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO EXAME

DATA:___/___/___ HORA:____:____

DATA:___/___/___ HORA:____:____

NOME DO MÉDICO:_____

NOME DO MÉDICO:_____

CRM:_____ FONE:_____

CRM:_____ FONE:_____

END.:_____

END.:_____

ASSINATURA: _____

ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intra-craniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio

6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de positrons 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo,

ereção peniana reflexa, arrepios, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO_2 de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O_2 de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO_2 atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).