Universidade Católica do Salvador
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Direito

BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA

DESIGUALDADES NO ALCANCE DA GARANTIA FUNDAMENTAL AO REGISTRO PÚBLICO DE ÓBITO EM SALVADOR-BA

SALVADOR

2025

BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA

DESIGUALDADES NO ALCANCE DA GARANTIA FUNDAMENTAL AO REGISTRO PÚBLICO DE ÓBITO EM SALVADOR-BA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho

SALVADOR

2025

Dados de Catalogação da Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

L732 Lima, Bruno Gil de Carvalho
Desigualdades no alcance da garantia fundamental ao registro público de óbito em Salvador-Ba / Bruno Gil de Carvalho Lima.– Salvador, 2025.
106 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho.

1. Declaração de Óbito 2. Instituto Médico-Legal 3. Serviço de Verificação de Óbito 4. Conselho de Fiscalização Profissional 5. Desigualdade
I. Carvalho, Alexandre Douglas Zaidan de – Orientador II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação III. Título.

CDU 342.7:351.755.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Bruno Gil de Carvalho Lima

"ALCANCE DA GARANTIA FUNDAMENTAL AO REGISTRO PÚBLICO DE ÓBITO EM SALVADOR-BA."

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre (a) em Direito da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 18 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora:

gov.br Documento assinado digitalmente
ALEXANDRE DOUGLAS ZAIDAN DE CARVALHO
Data: 19/02/2025 11:50:47-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Prof.(a)s. Dr.(a)s. Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho - UCSAL (orientador)

gov.br Documento assinado digitalmente
TAGORE TRAJANO DE ALMEIDA SILVA
Data: 20/02/2025 16:44:04-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Prof.(a) Dr.(a) Tagore Trajano de Almeida Silva - UCSAL (examinador interno)

gov.br Documento assinado digitalmente
GUSTAVO MENON
Data: 19/02/2025 20:21:51-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Prof.(a) Dr.(a) Gustavo Menon – UCB (examinador externo)

Para Maria Clara e Letícia, dedico esta dissertação, que continuará não sendo uma das minhas produções mais relevantes na Plataforma Lattes, condição irremediavelmente restrita às minhas filhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. **Douglas Zaidan**, que tão prontamente aceitou me acompanhar nessa senda, e de forma tão lúcida identificou com precocidade o melhor autor para debater sobre o tema, brindando-me com uma oportunidade ímpar de me aproximar do universo luhmanniano;

Obrigado ao Prof. **Tagore Trajano**, que tanto se esforça para que o PPGD da UCSAL deixe uma marca própria no cenário educacional jurídico baiano, e que apontou os caminhos para reestruturar a dissertação como só um orientador faria;

Sou muito grato aos professores **Jadson Correia de Oliveira** e **Márcio Pereira Dias**, cujas disciplinas tanto contribuíram para minha formação, cumprindo o objetivo deste segundo mestrado;

Foi um privilégio contar com as sugestões de melhoria do Prof. **Gustavo Menon**, cuja leitura atenta apontou tantas camadas de aprimoramento no texto, permitindo-me chegar a este resultado;

Agradeço aos médicos legistas Dr. **Mário César Lopes Pontes Câmara** e Dr. **Emerentino Elton Sousa de Araújo**, meus dirigentes no IML Nina Rodrigues quando da implementação do projeto de intervenção que tem nesta dissertação um de seus frutos tardios;

Por fim, mas não menos importante, meu muito obrigado ao Prof. **Luiz Fernando Quintanilha de Mesquita** e aos meus alunos da então Medicina FTC, pelas adaptações de horários que me franquearam participar das aulas do PPGD-UCSAL!

Quem desiste da derrota não é digno da vitória.
Ulysses Guimarães

LIMA, Bruno Gil de Carvalho. **Desigualdades no Alcance da Garantia Fundamental ao Registro Público de Óbito em Salvador - Ba.** 101f. 2025. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Direito. Mestrado em Direito, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2025.

RESUMO

A declaração de óbito é um documento médico de natureza sanitária, epidemiológica e estatística com grande rebatimento na esfera jurídica. Demarcando a extinção da personalidade jurídica, ela dá início a uma sequência de atos hospitalares e cartorários necessários ao sepultamento e a diversas providências vitais para os parentes do falecido. Atecnias na emissão da declaração de óbito podem distorcer o fluxo de cadáveres entre unidades de saúde, institutos médico-legais e serviços de verificação de óbitos, atrasando os rituais fúnebres e causando sofrimento aos familiares enlutados. Os objetivos do presente estudo foram verificar de que modo o nível socioeconômico interfere com o acesso das famílias à declaração de óbito em Salvador - BA e descrever a reação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia à intervenção promovida por um Instituto Médico-Legal sobre o fenômeno da remessa de cadáveres de morte natural para necropsia. Foram realizados um estudo qualitativo sobre um projeto de intervenção do IML de Salvador que provocou o CRM baiano a processar uma série de feitos administrativos motivados por remessa de cadáveres de morte natural ao IMLNR e um estudo quantitativo sobre a emissão de D.O.s por cada categoria de médico em Salvador, de 2013 a 2022, trabalhando a dualidade inclusão / exclusão. O Conselho Regional de Medicina desprezou a oportunidade de enfatizar atividades educativas no tratamento das denúncias motivadas pela remessa de cadáveres de morte natural ao IML e priorizou a padronização dos julgados em detrimento da fundamentação adequada das decisões. A vertente quantitativa do estudo produziu achados congruentes com os da parte qualitativa (estudo de caso), visto que a exclusão de parte dos usuários do sistema de saúde por critérios de nível socioeconômico, motivando a remessa indevida de corpos de morte natural para o IML e transferindo do setor saúde para o setor segurança pública uma demanda imprópria coaduna-se com a abordagem diferenciada que o CRM-BA aplicou às denúncias sobre tal problema. Concluiu-se que o desbalanço entre incluídos, que podem ter seus óbitos declarados conforme rotinas dos serviços de saúde, e excluídos, que veem suas demandas sendo equivocadamente destinadas à esfera da Segurança Pública, constitui uma restrição inaceitável do alcance da garantia fundamental ao registro público do falecimento, apontando uma iniquidade que só se intensifica, considerando o estado emocional e a vulnerabilidade social das pessoas que são acometidas por ele.

Palavras-chave: declaração de óbito. instituto médico-legal. serviço de verificação de óbito. conselho de fiscalização profissional. desigualdade.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho. **Inequalities in Access to the Fundamental Guarantee of Public Death Registration in Salvador, BA.**101f. 2025. **Master's Thesis** – Graduate Program in Law, Master's in Law, Catholic University of Salvador, Salvador, 2025.

ABSTRACT

The death certificate is a medical document of a health, epidemiological and statistical nature with great repercussions in the legal sphere. By demarcating the termination of legal personality, it initiates a sequence of hospital and registry acts necessary for burial and various vital provisions for the relatives of the deceased person. Technical errors in issuing the death certificate can distort the flow of corpses between health units, forensic institutes and death verification services, delaying funeral rituals and causing suffering to grieving family members. The objectives of this study were to verify how socioeconomic level interferes with families' access to death certificates in Salvador-BA and to describe the reaction of the Regional Medical Board of the State of Bahia to the intervention promoted by a Forensic Institute regarding the phenomenon of sending natural-death corpses for autopsy. A qualitative study was conducted on an intervention project by the Salvador Morgue that led the Bahian Medical Board to process a series of administrative cases motivated by the sending of natural-death corpses to the medicolegal institute, and a quantitative study on the issuance of death certificates by each category of physician in Salvador, from 2013 to 2022, working on the inclusion/exclusion duality. The Regional Medical Board disregarded the opportunity to emphasize educational activities in the treatment of complaints motivated by the sending of natural-death corpses to the morgue and prioritized the standardization of judgments to the detriment of adequate justification for decisions. The quantitative aspect of the study produced findings that are consistent with those of the qualitative part (case study), since the exclusion of some users from the health system based on socioeconomic criteria, leading to the improper sending of bodies of natural death to the medicolegal institute and transferring an inappropriate demand from the health sector to the public security sector, is consistent with the differentiated approach that the medical board applied to reports of this problem. It was concluded that the imbalance between those included, who can have their deaths declared according to the routines of the health services, and those excluded, who see their demands being mistakenly assigned to the sphere of Public Security, constitutes an unacceptable restriction on the scope of the fundamental guarantee of public registration of deaths, indicating an inequity that only intensifies, considering the emotional state and social vulnerability of the people affected by it.

Keywords: death certificate. forensic medical institute. death verification service. professional oversight board. inequality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de declarações de óbito emitidas por Serviços de Verificação de Óbitos nas Regiões brasileiras, 2015-2019.....100
Tabela 2 – Repasses do incentivo financeiro para custeio dos Serviços de Verificação de Óbito habilitados na Rede Nacional de Verificação de Óbito da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, segundo Região brasileira, 2015-2019.....100
Tabela 3 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos com menos que oito anos de estudo em Salvador - BA, 2013-2022.....101
Tabela 4 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos com oito ou mais anos de estudo em Salvador - BA, 2013-2022.....101
Tabela 5 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos com menos que oito anos de estudo em Salvador - BA, 2013-2022.....102
Tabela 6 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos com oito ou mais anos de estudo em Salvador - BA, 2013-2022.....102
Tabela 7 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos pretos e pardos em Salvador - BA, 2013-2022.....103
Tabela 8 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos brancos em Salvador -BA, 2013-2022.....103
Tabela 9 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos pretos e pardos em Salvador - BA, 2013-2022.....104
Tabela 10 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos brancos em Salvador-BA, 2013-2022.....104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Normas sobre Serviços de Verificação de Óbitos, Brasil.....95
Quadro 2 – Análise sistemática das normas sobre Serviços de Verificação de Óbitos.....96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – assistência pré-hospitalar

CDC – *Center for Diseases Control and Prevention*

CEM – Código de Ética Médica

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGIAE – Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CPEP – Código de Processo Ético-Profissional

CREMEB – Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

CREMEPA – Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará

CREMESE – Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe

CRM – Conselho Regional de Medicina

DAENT – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

D.O. – Declaração de Óbito

DPT – Departamento de Polícia Técnica

FTP – *file transfer protocol*

GM – Gabinete do Ministro

IML – Instituto Médico-Legal

IMLNR – Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

ODS 2030 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030

PEP – processo ético-profissional

RNSVO – Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da *Causa Mortis*

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS-CoV-2 – coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SSP – Secretaria da Segurança Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO – Serviço de Verificação de Óbitos

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TAC – termo de ajustamento de conduta

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federação

UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento 24h

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....16
2 PROFISSIONAIS E INSTITUIÇÕES DECLARANTES DE ÓBITO.....22
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DAS NORMAS SOBRE SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.....29
2.1.1 Constituição Federal.....33
2.1.1.1 Direitos e garantias fundamentais incidentes.....35
2.1.2 Lei nº 8.080, de 1990.....36
2.1.3 Portarias do Ministério da Saúde.....37
2.1.4 Situação pretendida e alcançada.....37
2.2 CUSTEIO E PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS.....39
2.2.1 Repasses de incentivos *versus* produção de exames.....40
2.2.2 Custo dos direitos e garantias fundamentais.....41
3 ESTUDO DE CASO: A INTERVENÇÃO NO IML DE SALVADOR E A REAÇÃO DO CONSELHO DE MEDICINA.....47
3.1 PROCEDIMENTO DO ESTUDO DE CASO.....48
3.2 LEVANTAMENTO.....50
3.3 CONDIÇÕES DE UM CONSELHO DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL.....52
3.4 CONTEÚDO DAS PEÇAS DECISÓRIAS.....55
3.4.1 Falácia da desídia dos gestores públicos.....55
3.4.2 Relativização do conhecimento obrigatório da norma.....57
3.4.3 Circunstâncias do paciente falecido.....57
3.4.4 Fundamentação das Decisões.....59
3.4.5 Solução da Lide ou Ênfase na Padronização.....60
3.4.6 A instauração de PEP contra o legista: assimetria.....61
4 ESTUDO QUANTITATIVO DOS EMISSORES DE D.O. SEGUNDO ESCOLARIDADE E COR DA PELE.....63
4.1 CONTEXTO.....63
4.2 MÉTODO.....63
4.3 RESULTADOS.....64
4.4 DISCUSSÃO.....65
4.5 NOTAS CONCLUSIVAS.....66

5 A FORMA INCLUSÃO / EXCLUSÃO DA TEORIA DOS SISTEMAS SOCIAIS DE NIKLAS LUHMANN E A EMISSÃO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO.....68
5.1 PROPOSTA DE COMPREENSÃO DO ACESSO À D.O. NUMA PERSPECTIVA SISTÊMICA.....71
5.2 A FORMA INCLUSÃO / EXCLUSÃO E O PRIMADO DA DIFERENCIAÇÃO FUNCIONAL.....73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....82
REFERÊNCIAS.....85
ANEXOS.....94

1 INTRODUÇÃO

Os rituais fúnebres são um dos marcadores da civilização. Considera-se que a humanidade deu um passo importante na sua diferenciação das outras espécies animais ao introduzir cuidados específicos com seus cadáveres e ritos de despedida que demonstram laços afetivos e compromissos com o semelhante falecido e uma perspectiva de vida em outra dimensão, transcendente. A complexidade crescente das sociedades humanas fez surgirem relações de parentesco, afinidade, direitos e obrigações por pertença a um clã ou tribo, bem como preocupações com sucessão patrimonial, que inserem procedimentos ao redor do evento morte.

Se houve um tempo em que o corpo inerte de um membro do bando era simplesmente deixado para trás, a espécie humana percorreu uma senda que foi impondo tarefas diante do óbito de um indivíduo. Tais tarefas demandam custos com transporte, urna funerária ou caixão, local e estrutura para velório, algum tipo de ofício religioso presidido por alguém que seja considerado uma liderança na área ou legitimado para “encomendar o defunto” (exéquias), ornamentação, recepção de convidados (o que, em alguns cenários, pode incluir até alimentação), sepultamento propriamente dito (inumação ou colocação em uma carneira) ou cremação, taxas de manutenção de sepulcros, estipêndios para exumação após três anos, invólucro para ossadas, aluguel ou compra de ossuários, campas ou mausoléus, e até mesmo com a somatoconservação.

Para além dessas questões concretas relacionadas com a destinação física do cadáver imediatamente após a morte e nos anos que sucedem o óbito, quando se devem processar os fenômenos cadavéricos até a esqueletização, a sociedade conformou um sistema de registro e validação jurídicos do morrer, para dar segurança e previsibilidade a diversas ocorrências pessoais e patrimoniais mais abstratas que decorrem do óbito. Também as providências jurídicas a serem tomadas após a morte podem embutir gastos financeiros e esforços ligados a petições e requerimentos, portanto.

É razoável supor que, assim como acontece com outros direitos e necessidades, o poder aquisitivo ou o nível socioeconômico também interfira com o acesso das famílias aos serviços e procedimentos que gravitam ao redor da morte humana. Se assim for, iniquidades relacionadas com a declaração de óbito (D.O.) pelos médicos, o registro civil dos óbitos pelos cartórios e os serviços fúnebres por

funerárias, cemitérios e crematórios podem prejudicar a dignidade humana das pessoas menos abastadas, acrescentando uma camada de sofrimento a um evento que já é triste por si mesmo.

A hipótese de estudo da presente dissertação é que se verificam desigualdades de acesso ao registro civil de óbitos determinadas pelo nível socioeconômico do falecido, motivando um excesso de encaminhamento de corpos de morte natural para o instituto médico-legal entre pessoas negras e de baixa escolaridade, por negativa da emissão da D.O. por médicos assistentes, substitutos e/ou o Serviço de Verificação de Óbito.

O objetivo geral do estudo foi verificar de que modo o nível socioeconômico interfere com o acesso das famílias à declaração de óbito em Salvador - BA. Secundariamente, pretendeu-se descrever a reação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia à intervenção promovida por um Instituto Médico-Legal sobre o fenômeno da remessa de cadáveres de morte natural para necropsia.

Destaca-se o perigo de inobservância de princípios[1] do Registro Civil de Pessoas Naturais. A Publicidade das mortes de certas pessoas pode ser desproporcionalmente maior que a de outras, e a Imparcialidade e Impessoalidade ficam, em tese, prejudicadas, se o sistema registral demonstrar preferências por critérios de poder aquisitivo.

---

[1]Princípio da Publicidade: os fatos, situações e relações jurídicas sujeitos a registro possuem eficácia *erga omnes*, com “ficção de conhecimento geral”.
Princípios da Fé Pública e Autenticidade dos Assentamentos: em decorrência da fé pública do registrador, seus atos atestam, com presunção relativa de veracidade, o conteúdo dos assentamentos.
Princípio da Conservação: consiste no dever do cartorário de zelar pela integridade documentos públicos pertinentes à sua função. Assim, seus arquivos são perpétuos, pois os Livros e demais documentos permanecem indefinidamente na serventia, mesmo após a extinção da delegação.
Princípio da Retificação: uma vez que a presunção de veracidade é *iuris tantum*, admite prova em contrário. Caso o assentamento não seja verdadeiro, pode o interessado requerer sua correção ou mesmo anulação, mediante comprovação.
Princípios da Imparcialidade e da Impessoalidade: decorrem do caráter público da função notarial/registral, e garantem a segurança jurídica aos interessados na atividade, bem como a toda a sociedade.
Princípio da Rogação ou da Instância: em regra, a prática de atos próprios do registrador é realizada após requerimento ou ordem judicial. Em exceção, as anotações são lavradas de ofício.
Princípio da Legalidade: a atividade deve se dar no estrito cumprimento das disposições legais para a prática dos atos próprios ao RCPN. Em decorrência, cabe ao Judiciário a fiscalização da atividade.
Princípio da Qualificação: corolário da legalidade, implica no poder-dever do registrador de analisar os documentos a ele apresentados, a fim de verificar a sua legalidade, antes de qualquer ato.
Princípio da Eficácia Pré-Determinada: corolário da legalidade, significa que a eficácia de qualquer ato registral é definida por lei prévia, que lhe atribui natureza declaratória ou constitutiva.
Princípio da Independência: não obstante a legalidade e a fiscalização, o registrador goza de autonomia em sua atuação, já que exercida em caráter privado, na forma do art. 236, *caput*, da CF.

Mesmo entre os princípios especificamente registrais[2], vislumbra-se prejuízo ou potencial desatendimento. Como os atos registrais devem ser encadeados, o princípio da Continuidade ou do Trato Sucessivo pode ser inobservado pelo acúmulo de atos pendentes. Ou seja, uma família sem recursos que não pôde providenciar um registro tenderá a ficar prejudicada, no futuro, para alcançar o registro de outro ato que guardasse alguma relação de causa e consequência com o anterior, conduzindo a um empilhamento de pendências e incompletudes registrais. A desvantagem social se aplicaria sobretudo àqueles princípios relacionados aos direitos dos interessados. O princípio do Direito ao Registro e à Certidão e o princípio da Gratuidade buscam garantir franco acesso a todos os cidadãos, o que pode ser obstado por gargalos de classe social.

Emerge, portanto, como objeto de estudo, a possibilidade de se exigir, administrativa ou judicialmente, que o médico chame a si a responsabilidade de emitir a declaração de óbito, inclusive mediante ações fiscalizatórias típicas dos Conselhos Regionais de Medicina.

Os resultados dos exames dessas situações são apresentados nesta dissertação, dividida em cinco capítulos. Na Introdução, busca-se trazer conceitos jurídicos e ponderações acerca do tema que fundamenta a pesquisa, revelando a importância do direito ao registro do óbito para a família e a sociedade, refletindo sobre o tema perquirido e o problema que fundamenta a pesquisa. Ressalta-se a importância social e jurídica de discutir a respeito do tema proposto, os principais objetivos e a contribuição para a sociedade. Apresenta-se, também, a metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa.

No segundo capítulo, discute-se a questão do registro civil de mortes, as instituições e profissionais responsáveis pelos atos sanitários, jurídicos e cartorários, bem como sua contextualização com as normas ético-profissionais incidentes sobre a matéria.

---

[2] Princípio da Territorialidade: diferentemente de outros tipos de cartórios, a atividade registral é circunscrita a território definido em lei. Em decorrência, é dever das pessoas buscarem o registro competente, conforme a natureza e o local do fato a ser registrado.
Princípio da Continuidade ou do Trato Sucessivo: veda-se a prática de qualquer registral sem que exista um registro anterior. Também exige que cada novo ato faça referências originárias, derivadas ou sucessivas do ato antecedente. Assim, os registros devem ser encadeados nos livros, em que cada novo lançamento deve ser justaposto ao lançamento anterior.
Princípio da inscrição obrigatória: existem fatos cuja eficácia é restringida caso não haja registro. Essa restrição influencia na segurança jurídica e na oponibilidade do fato.
Princípio da Imutabilidade do nome: o nome, direito da personalidade, individualiza a pessoa, sendo em regra imutável por imperativo de ordem pública e segurança jurídica.

Descreve-se a situação dos atores institucionais envolvidos na emissão da declaração de óbito em Salvador. Pretende-se expor as dificuldades e obstáculos que os cidadãos enfrentam ao perder um familiar, para definição de a qual médico compete preencher o formulário do Ministério da Saúde e iniciar os atos jurídicos que conduzem ao registro civil da morte e ao sepultamento ou cremação do cadáver. O mesmo capítulo ainda traz um esforço de sistematização das normas infralegais sobre os SVOs, órgãos das secretarias de saúde que deveriam assumir parte da demanda tradicionalmente assumida pelos IMLs. Ali se reúnem as portarias do MS que já embutem restrições capazes de manter o fluxo indevido de corpos de morte natural para as Secretarias de Segurança Pública (SSP). Por fim, discorre-se sobre o custeio e a produção dos Serviços de Verificação de Óbitos no Brasil, tensionando a questão do custo e do subfinanciamento dos direitos.

O terceiro capítulo descreve um estudo qualitativo sobre um projeto de intervenção do IML de Salvador que provocou o CRM baiano a processar uma série de feitos administrativos motivados por remessa de cadáveres de morte natural ao IMLNR.

O quarto capítulo traz um estudo quantitativo sobre a emissão de D.O.s por cada categoria de médico em Salvador, de 2013 a 2022, trabalhando a dualidade inclusão / exclusão.

O quinto capítulo amplia os achados do terceiro e quarto pela perspectiva da teoria de base escolhida.

Este trabalho se debruça sobre a possibilidade de construção de uma discussão mais ampla sobre o tema, que ultrapasse a mera contenda topográfica sobre a remessa de cadáveres para IMLs ou SVOs. Nessa perspectiva, propõe substituir uma abordagem centrada em disputas entre duas instituições médicas sobre quem deve assumir a prestação de serviços necroscópicos e endereçar a responsabilidade de cada médico e unidade de saúde para suprir as necessidades dos cidadãos quanto ao primeiro documento da sequência de atos registrais da morte, sem descuidar da correta alimentação dos sistemas de informação em saúde pública.

O que poderia, à primeira vista, parecer uma questão administrativa, de como gerir a distribuição de atos profissionais entre subgrupos de uma categoria profissional (os médicos) e definir a natureza e a complexidade das unidades de saúde dedicadas à emissão de declarações de óbito, tem reconhecida a sua condição de objeto de pesquisa eminentemente jurídico, por conta da criação, modificação e extinção de

direitos operadas pelo fato morte, pela aparente desigualdade social que dificulta o acesso a direitos legalmente garantidos e pela disponibilidade de recursos jurídicos para a Administração Pública resguardar as prerrogativas dos cidadãos.

No que concerne à metodologia, trata-se de um estudo quali-quantitativo que empregou método misto. Pela vertente qualitativa, foi realizado um estudo de caso explanatório. Pela quantitativa, elegeu-se o desenho transversal (ou *survey*). A pretensão foi construir uma inferência plural, visto que o problema de pesquisa exige, além de interpretações e explicações, também a presença de generalizações e de relações causais[3].

Retirou-se a ênfase da diferenciação entre as tradições de pesquisa qualitativa e quantitativa, sobrelevando a possibilidade de integração entre elas[4]. Por um lado, o caso estudado circunscreveu-se a um projeto de intervenção levado a cabo pelo Instituto Médico-Legal de Salvador e à reação do Conselho Regional de Medicina ao ser provocado pelo IML, ocorrência flagrantemente singular[5], que convida a uma abordagem *small-n*. Por outro, estão disponíveis estatísticas de saúde sobre todo o município de Salvador antes e depois da altercação IML-CRM, possibilitando esquadrinhar relações causais mais gerais e reconhecer padrões a partir de inferências *large-n*[6].

---

[3] Quando os problemas de pesquisa, por sua natureza e complexidade, exigirem, além de interpretações e de explicações, também a presença de generalizações e de relações causais, será possível utilizar os chamados métodos mistos (também referidos na literatura brasileira com a expressão quali-quanti), nos quais se observa a construção de uma inferência plural, reunindo o melhor dos dois mundos. (Gomes-Neto.; Albuquerque; Silva, 2024, p. 28).

[4] Cientistas políticos que trabalham com as questões de metodologia buscam compreender as condições epistêmicas que “tornam possível a integração ou a diferenciação” entre as duas tradições. Neste contexto, o problema da conexão entre estes desenhos de pesquisa, e seus impactos sobre a viabilidade e qualidade inferencial emerge como preocupação decisiva. (Rezende, 2014, p. 44).

[5] A segunda dimensão considerada decisiva para demarcar os domínios entre os métodos quantitativos e qualitativos reside na singularidade dos fenômenos políticos. O problema da singularidade está associado à noção de que, em um amplo espectro de condições, as leis e regularidades causais na ciência política são consideradas irrelevantes ou triviais. Os fenômenos políticos são altamente contingentes ao contexto, a agência, e, randomização pela história, carregados, portanto, de endogeneidade. Nestas condições, desenhos qualitativos de pesquisa comparada com emprego intensivo de casos partindo da pressuposição da variabilidade na conexão entre as causas e os efeitos estudados pelos modelos e teorias se mostra mais frutífero para gerar inferências (Rohlfing 2012). REZENDE, F. C.. Fronteiras de integração entre Métodos Quantitativos e Qualitativos na Ciência Política Comparada. Teoria e Sociedade, v. 22, n. 2, jul./dez. 2014, p. 54.

[6] Um deles está na clara concepção integrativa tripartite para o “disciplinamento da ciência política conquanto ciência” sugerido por Laitin (2002), o qual fornece uma concepção de cientificidade que envolve o uso combinado de modelos formais, análises estatísticas e pesquisa qualitativa para a geração de qualidade inferencial. A noção de integração também está clara na formulação de “nested analysis” (...), onde o emprego simultâneo de estratégias large e small-n (...) aparece como fator decisivo para a qualidade das inferências causais. (Rezende, 2014, p. 61).

Fixadas tais premissas básicas, o presente estudo irá abordar como elemento teórico a tipologia inclusão / exclusão da teoria dos sistemas sociais[7], a qual sugere que a exclusão social é um processo involuntário que impede a participação de indivíduos e grupos em processos sociais, econômicos e políticos, podendo ser decorrente de desemprego, pobreza, estigmatização social, isolamento, ruptura, ausência de redes de suporte, entre outros. Percebe-se, portanto, a aderência do estudo à Linha de Pesquisa 2 do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Católica do Salvador, pois a aplicabilidade efetiva dos achados é plenamente factível, na forma de facilitação do acesso ao registro de óbito a curto prazo[8].

Propõe-se, então, uma nova visão a respeito da responsabilidade médica pela declaração de óbito, que assegure a dignidade dos parentes enlutados enquanto se incumbem de cumprir os procedimentos registrais e fúnebres consequentes à perda do familiar falecido.

---

[7] Diante da persistência da desigualdade social, Luhmann introduziu a forma inclusão/exclusão a fim de tentar captar a dinâmica das possibilidades de acesso à comunicação funcionalmente diferenciada sem ter de recorrer às tradicionais estruturas de classe, argumentando pela impossibilidade de que a inclusão em um determinado sistema autopoiético ou a exclusão dele implique, em termos causais, uma reação em cadeia. Essa reação é, para Luhmann, uma possibilidade, mas não uma necessidade. Nas tradicionais pesquisas sobre desigualdade social, tal reação em cadeia é apresentada como fator inerente à estrutura social. É justamente contra este imobilismo que Luhmann apresenta a forma inclusão/exclusão. Não obstante: embora a forma inclusão/exclusão tenha sido desenvolvida em oposição às tradicionais pesquisas de desigualdade social, sua formulação se reporta ao desafio que a desigualdade social representa para a teoria de sistemas, pois uma ordenação congruente da desigualdade social comprometeria justamente o primado da diferenciação funcional, pedra angular da teoria. (Bachur, 2012, p. 55-83).

[8] Políticas Públicas e Efetivação de Direitos Fundamentais – Estuda a efetivação dos direitos fundamentais a partir da compreensão e articulação das formas de promoção social e desenvolvimento humano, no âmbito das políticas públicas que se estabelecem na sociedade brasileira. Entende-se que a produção de conhecimento pela comunidade acadêmica deve apresentar aplicabilidade social efetiva. O estudo da efetividade dos direitos fundamentais, proposto por esta linha de pesquisa, estimula os estudantes na promoção de práticas jurídicas que colaborem com a implementação desses direitos – previstos na Constituição Federal. Além disso, permite a compreensão dos alicerces das diversas searas jurídicas, que, embora dotadas de particularidades, são bem articuladas na proposta da área de concentração, garantindo harmonia entre as duas linhas e entre seus pesquisadores.

2 PROFISSIONAIS E INSTITUIÇÕES DECLARANTES DE ÓBITO

O registro civil de mortes é um procedimento cartorário fundamental para o reconhecimento social da extinção da personalidade jurídica. Os atos que antecedem e sucedem imediatamente o registro do óbito processam a mediação entre o setor da saúde (que constata o óbito biologicamente), o Poder Judiciário (que confere validade jurídica e fé pública ao evento morte) e muitas instituições sociais (que dependem do conhecimento seguro do fim daquela vida humana para reagirem em conformidade). A matéria vem sendo regulada pelo Direito desde a tradição jurídica romana, que incluía até a morte civil do indivíduo biologicamente vivo (Oliveira, 2020), enquanto hoje se discute se o *de cujus* pode ser titular de direitos de personalidade, como a honra (Menezes & Chacon, 2020).

Diversas providências precisam ser tomadas para possibilitar os rituais fúnebres, a destinação do cadáver, a alteração de estado civil do cônjuge, o cuidado aos filhos menores, a sucessão patrimonial, gerando, modificando e extinguindo direitos nas ordens previdenciária, securitária, de família, trabalhista, empresarial... Como fato jurídico, a morte de uma pessoa alcança um sem-número de consequências, com amplo poder de alteração do *status* dos parentes, empregadores, empregados, sócios, credores, devedores e contratantes em geral do falecido.

Para que toda essa engrenagem social, jurídica e econômica opere, um passo decisivo é a emissão de uma declaração de óbito (D.O.), documento sanitário produzido pelo Ministério da Saúde e emitido por um médico. A única exigência normativa e deontológica é que o referido profissional tenha constatado o óbito presencialmente, ainda que não tenha sido o responsável pela assistência ao falecido ou que tenha tido a oportunidade de examinar apenas o corpo morto, seja de forma aprofundada e interna ou de forma mais aligeirada e externa. De forma coerente com a importância estratégica do registro civil do óbito para a sociedade, como um todo, e para as pessoas próximas do morto, em particular, e considerando que o óbito pode chegar inclusive em momentos de restrição orçamentária, ou para pessoas que nunca tiveram estofo patrimonial para fazer frente às despesas, a Constituição Federal alçou a certidão de óbito à condição de direito fundamental gratuito, na alínea b do inciso LXXVI do artigo 5º. Da mesma maneira, o Ministério da Saúde faz constar no formulário da D.O., de forma diagonal em marca d'água (em caixa alta) a expressão "DISTRIBUIÇÃO GRATUITA". As duas providências indicam que a sociedade

brasileira deseja facilitar o acesso ao registro civil dos óbitos, ainda mais considerando a fragilidade sentimental dos parentes próximos diante da perda do ente querido.

Em contraste com o ordenamento jurídico brasileiro e com a disposição, ao menos teórica, das suas instituições sociais, percebe-se que alguns cidadãos enfrentam obstáculos ao pleno alcance do direito ao registro de óbito. Quando o Supremo Tribunal Federal precisa debruçar-se sobre o custo dos sepultamentos na maior metrópole da América Latina e a natureza pública estatal dos serviços funerários ou a possibilidade de concedê-los à iniciativa privada (Bond, 2024), significa que gargalos ameaçam a garantia do artigo 5º. Pululam notícias sobre a existência de máfias de funerárias extorquindo e apelando para violência a fim de concentrar o mercado em diversos municípios brasileiros, angariando clientela de forma espúria, intervindo no domínio econômico de forma a tisnar a livre concorrência e a livre iniciativa, prestando serviços deficientes às famílias enlutadas, fazendo-se passar por órgãos públicos para remover corpos e cobrar taxas, corrompendo funcionários públicos de hospitais e quebrando o sigilo médico dos pacientes (TVBV, 2024; Mídianews, 2023; Carone, 2018; PCDF, 2017). Se em tantas regiões brasileiras distantes o fenômeno acontece de forma sustentada no tempo, evidencia-se a fragilidade do direito ao registro de óbito no país.

A Bahia não destoa do cenário nacional. A falta de qualidade dos serviços funerários no estado vai desde o conteúdo das urnas (chamadas de caixões pelos leigos) (Correio, 2024) até dificuldades com documentação para liberação dos cadáveres pelo Departamento de Polícia Técnica (DPT) ou difícil acesso a auxílio-funeral (G1, 2018), chegando a pagamentos em duplicidade por prefeituras e famílias pelo mesmo sepultamento (97NEWS, 2017).

A recente irrupção da crise sanitária da COVID-19 agudizou o conflito entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Secretaria da Segurança Pública do Estado da Bahia a respeito da competência para emissão da declaração de óbito de cidadãos de baixo poder aquisitivo e com dificuldades de acesso à saúde (Lima, Medeiros & Lima, 2018). O volume de sepultamentos fez escassearem as urnas funerárias (TV Bahia, 2021). Indivíduos falecidos em domicílio ou que procuraram assistência de urgência e emergência, mas evoluíram para o óbito antes que a unidade de saúde pudesse elaborar uma suspeita diagnóstica ou efetuar a investigação clínica, avultaram a discordância entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 e o Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues (IMLNR) sobre

qual dessas instituições deveria declarar o óbito. As limitações de biossegurança para realização de exames necroscópicos restringiram as necropsias à ectoscopia, coleta de fluidos biológicos por punções e imagens radiológicas e de projéteis de arma de fogo em planos superficiais, e o Instituto Médico-Legal passou a triar as guias de requisição de exame necroscópico, deixando de remover cadáveres que não tivessem fundada suspeita ou certeza de *causa mortis* violenta (IMLNR / DI, 2020). O SAMU 192 precisou aumentar a emissão de declarações de óbito no período (SMS, 2020; SESAB, 2020; CNJ & MS, 2020). Os obstáculos ao fornecimento de D.O.s por unidades de saúde, serviços pré-hospitalares e pelo Departamento de Polícia Técnica podem ter se distribuído de forma iníqua entre os estratos sociais, em mais uma situação de inobservância ao *caput* e incisos I e LXXVI, b do artigo 5º da Constituição Federal.

Apesar de estar estruturado nos moldes atuais desde 1979 e contar com o mesmo documento como fonte de informação padronizada nacionalmente (a D.O.), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) ainda enfrenta problemas sérios. A incompletude do preenchimento dos formulários alcança até 20%, e cerca de 7% dos médicos ainda cometem o erro básico de atribuir a *causa mortis* a falência de múltiplos órgãos ou parada cardiorrespiratória, que é uma das primeiras lições sobre o que não se deve fazer numa D.O. no curso de graduação (Saito et al, 2020).

Outra distorção do sistema é que funcionários de funerárias se encarregam de entrevistar as famílias para coletar informações repassadas a profissionais de hospitais, os quais assumem o preenchimento de parte da D.O., cabendo ao médico apenas a causa da morte e a assinatura, numa terceirização (do médico para outro profissional da unidade de saúde) e até quarteirização (de pessoas do hospital para prepostos de funerárias) de ato privativo de médico segundo lei federal (nº 12.842/2013). Para piorar, os familiares enlutados não costumam ter informações estratégicas sobre o fluxo do cadáver e a burocracia envolvida, tornando frequente que a situação emocional diante da perda insira erros de respostas e necessidade de idas e vindas entre unidade de saúde e cartório, por vezes em outro município, com concentração de demanda em uma mesma unidade, se fora do horário administrativo, e com pouco preparo dos serventuários para lidar com pessoas entristecidas e sensibilizadas (Lima & Carrieri, 2020).

A pesquisa realizada pôde ser justificada pelo fato de tentar elucidar uma situação-problema relacionada ao acesso a um serviço médico que consubstancia

uma garantia fundamental. A análise dos dados preliminares coletados na bibliografia disponível, conforme parágrafos anteriores, já permitia vislumbrar que, em tal equação, pautada por uma forma de distribuição do trabalho médico fragmentada e instrumental, relativiza-se e/ou simplesmente sonega-se a prestação de um direito básico relacionado com a finitude da vida humana e com a cidadania da família enlutada.

Embora a Medicina e o Direito venham evoluindo historicamente seus conceitos de morte e a forma de determinação ou constatação da finitude da vida humana (Santos, 1997), é ponto pacífico no Brasil que compete aos profissionais médicos declarar que uma pessoa está morta. Conflitos de fronteira sobre que atos técnicos competem privativamente a médicos, enfermeiros, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde e quais podem ser desempenhados concorrentemente por alguns ou todos (Pereira, 2018) levaram à sanção da Lei nº 12.842/2013, que cuida de estabelecer, em seu artigo 4º, XIV, a atestação do óbito como ato médico privativo.

A Resolução nº 1.779/2005 do Conselho Federal de Medicina indica a que médico compete a emissão da declaração de óbito em cada situação. Para a maioria dos falecimentos, que são por *causa mortis* natural, e nos quais o indivíduo morto chegou a receber alguma assistência médica, o médico assistente será o responsável pelo fornecimento da D.O. (CFM, 2005). Se o médico assistente não estiver ao alcance, um médico substituto pode assumir o encargo, como um médico de guarda da enfermaria, um socorrista do SAMU 192, um plantonista de Unidade de Pronto-Atendimento 24h (UPA 24h) ou de hospital com setor de emergência, ou ainda um membro da mesma equipe assistencial que tem acesso ao prontuário (*e.g.* médico da Estratégia de Saúde da Família, de equipe de cuidados paliativos, de ambulatório, policlínica ou unidade básica de saúde).

Em tais casos, inclusive, nada obsta a que o profissional médico ignore o diagnóstico da doença que motivou o óbito, mas que ainda estava em investigação, aguardando exames de laboratório, imagem ou outros, ou ainda os resultados de um teste diagnóstico ou tratamento empírico. A solução é fazer constar na D.O. alguma expressão como *causa mortis* desconhecida ou ignorada (Ministério da Saúde, 2022; CREMEB, 2015).

Um equívoco muito comum é ligar o conceito de morte **com** ou **sem** assistência médica à presença de um profissional médico cuidando da pessoa <u>no momento</u> do

óbito, o que não se aplica. Não se trata de um conceito temporal. O que conta é se a doença que provocou a morte vinha recebendo assistência profissional, se um médico já estava coletando informações de história clínica, já tinha realizado algum exame físico, já tinha levantado uma suspeita diagnóstica e optado por solicitar exames complementares ou não. Uma entidade nosológica, portanto, que já era alvo da atenção de um médico, ainda que pendente de confirmação diagnóstica ou com diagnóstico provisório, quando conduz à morte do paciente, configura morte com assistência médica, pouco importando que nenhum médico estivesse à cabeceira do enfermo no momento final da vida.

Vê-se, pois, que a maioria das D.O.s devem ser emitidas por médicos assistentes e substitutos, pois as pessoas morrem exponencialmente mais de causas naturais que violentas, alcançando as causas externas 8,1% do total em 2021 (Ministério da Saúde /Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024). Além disso, a quase totalidade dos cidadãos brasileiros têm acesso a serviços de saúde, ainda que de forma precária, e quando falecem já tinham conseguido algum grau de assistência médica direcionada às suas queixas, excluindo-se dessa condição moradores de rua e outras pessoas socialmente invisibilizadas, que morrem sem testemunhas, em locais isolados (UNA-SUS, 2019). São esses que se definem como mortes naturais sem assistência médica, que devem ser destinados aos SVOs, conforme a Resolução CFM 1.779/2005.

Para os institutos médico-legais, devem ser conduzidos os corpos de mortes violentas (homicídios, suicídios e acidentes). O Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues é um órgão do Departamento de Polícia Técnica da Secretaria da Segurança Pública do Estado da Bahia incumbido de proceder aos exames de corpo de delito intrínsecos ao corpo humano, ou seja, seus peritos têm a competência para examinar pessoas e restos mortais humanos em casos de interesse criminal. Tal é a redação do Decreto 10.186/2006 (Bahia, 2006) do Governo da Bahia[9], no seu artigo 38.

---

[9] Art. 38 - Ao Instituto Médico-Legal “Nina Rodrigues” - IML, que tem por finalidade executar perícias visando a prova pericial criminal, no âmbito da medicina legal no Estado, compete:
I - realizar estudos, exames e pesquisas no campo da medicina legal, visando a prova pericial criminal;
II - desenvolver métodos e técnicas de trabalho que visem o aprimoramento de suas atividades;
III - manter intercâmbio técnico-científico-cultural com instituições congêneres, objetivando atualizar a perícia da medicina legal, em sua área de competência;
V - por meio da Coordenação de Perícias:
e) pela Coordenação de Tanatologia Forense:
1 - realizar exames necroscópicos em cadáveres de morte violenta ou suspeitas de violência, solicitados pelas autoridades competentes;

O *caput* e o inciso I não deixam margem para dúvida quanto à exclusividade das perícias criminais com o fito de produzir prova pericial criminal na qualidade de função social da instituição. Coerentemente, o item 1 da alínea e do inciso V restringe o escopo da Coordenação de Tanatologia Forense ao exame de cadáveres de morte violenta ou suspeita de violência.

Paradoxalmente, as estatísticas do órgão demonstram que parte substancial da demanda tanatológica do IMLNR é representada por cadáveres de morte natural, sobre os quais não paira sequer suspeição de que haja algum tipo de violência (homicídio, suicídio, acidente) envolvido no óbito da vítima. Este estado de coisas desrespeita outras normas brasileiras, para além do Decreto 10.186/2006 do Estado da Bahia. É que o artigo 77 da Lei Federal 6.015/1973 (Brasil, 1973) não pode ser cumprido sem atestação médica do óbito, já que ele impõe que nenhum sepultamento seja realizado sem certidão do oficial de registro, que por sua vez só pode ser extraída em vista da D.O.[10]

A impossibilidade de sepultamento ou cremação dos restos mortais de um familiar implica em que as pessoas, já fragilizadas pela perda do parente, sintam-se compelidas a gestos desmesurados para conseguir que um médico ateste o óbito. Como o Ministério da Saúde adotou, desde 1976, um modelo único nacional de declaração de óbito (D.O.) para o Brasil, o formulário de atestação médica da morte não é um problema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Para discernir a que médico compete emitir a D.O. segundo circunstâncias da morte e do município de ocorrência, o Conselho Federal de Medicina resolveu que competiria aos médicos legistas dos Institutos Médico-Legais (IMLs) apenas a atestação médica das mortes violentas ou suspeitas de violência, conforme Resolução CFM nº 1.779/2005[11].

---

2 - proceder à exumação de cadáveres, nos casos previstos em lei;
3 - realizar e/ou encaminhar exames complementares necessários à conclusão da perícia necroscópica;
4 - controlar e supervisionar a qualidade técnica dos laudos;
5 - controlar e supervisionar a recepção e a liberação de cadáveres encaminhados ao Instituto;
6 - supervisionar o processamento de atos necessários à liberação de cadáveres;
7 - proceder à revisão de laudos cadavéricos. (Bahia, 2006, s/p)

[10] Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

[11] Mortes violentas ou não naturais:
A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

As demais situações demandarão preenchimento da Declaração de Óbito por médicos não-legistas de outras unidades (de saúde), podendo ser o médico assistente, que já acompanhava o paciente por conta da doença que o acometia, um médico substituto (da mesma instituição de saúde, ou do serviço de internação domiciliar, ou da Estratégia de Saúde da Família) ou o médico do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Não há previsão legal de que os médicos legistas dos IMLs possam ser incumbidos de declarar o óbito em mortes naturais.

Não bastasse a evidente inobservância a normas federais e estadual quando o IMLNR é demandado a examinar cadáveres de morte não-violenta nem suspeita, sequer se justifica tal irregularidade pelos fins práticos que alcança. É que o Instituto não se tem provado um bom serviço de verificação de óbitos, quando atua em desvio de finalidade, consistindo tais exames aqueles em que o laudo cadavérico mais demora para ser liberado, mais exames complementares são solicitados (para retornar com resultados negativos inúteis para a elucidação da *causa mortis*) e nem por isso se alcançam diagnósticos mais acurados ou um preenchimento mais adequado da D.O. (Silva, 2009; Silva & Lima, 2011; Silva, 2013; Silva, Queiroz & Lima, 2013, Andrade, 2016). Ainda pior é o fato de que a missão efetivamente confiada aos médicos legistas sofre a concorrência dos exames de mortes não-violentas, drenando recursos humanos e materiais, de forma que também a elucidação de crimes e a produção da prova pericial médica para inquéritos policiais e processos penais é atrasada pela necessidade de atender a uma demanda alienígena.

A gênese do problema é a negativa, por parte dos médicos das unidades de saúde, de emitir a declaração de óbito sempre que o paciente faleceu em domicílio ou durante a remoção para o hospital, ou ainda quando o tempo da assistência médica prestada não foi suficiente para que a investigação diagnóstica chegasse a uma entidade nosológica específica (Rodrigues et al, 2011). Ocorre que quase ninguém morre na presença de um médico, e tal circunstância não tem o condão de qualificar o óbito como violento ou suspeito. Para fazê-lo, o médico da unidade de saúde teria que examinar o cadáver (ectoscopia) e constatar algum sinal objetivo que indicasse causa externa, como porta de entrada de instilação de veneno, sinal farmacológico de tóxico ou trauma em região anatômica vital. Não detectando tais sinais, ainda que não tivesse uma suspeita diagnóstica fundada para preencher a causa básica da morte da D.O., ele deveria consigná-la como ignorada, e não sonegar a declaração de óbito aos familiares (Alves & Matias, 2023; Ministério da Saúde, 2022; CFM, 2005).

Do ponto de vista social, essa negativa pelo médico assistente compele o serviço social da unidade hospitalar a contatar a delegacia territorial, ou a sugerir à família que o faça, para solicitar ao delegado de polícia que use da sua prerrogativa de requisitar exame necroscópico ao IML, a fim de atender a demanda estranha à investigação policial. São casos sem qualquer suspeição, em que a autoridade não abrirá inquérito algum, e a guia policial é expedida apenas com o fito de sepultar o cadáver. O que o delegado deseja não é um laudo cadavérico, mas uma D.O. para aplacar as lamúrias de cidadãos enlutados à cata da inumação de seus parentes falecidos.

O que sobreleva a mesquinhez do quadro é que a maioria das pessoas convive com a tanatofobia, preferindo, se possível, evitar a ida a IMLs e outros locais relacionados à morte. É comum que se avise aos parentes sobre o desejo de não ser levado ao instituto médico-legal, e o desrespeito ao pedido do falecido, quando ele foi vítima de morte violenta, se legitima pela preponderância do interesse público em desvendar crimes e punir criminosos, que não pode ser frustrado pelo desiderato individual. Grande parte dos cidadãos brasileiros não gostaria de frequentar o IML, e constitui uma violência simbólica obrigá-los a suplicar que os corpos de seus parentes sejam conduzidos para lá a fim de conseguir uma D.O., quando prefeririam pedir exatamente o oposto, ausentes os requisitos de morte violenta ou suspeita (Medeiros, Lima & Lima, 2018; Pescarolo, 2007; Barros & Silva, 2004). Custos logísticos desnecessários também são gerados, pois a família precisa trasladar os restos mortais do IML ao cemitério após a necroscopia, e muitas vezes trata-se de cadáveres retirados pelo Estado de casa ou de unidades de saúde vizinhas para institutos em bairro distante ou município diverso da mesma região metropolitana ou macrorregião estadual, criando para os familiares enlutados a necessidade de pagar pela remoção reversa.

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DAS NORMAS SOBRE SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

Como os serviços de verificação de óbito (SVOs) são os emissores de declarações de óbito (D.O.s) mais recentes do país, e normativamente destinados a uma parcela menor das atestações de eventos letais, as regras de funcionamento e as condições de existência deles vêm sendo amadurecidas há muito menos tempo que as normas incidentes sobre médicos assistentes, substitutos e legistas. Ainda

subsiste elevado grau de erro sobre para que unidade de saúde (ou de segurança pública) enviar os cadáveres (Bordoni, Ribeiro & Bordoni, 2017), provocando contramarchas e aumentando o sofrimento das famílias, ou onerando a Administração Pública com transferências no meio do fluxo (Mendo, 2019).

Considerando que os SVOs são serviços de natureza pública integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a compreensão do arcabouço jurídico em que se inserem pode contribuir para esclarecer as potencialidades e gargalos desses órgãos sanitários, identificando sua destinação, atuação em rede e cooperação com as demais unidades médicas participantes dos atos de diagnóstico da morte e registro social e jurídico do óbito.

Transbordando da cientificidade médica no atendimento clínico individual a cada paciente, ao redor do falecimento, e dos critérios epidemiológicos da saúde coletiva para a mensuração da saúde e da doença nas populações humanas, a questão da inclusão dos SVOs no fluxo de atestação da morte exige uma abordagem jurídica. É necessário sistematizar as normas incidentes sobre a declaração de óbito, em geral, e os serviços de verificação de óbitos, em particular, no ordenamento jurídico brasileiro.

As portarias do Ministério da Saúde tendentes a criar uma rede de SVOs são normas jurídicas imperfeitas (Reis Friede, 2021), pois o respeito ao modo de organização federativo do Brasil e as diretrizes de descentralização e municipalização do SUS (Lei nº 8.080, artigo 7º, IX, a e b) colocam o Ministério da Saúde na posição de formulação, avaliação, apoio, coordenação e estabelecimento de regras, critérios, parâmetros e métodos, mas não na execução direta. Sem autoridade para intervir na gestão do SUS local nas esferas estadual e municipal, resta à Direção Nacional do SUS propor pactos e contratualizações baseados na vinculação de repasses financeiros à adesão de governadores e prefeitos ou ao atingimento de metas em prazos definidos. Não há que se falar, portanto, em execução forçada. Não se preveem sanções a estados e municípios que não inauguram um SVO.

Saliente-se que, na verdade, a ativação de um SVO não configura um serviço prestado ao falecido, mas a produção de informações sobre a *causa mortis* que sejam fidedignas para os familiares e para a planificação e gestão em saúde. O interesse que a sociedade civil tem de ser servida por um SVO não representa muita coisa, diante de uma ordem normativa que não atribuiu ao Governo Estadual ou à Prefeitura Municipal o dever de disponibilizar tal unidade de saúde. Considerando cada Unidade

da Federação, não há reflexo de um dever jurídico da União voltado para a criação de um SVO. Tampouco se cogita que haja a pretensão de ajuizar demanda em face de um estado ou município que não instalou o SVO, por parte do Governo Federal. E dificilmente se poderia falar em direito político na situação atual, em que não há leis federais sobre a criação de SVOs, ou de liberdade fundamental, quando a Constituição não explicita que esse tipo de órgão sanitário seja condição para o exercício do direito social à saúde.

Conclui-se que a análise das normas privilegia a liberdade das unidades federadas de não priorizar a criação da rede de SVOs em prejuízo da pretensão da União de colocá-la em funcionamento. Afinal, o texto constitucional não obriga que haja SVO, nem que eles se conectem em rede. O Poder Legislativo tampouco criou norma cogente (lei federal) que gere tal obrigação para estados e municípios. E as portarias do Ministério da Saúde só podem propor a rede e oferecer estímulos orçamentários para convencer os entes federados.

No Brasil, quando o assunto são os Serviços de Verificação de Óbitos, deve-se hierarquizar a Constituição Federal e, sucessivamente, as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Não havendo decreto presidencial ou resolução de órgão colegiado a respeito da RNSVO, o próximo nível a considerar já são as portarias do Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde.

Para além de conferir à saúde o *status* de direito social em seu artigo 6º, a Constituição brasileira investe os artigos 194 e 195 para apresentar aspectos gerais da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) e aborda especificamente o direito à saúde entre os artigos 196 e 200. Quando o texto constitucional inaugura a seção sobre saúde estabelecendo que ela é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, a rede de SVO amolda-se facilmente à redução do risco de doenças e agravos, pois o Estado precisa conhecer as estatísticas de mortalidade para identificar que males estão acometendo os cidadãos e elaborar um plano que dê conta de elevar os níveis de saúde. Já no artigo 200, II, ao atribuir ao SUS a incumbência de executar as ações de vigilância epidemiológica, a CF 1988 aponta para a relevância de uma tecnologia que depende de uma rede de SVOs abrangente, entre outras medidas.

Descendo um nível na hierarquia das normas, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) atribui ao SUS o objetivo de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, que dificilmente poderá ser cumprido sem adequada imputação da *causa mortis* a boa parte dos falecimentos. O § 2º do artigo 6º da Lei define vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”, o que pressupõe que SVOs estudem os óbitos sem assistência médica para detectar a tempo alterações no padrão de mortalidade.

É princípio do SUS estatuído pela Lei nº 8.080/1990 (artigo 7º, VII) a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, sendo epidemiologia a ciência que estuda a distribuição da saúde e da doença nas populações humanas e seus determinantes, empregando métodos e técnicas de base bioestatística. A manutenção de estatísticas completas, contínuas e fidedignas de mortalidade foi um dos primeiros procedimentos que a ciência epidemiológica agregou a seu arsenal metodológico (Pillar, 2023).

A Lei Orgânica da Saúde ainda reconhece as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS. Segundo a norma, são objetivos dessas comissões decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão do SUS, definir diretrizes a respeito da organização das redes de serviços e sua integração e sobre regiões de saúde, distritos sanitários, integração de territórios, referência e contrarreferência.

Importante ressaltar que algumas portarias ministeriais do Quadro 1 embutem considerandos explicitando que seu teor decorreu de deliberações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), especificando data da sessão, o que demonstra a imediata fundamentação delas na Lei nº 8.080/1990.

A outra lei ordinária que incide sobre a matéria é a nº 8.142/1990, que define a aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde como investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, atribuindo àquele órgão da Administração Direta papel de liderança na definição de onde alocar os recursos financeiros do SUS. Também destina tais recursos à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, mas com o cuidado de

definir tais ações e serviços como investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde, a fim de prevenir desvios de rubricas para outras áreas que não se relacionam diretamente com saúde. A Lei nº 8.142/1990, portanto, confere ao MS instrumentos para usar a alocação financeira como mecanismo de direcionamento das decisões estaduais e municipais, de forma a favorecer o alcance das metas planejadas.

A interpretação sistemática busca enfrentar questões de compatibilidade num todo estrutural. De fato, com a crescente complexidade de qualquer ordenamento jurídico, aumenta a chance de as normas entrarem em contradição, o que levaria a um sentimento de injustiça, como se a cada caso concreto se pudesse pinçar um dispositivo para justificar uma decisão arbitrária, sem conexão alguma com o sistema inteiro. A tendência à codificação foi uma das providências tomadas para preservar a coerência interna do ordenamento. No momento de interpretar as normas para resolver casos específicos, também a interrelação entre elas e a atribuição de sistematicidade à decisão contribui para o alcance de soluções mais aceitáveis. Portanto, para interpretar corretamente um conceito, um princípio, um instituto ou uma norma no interior do sistema, deve ser cumprida uma reconstrução unitária segundo a plenitude da sua dimensão própria (Schipani, 2003).

O paradigma sistemático oferece um equilíbrio interessante entre os métodos literal e o teleológico, como indica Marques-Coelho (2017), ao defender que o primeiro tem abrangência limitada e o segundo se ressente da necessidade de uma finalidade estar conforme outras, pelo que a solução é encadear os diversos mecanismos hermenêuticos, enfatizando cada um sucessivamente.

O Quadro 2 correlaciona os dispositivos da Constituição Federal, das Leis nº 8.080 e 8.142/1990 e das portarias do MS sobre SVOs, para demonstrar como são partes que sistematizam um todo logicamente implicado em relações de mútua fundamentação e derivação.

2.1.1 Constituição Federal

Ao esmiuçar em que consiste o direito social à saúde enunciado no artigo 6º, a Constituição Federal brasileira reconhece, logo no artigo 196, que as ações sanitárias se desdobram entre as de promoção, proteção e recuperação. O texto constitucional incorporou, portanto, a definição de prevenção primária, secundária e terciária de Leavell e Clark (Bernardes, 2017), que diferencia as ações e serviços de saúde

segundo sua incidência mais precoce ou mais tardia no processo de adoecimento. Quanto são ofertados antes mesmo de a patologia se instalar, conformam a prevenção primária, que se divide entre promoção da saúde e proteção específica, exatamente os dois termos insculpidos no artigo 196. A promoção engloba medidas que impactam doenças diversas ao mesmo tempo como saneamento básico, nutrição adequada, melhoria educacional, moradia, enquanto a proteção rotula ações específicas, como uma vacina, que só protege contra uma doença, ou um equipamento de proteção individual, que só recobre um segmento do corpo. Já a prevenção secundária volta-se para o diagnóstico e o tratamento de uma entidade nosológica que já se instalou, e a prevenção terciária busca reabilitar quem já complicou até com sequelas, como a adaptação de uma prótese por conta da amputação de um membro. O constituinte optou por explicitar os dois termos da prevenção primária, “promoção” e “proteção”, mas resumiu toda a prevenção secundária e terciária no vocábulo “recuperação”, mostrando sua ênfase, que é repetida no inciso II do artigo 198.

O exame necroscópico de uma vítima de morte natural sem assistência médica não tem o condão de recuperá-la, decerto, mas apenas de levantar informações e sistematizar dados sobre que patologias estão acometendo as populações. O beneficiário do serviço público não pode ser o indivíduo cujo cadáver é examinado, portanto. O benefício imediato até pode ser uma satisfação aos familiares enlutados sobre de que morreu o ente querido, mas a finalidade última e mais relevante da operação de um SVO é instruir as decisões político-administrativas do setor saúde. O gestor municipal, estadual ou nacional do SUS precisa de tais informações, ou proporá políticas de saúde equivocadas, e mais pessoas adoecerão e morrerão. A necropsia clínica que o médico patologista realiza no SVO não se dirige ao morto, mas aos vivos, portanto (Silva, 2018).

No artigo 198, a CF 1988 define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Interessante que o constituinte quis um sistema único, para garantir que os cidadãos das diferentes regiões e classe sociais utilizassem o mesmo SUS, mas reconheceu que os serviços precisam trabalhar em rede, valorizando especificidades regionais, e escalonando a complexidade hierárquica entre atenção básica (*e.g.* unidades de saúde da família, postos de vacinação), média complexidade (*e.g.* policlínicas, centros de atenção psicossocial) e alta complexidade (*e.g.* prontos-socorros, hospitais gerais,

hospitais especializados, SVOs). Não há a pretensão de que cada um dos 5.568 municípios brasileiros tenham um serviço desses instalado, porque a alta complexidade não precisa estar duplicada (Lei nº 8.080/1990, artigo 7º, XIII) nem atingirá toda a demanda, mas um subgrupo dela. Os estados precisam coordenar os esforços dos municípios (Lei nº 8.080/1990, artigo 17, I, II, III e IV) e direcionar em que pontos do território se devem criar unidades de média e alta complexidade que atendam a um conjunto de municipalidades, abreviando tempo de remoção e provendo às centrais de regulação vagas e recursos próximos que façam frente à demanda, sem exigir grandes deslocamentos e a perda de janelas de oportunidade na assistência à saúde.

Por fim, o artigo 200, III, da Constituição atribui ao SUS a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Se é verdade que a especialidade médica que dirige e executa os serviços num SVO (Patologia) é uma das menos preenchidas do país, o SUS tem a dupla tarefa de inaugurá-los, para atender à demanda social e para ter neles locais de treinamento de novos especialistas (Soares & Athanazio, 2016).

2.1.1. Direitos e garantias fundamentais incidentes

No elenco de direitos fundamentais do artigo 5º da Constituição de 1988, o dispositivo mais próximo da emissão da declaração de óbito é o inciso LXXVI:

> LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:
> a) o registro civil de nascimento;
> b) a certidão de óbito;

Não se deve cobrar pela certidão de óbito, documento expedido pelos cartórios do Registro Civil de Pessoas Naturais após assentamento do óbito no Livro C (Lima & Carrieri, 2020). Ocorre que tal registro tem como pré-requisito a declaração de óbito, que só será emitida sem a participação de médicos em localidades onde tais profissionais inexistam, o que é raro. A maioria das declarações de óbito brasileiras são, mesmo, emitidas por médicos. O que resta definir é qual médico assumirá o documento.

O caráter sistêmico do ordenamento jurídico sobre o assunto é perceptível, também, neste particular. Mesmo uma autarquia especial sem qualquer vínculo de supervisão ministerial com o Ministério da Saúde, como o Conselho Federal de

Medicina, emanou a Resolução CFM nº 1.779/2005, que em nada destoa da Portaria GM/MS nº 116/2009. A concatenação entre o ministério e o conselho de fiscalização profissional é tamanha que co-editaram a publicação "Declaração de Óbito: Documento Importante e Necessário", que foi enviada por mala-direta para todos os médicos registrados nos CRMs e, hoje, está disponível eletronicamente *erga omnes*.

2.1.2 Lei nº 8.080, de 1990

O artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde reconhece como determinantes e condicionantes da situação de saúde de um povo a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, demonstrando sua conexão com os critérios que o texto constitucional enfatizou no seu artigo 196 (promoção da saúde). A análise sistemática das normas sanitárias encontra, pois, liames entre níveis hierárquicos sucessivos na "pirâmide normativa".

Os princípios do Sistema Único de Saúde não são estabelecidos na Constituição Federal, mas listados literalmente na Lei nº 8.080/1990, e diversos deles incidem sobre o acesso à declaração de óbito[12].

---

[12] Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Quando o artigo 5º, I, da Lei nº 8.080 cita a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde como objetivo do SUS, automaticamente se imbrica com os SVOs, porque eles são uma temática adstrita à Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis (DAENT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. Um SVO não tem condições de fomentar a melhoria dos níveis de saúde diretamente, já que não presta assistência médica, não salva vidas, não cura doenças nem reabilita sequelados. É pela alimentação adequada do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que os serviços de verificação de óbitos podem, tendo identificado a *causa mortis*, divulgar tal informação para outros setores da Saúde, para as instituições de ensino e pesquisa e para o público em geral, contribuindo para a solução dos desafios sanitários do país.

O inciso III do mesmo artigo repete o mandamento constitucional de que a assistência às pessoas deve ser proporcionada "por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas". Novamente, vê-se a ênfase na prevenção primária, como que entregando, de uma polia a outra da engrenagem (constituição → lei), a mesma velocidade angular.

2.1.3 Portarias do Ministério da Saúde

As portarias do Ministério da Saúde levantadas no presente estudo instituem a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da *Causa Mortis*, estabelecendo critérios para unidades territoriais terem um SVO de um porte ou outro, de acordo com a densidade populacional. Como municípios com alta proporção de óbitos com a causa básica mal definida ou com alta ocorrência domiciliar, com alta taxa de mortalidade infantil e com elevada ocorrência de óbito materno ou de mulher em idade fértil têm prioridade, percebe-se o emprego da epidemiologia para estabelecer prioridades e alocar recursos, do artigo 7º, VII, da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes.

O custeio dos SVO, tanto na sua instalação como na manutenção, tem previsão de grande incentivo financeiro pela União para que as unidades federadas sejam estimuladas a aderir à RNSVO, de forma pactuada na Comissão Intergestores Tripartite para definir o cronograma de repasses, e na Comissão Intergestores Bipartite, para o Fator de Incentivo. As portarias ministeriais, portanto, são sucedâneos da distribuição de competências entre os níveis federal, estadual e municipal que está disciplinada pela Lei nº 8.080/1990. Também especificam os procedimentos para que as Secretarias Estaduais de Saúde inscrevam propostas e se credenciem a receber os aportes, já listando, com bom detalhamento, as características operacionais dos serviços, como quantitativo e tipos de profissionais, exigências prediais, possibilidade de terceirização de parte dos serviços, direção técnica, transferências de corpos a partir de e para IMLs, emissão da declaração de óbito, alimentação do SIM-DATASUS, critérios sobre que corpos devem ser processados por eles ou não. Ou seja, o ente federativo que resolver aderir à planificação ministerial terá riqueza de informações para ponderar a conveniência e oportunidade do aceite, observando a diretriz da regionalização e hierarquização.

2.1.4 Situação pretendida e alcançada

É fácil compreender que os emissores mais frequentes de D.O.s sejam os médicos que vinham prestando assistência aos falecidos, que fizeram a suspeita diagnóstica, solicitaram exames complementares, prescreveram medicações ou realizaram cirurgias, portanto detinham informações completas para imputar a adequada causa básica do óbito na declaração. Eventualmente, esse médico pode estar indisponível e ter tal incumbência suprida por um substituto (plantonista, socorrista, assistência pré-hospitalar), que ao menos terá acesso ao prontuário, requisições, guias, relatórios, receitas, ou entrevistará a família, para reunir os dados necessários ao preenchimento da *causa mortis*. Bom será que a maioria das D.O.s sejam emitidas, portanto, por médicos assistentes ou substitutos. Acontece que um grau de desconhecimento preocupante sobre a declaração de óbito acomete médicos de diversos níveis de experiência (Silva *et al*, 2016), o que não apenas prejudica a qualidade do preenchimento, mas ainda a definição do fluxo. Corpos que deveriam ter suas D.O.s emitidas por unidades básicas de saúde, unidades de pronto-atendimento 24h (UPA 24h) ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) são,

muitas vezes, encaminhados aos IMLs e SVOs, por inobservância da Resolução CFM nº 1.779/2005 e da Portaria GM/MS nº 116/2009 (Mendo, 2019; Bordoni, Ribeiro & Bordoni, 2017; Silva, 2018).

As atecnias podem transformar o momento da documentação da morte numa verdadeira *via crucis*, como relata o Deputado Estadual fluminense Bebeto, que propôs a Lei nº 9.181/2021 para tentar ajudar as famílias a conseguirem a certidão de óbito com mais fluidez.

O Conselho Regional de Medicina do Pará manifestou-se a respeito, em 2020, detalhando uma situação que é vivenciada em diversas outras Regiões do Brasil, de negar ao moribundo o carinho, as despedidas e o conforto familiar para levá-lo a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) a fim de garantir a emissão da D.O. É que o CREMEPA constatou que, diante de um óbito domiciliar, a instituição que vinha acompanhando a doença do morto não facilita a disponibilização de um profissional que permita a declaração do óbito, ainda que o prontuário sob sua guarda contenha o diagnóstico e todos os dados necessários para preencher a D.O. (https://cremepa.org.br/noticias/declaracao-de-obito-e-svo-dificuldades/).

O contraste entre uma carta constitucional que se preocupa em descer ao detalhe da gratuidade da certidão de óbito e uma realidade em que cidadãos deixam de elaborar o luto e se dedicar a rituais fúnebres para peregrinar entre unidades de saúde à cata da declaração de óbito evidencia quanto ainda se precisa evoluir para que garantias fundamentais efetivamente sejam direitos subjetivos exercidos pelos cidadãos, notadamente no campo da saúde (Martins, 2015).

As normas do Ministério da Saúde a respeito de SVO conformam-se num sistema que, interpretado na sua integralidade e estabelecendo-se as devidas conexões desde a Constituição até as leis ordinárias, resolução autárquica e portarias ministeriais, perfaz uma moldura normativa coesa, com laços de fundamentação e derivação visíveis em níveis crescentes de minúcia e operacionalização prática à medida que se decresce na hierarquia das normas, ora enfatizando a liderança da União na padronização e proposição de metas e regras, ora carregando as tintas na autonomia estadual para aderir ou não, e quando.

A técnica da atestação da morte, se seguidas as regras do CFM e do MS, compatibiliza-se plenamente com os direitos e garantias fundamentais da Constituição, mas falhas de capacitação dos profissionais médicos tisnam o alcance da vontade do constituinte e impõem aos familiares de alguns falecidos um sofrimento

extra desnecessário. A questão deixa de ser exclusivamente um problema de formação graduada ou de educação continuada de uma corporação profissional para tornar-se relevante para o Direito se as regras deixarem de ser observadas pelos indivíduos e, diante disso, não tiverem sua aplicação garantida pela entidade de fiscalização profissional, o que será objeto do capítulo seguinte.

A finalidade do sistema que as normas sobre SVO buscam concretizar privilegia a prevenção primária (promoção da saúde e proteção específica), tornando preciosas as informações sanitárias que uma Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento de *Causa Mortis* pode prover ao Sistema Único de Saúde, para exercício do direito social à saúde.

2.2 CUSTEIO E PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

Outra forma de avaliar o alcance das normas sobre os SVOs é comparar os rapasses federais para custeio e incentivo da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da *Causa Mortis* com a produção de declarações de óbito por tais unidades de saúde, o que permite descrever o volume de emissão de D.O.s por SVOs nas macrorregiões brasileiras e discutir o custo dos direitos e garantias fundamentais.

2.2.1 Repasses de incentivos *versus* produção de exames

Extraíram-se os valores descentralizados pelo Ministério da Saúde para incentivar a instalação de Serviços de Verificação de Óbitos entre 2015 e 2019, conforme planilha disponível no *website* da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. A Tabela 1 mostra que 36,5% dos recursos de incentivo foram para o Sudeste, 31,6% para o Nordeste e 19,5% para o Centro-Oeste.

O quantitativo de declarações de óbito emitidas por SVOs foi extraído dos arquivos dbf disponíveis para FTP (*file transfer protocol*) no portal do Ministério da Saúde por intermédio do aplicativo TabWin. É arriscado correlacionar diretamente tais cifras com a descentralização de recursos, por se tratar de números absolutos sem referência às bases populacionais, mas o número de residentes em cada macrorregião não é a única variável a considerar, já que estados com mais assistência

médica tenderiam a enviar menos corpos ao SVO, ainda que populosos. A Tabela 2 demonstra que as Regiões Norte e Centro-Oeste incrementaram em mais de 40% a emissão de D.O.s por SVOs, enquanto a Região Sul aumentou 21%, e o Sudeste, 19%.

Apesar das ressalvas à correlação entre repasse de incentivo para custeio e emissão de D.O.s, foram calculados os coeficientes de correlação unicaudais de Pearson e Spearman, e ambos alcançaram significância estatística, com $p < 0,01$. Ou seja, houve correlação positiva entre o repasse de incentivos financeiros e a emissão de declarações de óbito por SVOs, o que motiva uma discussão sobre o custo dos direitos.

2.2.2 Custo dos direitos e garantias fundamentais

O direito à saúde é um direito social prestacional (Sarlet, 2018). Ocorre que, historicamente falando, a disponibilidade de recursos para investir em direitos sociais muda, inclusive, a posição doutrinária a respeito. Durante as décadas de ouro do século XX, quando se verificava aumento da riqueza das nações, a prevalência dos direitos sociais fundava-se nos postulados de que todos os direitos sociais são direitos *fundamentais* sociais, que eles são plenamente justiciáveis, independentemente da intermediação do legislador, e que se lhes aplicam os princípios de interpretação constitucional. Com a restrição orçamentária, passou-se a defender que direitos sociais não são mais que pretensões legalmente reguladas, de forma que o legislador determina o que é um direito social, mas não está vinculado a eles (TORRES, 2013).

A doutrina abandonou o positivismo sociológico e adotou visão principiológica, segundo a qual se reduz a jusfundamentalidade dos direitos sociais ao mínimo existencial e ao núcleo essencial dos direitos da justiça. Surge a necessidade de implementação de políticas sociais pelo Legislativo e Administração, questões políticas não suscetíveis de controle jurisdicional. Como consequência, vê-se maximização do mínimo existencial e minimização dos direitos sociais em extensão, mas não profundidade, podendo-se superar o princípio da reserva orçamentária em caso de contradição incontornável da dignidade humana (Torres, 2013).

Ocorre que o Sistema Único de Saúde tem sido subfinanciado de várias formas. O pacto federativo foi alterado pela União mediante redução de impostos cuja distribuição com os estados e municípios é determinada por lei, e priorização de

contribuições que ficam concentradas no nível federal (Paim *et al*., 2011; Castro *et al*., 2019).

Ainda enfrentando vazios assistenciais em seu vasto território, o Brasil se encontra no dilema de ser a saúde um direito que, quanto mais se assegura, mais demanda gera. Quando uma população está desassistida, toda uma demanda fica reprimida, porque os cidadãos sequer suspeitam de quais necessidades têm. A disponibilidade de um médico passará a gerar demanda por exames de laboratório e de imagem, medicamentos, fisioterapia, suporte psicológico, orientação nutricional, cuidados de enfermagem... Os custos podem ser impeditivos, de forma que a integração assistencial em regiões de saúde é uma saída possível, mas ainda esbarra em obstáculos por interesses locais que sabotam a atenção primária à saúde (Almeida *et al*., 2016).

Não importa se uma sociedade escolhe um modelo de Estado pequeno, que pouco atua no domínio econômico e pouco oferece em termos de serviços à população, ou um modelo grande, interventor e provedor, fato é que haverá custo para financiar o que ele oferece aos cidadãos. Frequentemente se propõem dicotomias entre direitos negativos ou liberdades (que seriam gratuitos ou de baixo custo, apenas bastando que o Estado não se mova) e direitos positivos ou subsídios (que imporiam dispêndios e ficariam sujeitos à reserva do possível). Um discurso possível é que direitos positivos infantilizam a população e lhe incutem dependência, onerando a Administração, enquanto cidadãos adultos capazes e autossuficientes não precisam de tal “esmola” (Holmes & Sustein, 2019).

Mas a rotulação de quaisquer direitos como gratuitos é ilusória. Como lecionam Holmes & Sustein (2019), os remédios jurídicos correspondentes a cada direito têm seu preço, porque precisam ser garantidos coercitivamente, onerando os cofres públicos. Os direitos a não ser torturado por um policial ou carcereiro, ou a ter a propriedade privada protegida do esbulho, custam muito em termos de manutenção de forças policiais, Ministério Público, tribunais, e todas as estruturas que permitem a petição, o julgamento, a ampla defesa, o contraditório e a execução das decisões (Holmes & Sustein, 2019). Mesmo a proteção da livre iniciativa e do livre mercado, ou a liberdade de abrir o capital de um empreendimento e transacionar ações precisam do funcionamento de instituições estatais mantidas com recursos públicos, como a Comissão de Valores Mobiliários, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica e a Superintendência de Seguros Privados (Borges, França & Silveira Neto, 2023). Na

Saúde, quem acredita poder pagar por consultas, exames e medicações ainda é subsidiado, ao inevitavelmente ser beneficiário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que autoriza o uso, no território nacional, de remédios, vacinas, saneantes e equipamentos, e fiscaliza a venda de psicotrópicos e medicamentos que podem causar dependência química (Nogueira, 2023).

Os freios e contrapesos e a divisão entre poderes são proposições da Idade Moderna em resistência ao Absolutismo que, por vezes, não são identificadas como salvaguardas para o indivíduo frente ao Estado (Holmes & Sustein, 2019). Quando um poder estatal perturba o cidadão, ou se coloca contra ele e ao lado de seu oponente, é outro poder do mesmo Estado que virá em seu socorro. Se uma família não consegue que uma unidade de saúde emita a declaração de óbito de seu parente falecido, é junto a outra unidade pública que tentará a satisfação do direito negligenciado, por exemplo.

Não se está defendendo que a família procure o Poder Judiciário para forçar uma unidade de saúde a examinar o corpo e declarar o óbito, pois este caminho dificilmente renderia frutos antes de se iniciar a decomposição do cadáver. Tampouco seria razoável obrigar judicialmente uma unidade federada a aderir à RNSVO, investindo recursos públicos na inauguração de um SVO e se habilitando à contrapartida federal. Pior que o custo da jurisdição ou o tempo necessário até o *decisum*, avulta aqui a exiguidade de informações com que o magistrado conta para, nos autos de uma relação processual específica, tomar decisões que motivam alocação de recursos (Holmes & Sustein, 2019). O Poder Executivo tem órgãos públicos com profissionais especialistas, técnicos aptos a analisar a matéria de forma mais abrangente, inclusive concluindo que ativar um SVO seja medida necessária, sim, porém menos prioritária que alguma outra necessidade premente, de maior impacto sobre as condições de saúde pública, ainda que o Ministério Público possa pensar diferente (Ministério Público do Estado da Bahia, 2012).

As normas do Ministério da Saúde a respeito de SVO conformam-se num sistema que, interpretado na sua integralidade e estabelecendo-se as devidas conexões desde a Constituição até as leis ordinárias, resolução autárquica e portarias ministeriais, perfaz uma moldura normativa coesa, com laços de fundamentação e derivação visíveis em níveis crescentes de minúcia e operacionalização prática à medida que se decresce na hierarquia das normas, ora enfatizando a liderança da

União na padronização e proposição de metas e regras, ora carregando as tintas na autonomia estadual para aderir ou não, e quando.

Os repasses de incentivos financeiros para custeio de SVOs da União aos estados entre 2015 e 2019 se correlacionaram com a emissão de declarações de óbito, demonstrando que a estratégia do Ministério da Saúde tem conseguido aumentar a instalação de SVOs e sua produção de necropsias clínicas.

A fundamentalidade do direito à saúde como direito de segunda dimensão cobra do Estado uma postura proativa e o investimento de recursos do Tesouro, o que não deve ser prejudicado por argumentos parciais tendentes a qualificar os direitos constitucionais negativos como gratuitos e os direitos sociais como mecanismo de dependência do cidadão em relação à Administração Pública.

3 ESTUDO DE CASO: A INTERVENÇÃO NO IML DE SALVADOR E A REAÇÃO DO CONSELHO DE MEDICINA

O Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues é a organização mais antiga do Departamento de Polícia Técnica (DPT) do Estado da Bahia. Pré-existente ao DPT, funcionava como um órgão da Chefatura de Polícia da Província da Bahia no tempo do Império, nas instalações da Faculdade de Medicina da Bahia, dividido entre a realização de perícias para instruir inquéritos policiais e o ensino da Medicina Legal para os acadêmicos. Trasladado para sua sede atual na década de 1970 do século XX, sofreu diversas descontinuidades de procedimentos e rupturas dos protocolos internos de atuação, às vezes deixando de participar de processos decisórios que viriam a ter grande influência sobre o serviço que presta à população (Lima, 1979). Incumbido por lei de realizar exames necroscópicos de cadáveres de morte violenta para instrução probatória de inquéritos policiais civis e militares e processos penais, o IML chegou a ter um terço de sua demanda concentrada em corpos de falecidos por morte natural, sem qualquer evidência de causa externa (homicídio, suicídio ou acidente) que justificasse a produção de um laudo. Contando com peritos médicos-legistas capacitados a realizar necropsias médico-legais com escopo de Segurança Pública, o Instituto não demonstrava níveis de qualidade técnica ou sucesso elucidativo que recomendassem a manutenção desse fluxo contra-normativo (Silva & Lima, 2011; Silva, 2013; Andrade, 2016).

Em dezembro de 2016, o IML de Salvador autorizou a execução de um projeto de intervenção visando à redução dos encaminhamentos de cadáveres sem interesse policial, o que deveria ser alcançado mediante a) restrição dos exames necroscópicos à ectoscopia (exame externo); b) indeterminação da *causa mortis*; c) denúncia ao CRM contra os médicos que tinham atendido os pacientes e, podendo emitir a D.O., optaram por negá-la, criando demanda para o DPT, e d) atividades de atualização e conscientização junto aos delegados de polícia, para que filtrassem a demanda e se abstivessem de requisitar necroscopias em casos indevidos (Lima, 2016). O item c motivou o envio de uma série de ofícios do IML ao CRM-BA, anexando-se-lhes as guias ou relatórios que descreviam o quadro clínico dos pacientes que buscaram assistência médica em prontos-socorros de hospitais terciários e unidades de pronto-atendimento 24h (UPA 24h).

A Coordenação Técnica do IML Nina Rodrigues apresentou os casos ao Conselho, opinando que os médicos tinham infringido a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.779/2005 e a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde nº 116/2009, ambos diplomas normativos que disciplinam quais profissionais estão encarregados de emitir a D.O., conforme as circunstâncias. Afinal, os próprios documentos por eles emitidos demonstravam não haver infração legal que apurar ou indício de violência contra a vítima, o que tornaria o IML incompetente para declarar o óbito, tarefa atribuída à unidade de saúde ou, se existente à época, ao Serviço de Verificação de Óbitos.

Foi realizado um estudo de caso único explanatório. Optou-se pelo estudo de caso único porque o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) impõe aos envolvidos nas sindicâncias e PEPs dos CRMs e CFM o sigilo processual, além do sigilo médico que originalmente já permeia grande parte das peças autuadas e dos depoimentos que venham a ser tomados. Ocorre que as penas passíveis de imputação aos médicos julgados culpados de infração ética são majoritariamente reputacionais. De acordo com a Lei nº 3.268/1957, os Conselhos não aplicam aos jurisdicionados penas pecuniárias. A cassação do registro, que é a sanção mais severa, só é aplicada a infratores que tenham cometido atos gravíssimos. A suspensão do exercício da Medicina por até 30 dias também é aplicada com parcimônia (Nalini, 2001). As três penas mais frequentemente aplicadas têm uma separação muito clara para o conselheiro médio: a advertência confidencial em aviso reservado e a censura confidencial em aviso reservado ficam de um lado (penas secretas, que só são conhecidas pelo próprio apenado), endereçadas a infrações mais leves e réus primários, enquanto a censura pública em publicação oficial é resguardada para infrações mais sérias e réus reincidentes (Araújo *et al*, 2019).

Sendo o conhecimento, pela sociedade, de que o médico foi sancionado, integrante da própria natureza de uma punição mais grave (por ser pública), a mera publicidade sobre a tramitação de uma sindicância ou PEP já constituiria desdouro para o denunciado, uma antecipação da pena ainda durante a etapa pré-processual (sindicância) ou processual (PEP), o que justifica o zelo dos CRMs com o sigilo processual, primeira cláusula do CPEP. Daí decorrem algumas dificuldades, como o baixo recurso à jurisprudência dos Tribunais de Ética Médica na qualidade de fonte do Direito, visto que não há ementas ou acórdãos publicados a serem consultados, apenas quem participou de cada feito tem conhecimento do teor dos autos. Outra

decorrência do sigilo processual é a dificuldade para pesquisa documental por estudiosos externos sobre denúncias, proporções de arquivamento, absolvição, condenação e principais dispositivos capitulados ou infringidos, verificando-se que a quase totalidade das publicações a respeito são iniciativas dos próprios conselheiros (Bitencourt *et al*, 2017; D´Ávila, 1998).

O projeto de intervenção do IML de Salvador foi considerado, portanto, um caso revelador[13], uma oportunidade inédita de desvelar como um conselho de medicina se posiciona durante sua atividade judicante, sem infringir o dever de sigilo aplicável aos feitos que processa. O sistema conselhal médico está estruturado para receber denúncias de pacientes insatisfeitos com a assistência recebida, que não podem ser anônimas, fazendo-se sempre acompanhar por cópia do documento de identidade e do comprovante de residência do denunciante (CFM, 2022). Sua tendência natural é analisar casos individuais de forma isolada, até porque, se vários pacientes denunciantes figurassem no polo ativo do mesmo feito, o sigilo médico de um seria devassado pelo outro, ao ter acesso aos autos. Daí decorre que a maioria das denúncias contra médicos, e por consequência, das sindicâncias que originam, e dos PEPs que possam seguir-se, não podem ser estudadas a partir do próprio conselho, que não permite sua revelação, nem a partir das pessoas que lhas provocaram, que estão pulverizadas e incógnitas. Quando uma sindicância é instaurada a partir de um fato noticiado pela imprensa, ou levado ao conhecimento do CRM por uma instituição que não tem interesse no caso, e atuou apenas como informante, ela é *ex officio*, ficando o polo ativo desocupado. Exemplos são as denúncias de magistrados contra peritos médicos *ad hoc* que descumpriram o prazo para apresentar seus laudos, ou uma secretaria municipal de saúde que percebe que médicos não-legistas emitiram declarações de óbito com *causa mortis* violenta, ou ainda a Vigilância Sanitária detectar que um mesmo médico emitiu notificações de receita de medicações psicotrópicas em tal número num certo intervalo de tempo, que seria inviável ter atendido tantos pacientes. Tais situações peculiares têm o condão de concentrar muitas denúncias na iniciativa de um mesmo órgão, surgindo o potencial de se efetuar

[13] A quarta justificativa para o estudo de caso único é o caso revelador. Esta situação existe quando um pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação da ciência social, como em Street Corner Society, de Whyte (1943/1993), já descrito no Capítulo 1, Quadro 1.2A, p. 8. (...) Quando os pesquisadores têm o mesmo tipo de oportunidade e podem revelar alguns fenômenos prevalentes, anteriormente inacessíveis aos cientistas sociais, essas condições justificam o uso de um estudo de caso único, com base em sua natureza reveladora. (Yin, 2015, p. 55).

levantamento de comunicados retornados a partir do CRM nos arquivos do referido órgão informante. No caso presente, o IML Nina Rodrigues constituiu tal órgão. Foi um estudo explanatório[14].

Um estudo de caso não precisa ser apenas descritivo, mas pode assumir feição explanatória[15]. Uma maneira de conseguir tal intento é contar com uma declaração inicial ou "teoria"[16] explicativa do fenômeno a ser estudado e outra teoria rival, para então concluir pela prevalência de uma das duas explicações do fato. No presente estudo, a declaração inicial é que o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia mantém, para denúncias sobre a negativa de emissão da D.O., a mesma proporção de instauração de sindicâncias e processos ético-profissionais das demais denúncias, enquanto a teoria rival é de que o CRM-BA confere menor valor ou tem menos interesse em tais denúncias, comparadas às outras.

3.1 PROCEDIMENTO DO ESTUDO DE CASO

Efetuou-se levantamento, junto à Secretaria do IML Nina Rodrigues, dos ofícios recebidos a partir do CRM-BA em resposta às denúncias formuladas pela Coordenação Técnica do Instituto. Tabularam-se os números dos ofícios, datas de expedição, número da sindicância instaurada ou julgada, e, no segundo caso, a Câmara de Sindicâncias responsável pelo processamento e a data da sessão em que houve o julgamento. Pelo lado antifundamentalista e interpretativista do estudo de caso (Maffezzolli & Boehs, 2008), buscou-se compreender em sua integralidade (mais do que explicar analiticamente) o *ethos* aplicado pelo Conselho Regional de Medicina

---

[14] Embora as profundas explicações causais sejam típicas de experimentos – isto é, de pesquisas empíricas de natureza quantitativa –, as abordagens empíricas qualitativas por estudo de caso possuem, dentro de suas limitações inferenciais e sem generalizações, enorme potencial explanatório, capaz de ir aos detalhes do fato para a construção de sólidas explicações sobre o nexo existente entre a causa (mecanismos a serem identificados) e seu efeito (o caso ora objeto de estudo) (Gomes-Neto; Albuquerque; Silva, 2024, p. 83).

[15] A realização do estudo de caso explanatório passa necessariamente por 4 fases sucessivas. Na primeira fase o(a) pesquisador(a) identifica o caso representativo (típico ou divergente) do fenômeno (fato) que se pretende estudar (encontrar uma explicação para sua ocorrência). A segunda fase se dedica à formulação de um problema (causal) e à busca na respectiva literatura de hipótese explanatória que será testada pela pesquisa. No decorrer da terceira fase, a tarefa será a extração e interpretação dos dados sobre o fato (caso) ora estudado. Na quarta e última fase, o estudo dirige-se a construir uma resposta ao problema na forma de uma explicação causal, e a realizar o confronto desta resposta com expectativas da literatura sobre o tema. (Gomes-Neto; Albuquerque; Silva, 2024, p. 87).

[16] Essa teoria não deveria, de forma alguma, ser considerada com a formalidade de uma grande teoria da ciência social, nem você está sendo solicitado a ser um teórico magistral. Ao contrário, o objetivo simples é ter um mapa suficiente para seu estudo, e isto exige proposições teóricas. (Yin, 2015, p. 40).

do Estado da Bahia (CREMEB) à série de casos periciais comunicados pelo IML. Tratou-se, portanto, de pesquisa documental[17] (Gil, 2019) nos arquivos do IML, com posterior análise de discurso daqueles casos nos quais se conseguiu acesso ao conteúdo do *decisum*, não apenas às formalidades do processamento. Também foi possível coletar dados a partir de registros de arquivo[18], na forma da divulgação, pelo próprio Conselho, das proporções de denúncias recebidas, sindicâncias e PEPs instaurados e das sentenças prolatadas em 2021 (CREMEB, 2022). Por fim, a observação participante[19] foi realizada pelo autor, que cumpria mandato de conselheiro à época do protocolo das denúncias pelo CRM.

Foi possível acessar o inteiro teor de dois relatórios conclusivos de sindicâncias e de um PEP, apenas. As informações foram consolidadas sem especificidades que permitissem a identificação dos médicos envolvidos, em observância ao artigo 1º *caput* da Resolução CFM nº 2.306/2022 (Código de Processo Ético-Profissional).

Teria sido bom realizar entrevistas[20] com conselheiros e/ou servidores do Tribunal Regional de Ética Médica sobre suas percepções a respeito da tramitação dos feitos à época. As entrevistas costumam ser vistas como a parte mais importante de um estudo de caso, embora não constituam uma etapa obrigatória. A cultura da instituição CREMEB, entretanto, desaconselha que seus membros (e até ex-membros) falem sobre processamentos específicos. Os conselheiros em atividade

---

[17] Devido ao seu valor global, os documentos desempenham um papel explícito em qualquer coleta de dados na realização da pesquisa de estudo de caso. As buscas sistemáticas de documentos relevantes são importantes em qualquer plano de coleta de dados. (Yin, 2015, p. 111).

[18] Para muitos estudos de caso, os registros de arquivo – que frequentemente tomam a forma de arquivos e registros computadorizados, como nos dados do censo dos Estados Unidos mencionados – também podem ser relevantes. Esses e outros registros de arquivo podem ser usados, em conjunto com outras fontes de informação, na produção de um estudo de caso. Entretanto, ao contrário da evidência documental, a utilidade dos registros de arquivos variará de estudo de caso para estudo de caso. Para alguns estudos, os registros podem ser tão importantes que se tornam objeto de recuperação extensa e de análise quantitativa. (Yin, 2015, p. 113).

[19] A observação participante proporciona algumas oportunidades incomuns para a coleta de dados do estudo de caso, mas também envolve desafios importantes. A oportunidade mais diferenciada está relacionada com a capacidade de obter acesso aos eventos ou grupos que, de outro modo, seriam inacessíveis ao estudo. Em outras palavras, para alguns tópicos, pode não haver um meio de coletar evidência que não seja por meio da observação participante. Outra oportunidade diferenciada é a capacidade de captar a realidade do ponto de vista de alguém “interno” a um estudo de caso, não de alguém externo a ele. Muitos argumentam que essa perspectiva é valiosa na produção de um retrato preciso do fenômeno do estudo de caso. (Yin, 2015, p. 121).

[20] Ao mesmo tempo, quando suas entrevistas focarem os eventos comportamentais, porque são ingredientes principais de seu estudo de caso, elas devem ser sempre consideradas apenas relatos verbais. Como tal, mesmo ao relatarem esses eventos ou explicarem como ocorreram, as respostas dos entrevistados estão sujeitas aos problemas comuns de parcialidade, má lembrança e articulação pobre ou inexata. Novamente, uma abordagem razoável é corroborar os dados da entrevista com informações de outras fontes. (Yin, 2015, p. 117).

não aceitam convites para palestras e participações em eventos, mesmo científicos ou educacionais, se não forem protocolados no CRM e aprovados pela Diretoria, entendendo-se que estarão se apresentando como representantes do conselho. Mesmo ex-conselheiros tendem a se sentir melindrados, se convidados a falar sobre assuntos *interna corporis*, alegando motivos de sigilo médico, de sigilo processual, ou ambos.

3.2 LEVANTAMENTO

O CRM expediu 172 ofícios ao IML em resposta, entre 03/04/2018 e 29/06/2021. Deles, 88 noticiavam a instauração de sindicâncias, e 84 informavam seus desfechos (80 arquivamentos e quatro instaurações de PEP). Dois ofícios comunicavam o julgamento de duas sindicâncias cuja instauração não fora informada, e seis registravam a abertura de sindicâncias cujo desfecho ainda não foi indicado pelo CRM. As decisões de instauração de PEP foram tomadas em 26/04/2019 (duas), 31/05/2019 e 13/12/2019, todas pela 4ª Câmara de Sindicâncias. Os arquivamentos aconteceram entre 18/05/2018 e 16/06/2021, por iniciativa da 1ª Câmara (3), 2ª Câmara (15), 3ª Câmara (15), 4ª Câmara (8) e 5ª Câmara (39).

Uma sindicância que concluiu pelo arquivamento continha o seguinte trecho:

> Embora o Dr. _____ CRM _____ não tenha, até o momento, comparecido ao CREMEB para manifestar-se em sua defesa, temos uma opinião, já formada em vários
> casos similares precedentes nesta câmara, em que optamos por arquivar procedimentos administrativos semelhantes; por isso, estamos inclinados a tomar a mesma atitude. De fato, era uma paciente jovem com história de cirurgia ovariana há cinco meses, uso continuado de anticoncepcionais e que chega a UPA com queixas vagas e que rapidamente evolui para convulsões, perda da consciência e em seguida progride para PCR sem retorno. Entendemos que para um médico jovem é perturbador preencher Certidão de Óbito de uma paciente tão jovem e com eventos agudos que provocam a sua morte sem tempo para proceder a uma investigação diagnóstica mínima. Sem fundamentar por que estaria enviando o corpo ao IML para investigação, por provável, desconhecimento do CEM sugerimos o arquivamento.

Outra sindicância definiu pela a) celebração de termo de ajustamento de conduta (TAC) entre o CRM e um dirigente do IML, b) celebração de TAC entre o CRM e dois dirigentes de um pronto-socorro de Salvador, e c) instauração de PEP em face do médico legista que examinara o cadáver e indeterminara a *causa mortis* na D.O. e no laudo cadavérico, por indícios de infração aos artigos 80 e 98 do Código de Ética

Médica (CEM). O TAC com o dirigente do IML foi lastreado no suposto "encaminhamento sistemático de denúncias contra os médicos assistentes e/ou plantonistas sem a devida análise do quanto denunciado, está em tese atribuindo aos médicos a culpa pela falta do SVO, quando os denunciados deveriam ser o Governador do Estado da Bahia e os Secretários da Saúde e da Segurança Pública, estes sim responsáveis pela ausência do Serviço de Verificação de Óbitos". O TAC com os dirigentes do serviço de urgência e emergência foi proposto "visando utilizar o mecanismo pedagógico desta Casa e a correção das condutas adotadas como protocolos para o encaminhamento de corpos de pacientes falecidos no [nome da unidade de saúde]". O relatório e voto do conselheiro sindicante ainda citou trecho de outra sindicância, anteriormente julgada:

> Assim, por considerar que a inexistência de SVO no Estado da Bahia decorre de desídia do gestor público entendo que a denúncia ao invés de dirigida contra o profissional médico deveria ser apresentada contra o Governador/Secretário de Saúde, estes sim responsáveis pelo alegado sofrimento de familiares enlutados e sobrecarga de trabalho do IML.

No curso da instrução processual, o réu peticionou pela inclusão de um dos dirigentes do pronto-socorro no polo passivo do PEP, o que foi deferido pelo conselheiro instrutor e pela Câmara de Processos, por indícios de infração aos artigos 18, 19 e 21 do CEM. Concluiu-se pela absolvição do legista, e pela condenação do emergencista a censura confidencial em aviso reservado, por infração ao artigo 18 do CEM, combinado com a Resolução CFM nº 1.779/2005.

Encerrado o levantamento documental no IML, a pesquisa em arquivos do CRM disponíveis em https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/denuncias-contra-medicos-na-bahia-caem-573-nos-ultimos-10-anos/ permitiu constatar que, num ano muito próximo dos acontecimentos narrados acima, o conselho recebeu 400 denúncias e instaurou 301 sindicâncias, sendo que, no mesmo ano de 2021, foram abertos 117 PEPs, dos quais 47,2% terminaram em condenação, sendo 12,14% apenados com advertência confidencial em aviso reservado, 16,07% com censura confidencial em aviso reservado, 16,07% com censura pública em publicação oficial, 1,79% com suspensão do exercício profissional por até trinta dias e 1,07% com cassação do registro.

80 arquivamentos de sindicância e apenas quatro instaurações de processo correspondem a uma proporção (4,76%) muito desigual em relação a 117 PEPs num ano com 301 sindicâncias (38,87%), mesmo não se podendo dizer que façam parte

do mesmo lote (porque sindicâncias iniciadas num ano podem ser julgadas no ano seguinte, e PEPs instaurados num ano podem resultar de sindicâncias abertas em anos anteriores). A teoria rival de que o CRM-BA aprecia denúncias de omissão ou esquiva da emissão de declaração de óbito de forma diferenciada das demais demonstrou-se mais apta a explicar o fenômeno descrito no caso do que a declaração inicial, portanto.

Quanto à observação participante, anotou-se que a Corregedoria interpretou inicialmente todos os conselheiros peritos médicos legistas como impedidos de atuar como sindicantes, distribuindo as sindicâncias instauradas preferencialmente para Câmaras de Sindicâncias que não tivessem legistas em sua composição. Todas as sindicâncias foram instauradas na modalidade *ex officio*, ou seja, o CRM não se esforçou para contactar os parentes dos falecidos cujos corpos foram encaminhados ao IML e consultá-los sobre seu interesse de ocupar o polo ativo dos feitos administrativos, escamoteando a lide entre a pretensão dos familiares de não ter seus parentes necropsiados e a pretensão dos médicos de não emitirem a D.O., e transformando a questão numa mera disputa entre dois conjuntos de médicos (assistentes e substitutos, de um lado; legistas, de outro). Além disso, na sessão plenária em que o perito autor do projeto de intervenção foi convidado a expor o contexto, os motivos e os procedimentos levados a cabo no IML, um dos membros da Diretoria declarou que jamais apenaria um médico por ter enviado um corpo para o IML, mesmo sem fundada suspeita de morte por causa externa, porque ele agiria da mesma forma, o que motivou diversas demonstrações de anuência dos demais conselheiros.

3.3 CONDIÇÕES DE UM CONSELHO DE FISCALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Os Conselhos Regionais e Federal de Medicina, disciplinados pela Lei nº 3.268/1957, são autarquias especiais dedicadas a disciplinar, fiscalizar e julgar o exercício da profissão médica. Em cada Conselho Regional de Medicina (CRM), um Tribunal Regional de Ética Médica processa sindicâncias e processos ético-profissionais (PEPs) para apreciar a conduta técnica de seus jurisdicionados quanto aos ditames deontológicos da corporação. Os juízes, nesse subsistema, são médicos, sem necessidade de formação jurídica, posto que a legitimidade não lhes provém da admissão mediante concurso de provas e títulos ou do saber jurídico, mas do fato de

dominarem o regramento ético-médico, de exercerem a medicina, na prática, em situação semelhante à dos colegas denunciados, e de terem sido eleitos pelos pares.

Frequentemente, os Conselhos de Medicina são avaliados pelos pacientes e seus familiares denunciantes como corporativistas, tendentes a arquivar as sindicâncias e, em fase de PEP, absolver os médicos. Já do ponto de vista dos profissionais processados, os CRMs são rigorosos, e os feitos, penosos para os jurisdicionados (Callegari, 2009; Pittelli, 2002). Não é tarefa fácil concluir se os CRMs são lenientes ou punitivistas, pois não há critérios de adequação, e mesmo comparações entre os conselhos de diferentes Unidades da Federação (UF) não poderiam indicar uma proporção certa de arquivamentos de sindicâncias versus instauração de processos, nem de absolvições versus sanções contra médicos.

Em Sergipe, por exemplo, o CREMESE teve apenas 9,1% das sindicâncias em geral evoluindo para instauração de PEP entre 2004 e 2013, período anterior àquele estudado no CREMEB e numa UF bem menor, com um CRM igualmente composto por 42 conselheiros para uma quantidade extremamente inferior de médicos jurisdicionados a serem fiscalizados (Almeida & Pimentel, 2016). Mesmo sendo uma proporção bem menor que os 38,87% do CREMEB em 2021, ainda alcançou quase o dobro dos 4,76% das sindicâncias do presente estudo de caso.

O Conselho Regional de Medicina decidiu pelo arquivamento da quase totalidade das sindicâncias geradas pelas denúncias do Instituto Médico-Legal contra os médicos que negaram a emissão de D.O. em casos sem indício de causa violenta ou externa. As cinco Câmaras de Sindicâncias do Tribunal Regional de Ética Médica apreciaram tantos feitos semelhantes, que os conselheiros acharam por bem citar, em seus relatórios, o contexto geral, o fato de que outros relatórios já tinham sido votados em sessões anteriores, que o arquivamento tinha sido o padrão prevalente de conclusão, e até inserir trechos inteiros de julgado já tramitado.

As causas de tantos arquivamentos para situações que aparentavam ser de inobservância direta de normas deontológicas expressas da profissão podem ser corporativismo, burocratização e uma tendência a agir muito mais em defesa dos jurisdicionados que efetivamente como órgãos de fiscalização, problemas dos CRMs já descritos (Bueno & Tavares, 2024; Delduque, 2021; Gonçalves & Lima E Silva, 2020), mas que o presente estudo não pôde identificar objetivamente.

A interpretação literal da Resolução CFM nº 1.779/2005 esclarece objetivamente quais óbitos devem ser declarados por médicos assistentes (mortes

naturais de seus próprios pacientes), substitutos (mortes naturais de pacientes assistidos por colegas indisponíveis, quando na condição de plantonistas, socorristas ou médicos de guarda), patologistas de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) (mortes naturais sem assistência médica) ou legistas (vítimas de mortes por causas externas ou suspeitas de violência). É curioso que mais de 80 denúncias acompanhadas de guias ou relatórios expedidos por médicos assistentes e/ou substitutos sem registro de violência ou energia externa, mas ainda assim remetidos ao IML, tenham sido consideradas pelo CRM indignas de TAC ou PEP. Por não se ter acessado os autos da maioria dos feitos, não se pode afastar a hipótese de que a análise das cópias de prontuários que o CREMEB possivelmente requisitou às unidades de saúde tenha demonstrado aos conselheiros a inocorrência de atos infracionais, justificando tais arquivamentos.

Essa é uma limitação comum a estudos sobre a jurisprudência de conselhos de fiscalização profissional, cujas sindicâncias e processos administrativos tramitam com duplo sigilo (no caso, o sigilo médico e o sigilo processual). Foi possível conhecer o ponto de partida das denúncias a partir do IML, mas a instituição denunciante só sabia das informações das guias policiais e dos relatórios das unidades de saúde. É possível que os conselheiros sindicantes tenham oficiado os diretores técnicos das unidades de saúde que enviaram os corpos ao IML, requisitando-lhes cópias dos prontuários para formar sua convicção, e que o conteúdo desses prontuários lhes tenha convencido de não haver indícios de infração ética. Mas também pode ter acontecido de suprimirem tal providência, concluindo pelo arquivamento sem maiores diligências investigativas.

A fundamentação é um critério importante de legitimação das decisões judiciais, chegando a figurar entre as normas constitucionais brasileiras, como o inciso IX do artigo 93, que insere o princípio do livre convencimento motivado. Excetuada a peculiar situação do conselho de sentença no tribunal do júri, que corresponde ao julgamento dos crimes dolosos contra a vida pelo próprio soberano (o povo) diretamente, todo *decisum* exarado por um magistrado, seja monocraticamente ou de forma colegiada, deverá conter as bases que o sustentam, situação diversa do processo cível contemporâneo (Marques & Fuller, 2022). Tratando-se de procedimentos com possibilidade de sanções ao final, o mesmo livre convencimento motivado que se aplica ao processo penal (Streck & Jung, 2022) incide sobre o processo ético-profissional. A argumentação empregada ao redigir os relatórios e

votos pode constituir instrumento de legitimação e convencimento das partes envolvidas, para que aceitem as conclusões dos conselheiros com maior sentimento de justiça.

3.4 CONTEÚDO DAS PEÇAS DECISÓRIAS

Uma oportunidade de grande potencial heurístico teria sido o acesso integral aos autos das sindicâncias e PEPs instaurados pelo CRM, mas o instituto jurídico do sigilo processual nos Conselhos de Medicina dificulta e virtualmente impossibilita levantamentos a respeito. A participação de um órgão público (o IML) como informante num volume tão grande de feitos administrativos foi a chave de abertura para vislumbrar o conteúdo argumentativo que alguns conselheiros inseriram nos procedimentos.

3.4.1 Falácia da desídia dos gestores públicos

O argumento mencionado em ao menos duas conclusões de sindicâncias, de que a situação-problema vivenciada se resumia à indisponibilidade de SVO na Bahia, não corresponde às diretrizes técnicas aplicáveis ao fato, que são a Resolução CFM nº 1.779/2005 e a Portaria SVS/MS nº 116/2009. Percebe-se que os conselheiros envolvidos raciocinavam pela mesma lógica a permear o procedimento dos médicos denunciados pelo IML, ou seja, de que um plantonista de serviço de urgência e emergência que atende um paciente na periclitação da vida e tem pouco tempo de atendimento, com exígua oportunidade de colher uma anamnese mais completa, proceder a um exame físico mais aprofundado e solicitar exames complementares suficientes, de fato fica com poucas condições de definir uma *causa mortis* e preencher com segurança a Declaração de Óbito. Numa situação assim, parece-lhes natural e até intuitivo tramitar a demanda social para o compartimento que aparenta ter mais capacidade para chegar à resposta sobre qual condição matou a pessoa, ou seja, um serviço apto a realizar necroscopia.

Como a Bahia nunca tivera um SVO à época dos acontecimentos, o único órgão que realizava necropsias e poderia ser acionado era o IML, criando a demanda imprópria que o projeto de intervenção do DPT buscou enfrentar. A ênfase do ensino da Medicina Legal nos cursos de graduação em Medicina com foco no procedimento da necropsia, mais do que no preenchimento da D.O. e seus fluxos, é um problema

antigo (Laurenti, 1983) que parece ter deixado marcas profundas em toda uma geração de médicos, prejudicando a conduta dos profissionais em atuação.

Ocorre que as normas incidentes sobre a matéria já vigoravam havia entre nove e treze anos antes dos casos que levaram às denúncias pelo IML, tempo suficiente para que os jurisdicionados do CRM aprendessem o regramento vigente, sendo certo que o CRM-BA realizou diversas edições do Curso sobre Registros em Morbi-Mortalidade, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em sucessivas oportunidades de atualização e capacitação gratuita e com certificação, em Salvador e no interior do estado, abertas a médicos em geral ou focadas em novas turmas de residentes (pós-graduandos *lato sensu*), ou no corpo clínico de algum hospital específico.

Tais normas esclarecem que a única justificativa para remeter um corpo para o serviço médico-legal é a evidência de causa de morte externa (violenta) ou fundada suspeita de tal circunstância. Também determinam que o SVO assuma as mortes naturais sem assistência médica, critério restritivo que abarca moradores de rua, pessoas há anos sem frequentar um ambulatório, perfil bastante diverso dos casos noticiados pelo IML ao CRM, que eram de pessoas acompanhadas, tratadas, em uso de medicação, com exames médicos realizados em meses anteriores, com familiares ou acompanhantes capazes de ser entrevistados a respeito do quadro clínico que apresentavam, e até submetidas a algum procedimento cirúrgico recente, o que descaracteriza a necessidade de necropsia clínica por patologista de SVO. Além disso, a indisponibilidade de SVO é resolvida pela Resolução CFM nº 1.779/2005 com a remessa da demanda à unidade de saúde pública mais próxima, não ao IML.

Percebe-se que a convicção de alguns conselheiros de que a irregularidade do envio daqueles corpos ao IML seria sanada pela disponibilidade de um SVO que assumisse a mesma demanda é equivocada, de forma que o Governador do Estado e o Secretário de Saúde até poderiam ser responsabilizados, mas não no caso concreto, e nunca perante o CRM, ou por desrespeito às normas éticas da profissão médica, que não se lhes aplicam. Quem deveria ser ensinado a acolher a demanda social e emitir a D.O. seriam os médicos plantonistas das UPAs 24h, dos serviços de urgência e emergência hospitalares, das unidades básicas de saúde (UBS), das unidades de saúde da família (USF) e dos serviços de assistência pré-hospitalar (APH), como o SAMU 192, todos eles serviços já inaugurados, existentes e em atividade, faltando apenas ações mais assertivas de atualização e convencimento

pelo CRM ou pela área técnica dos respectivos mantenedores, como as Secretarias Estadual ou Municipais de Saúde.

Havendo baixa adesão espontânea aos cursos ministrados pelo CRM, as denúncias do IML consistiram numa chance de, por exemplo, celebrar TACs com aqueles que já vinham assumindo conduta contra-normativa, infringindo a Resolução CFM nº 1.779/2005, numa atividade educacional focada, dirigida especificamente àqueles médicos que já estavam, objetivamente, demonstrando distorções do aprendizado específico. Pactuar com tais médicos que eles frequentariam uma atividade educativa de seu Conselho e ajustariam seu procedimento dali em diante seria uma estratégia interessante para aumentar a obediência à regra técnica da profissão (KORINEK *et al*, 2022; LANDESS, 2019).

3.4.2 Relativização do conhecimento obrigatório da norma

O argumento abraçado por ao menos um conselheiro na conclusão de uma sindicância, no sentido de que um médico jovem poderia ser desconhecedor do Código de Ética Médica, eximindo-se de cumpri-lo por tal deficiência, contraria frontalmente uma premissa jurídica basilar. O próprio artigo 3º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro é, em si, uma norma, e é prudente supor que largas parcelas do povo brasileiro sem formação jurídica nunca a tenham lido. Entretanto, a proibição de eximir-se do cumprimento da norma pela alegação de desconhecê-la é regra garantidora da segurança jurídica (Alves, 2012), sem a qual a obediência ao ordenamento passaria a ser facultativa. O *ignorantia legis neminem excusat* milita em favor de todo o ecossistema normativo, portanto.

Se o princípio da equidade puder ser aplicado em favor de um cidadão com escolaridade manifestamente limitada, num ambiente cultural em que algum comportamento proibido por lei pareça legítimo para alguns muitos, e assumido por largo período, haverá margem doutrinária para discutir até mesmo se um costume *contra legem* pode afastar a aplicação da sanção, ou mitigar seus efeitos, seja pela vertente da *consuetudo abrogatoria* ou *desuetudo* (VINAGRE, 1988). Situação bem diversa é a de um médico, portador de diploma de nível superior, desconhecer não uma lei obscura de um ordenamento jurídico vasto, mas a resolução magna de seu conselho de fiscalização profissional. O nível universitário de formação do indivíduo e

a relevância da norma desencorajam qualquer interpretação no sentido de relativizar as obrigações de conhecer o Código de Ética Médica e a ele aderir.

3.4.3 Circunstâncias do paciente falecido

A qualificação da juventude do médico já foi alvo de comentário no item anterior, podendo-se acrescentar que médicos experientes têm maior vivência com a finitude da vida, potencialmente já declararam mais óbitos, e talvez já tenham sedimentado o valor da ortotanásia, evitando laivos de obstinação terapêutica que façam o óbito do paciente figurar como indício de incompetência técnica do profissional ou de limitação da própria Medicina. Por outro lado, o médico mais jovem terá menos tempo de conclusão do curso de graduação, devendo estar mais familiarizado com o regramento ético-profissional que acabou de aprender na faculdade, restringindo argumentos para justificar a insegurança procedimental diante da demanda do paciente e/ou sua família.

A juventude do paciente falecido é outro obstáculo que aflorou do caso estudado. Quanto mais velho é o indivíduo, menos escândalo sua morte provoca (Heisler & Martins, 2022). A dificuldade de aceitar que a morte chegue para uma pessoa jovem é um traço cultural arraigado, a que os médicos não estão imunes. Ocorre que a pouca idade do falecido não é um critério técnico para definir se a declaração do óbito será competência da unidade de saúde, do SVO ou do IML, ou seja, externalidades atécnicas contaminaram o *decisum* da Câmara de Sindicâncias. Quando recém-nascidos morrem após poucos dias, ou até horas, a contar do parto, por doenças congênitas que até já tinham sido diagnosticadas por ultrassonogramas pré-natais, a tenra idade não tem o condão de trasladar o encargo de declarar o óbito da maternidade, hospital ou berçário para o IML.

Invertendo a lógica aplicada pelo CRM ao caso, poder-se-ia incorrer no erro de naturalizar a morte de idosos, ainda que saudáveis. Pessoas de mais idade poderiam deixar de ser examinadas à cata de sinais de causa externa ou violenta, sonegando o envio ao IML e a necessária necropsia, e deixando ofensores impunes, apenas pela convicção de que a morte de jovens precisa ser investigada, por ser contrária às expectativas sociais, mas a morte de idosos poderia ser desprezada como inevitável ou banal, incorrendo-se em flagrante etarismo (Melo & Amorim, 2022).

Além de jovem, a paciente descrita pelo conselheiro com história de cirurgia ovariana havia cinco meses e uso continuado de anticoncepcionais não era pessoa

sem assistência médica, que é critério para demandar o SVO. Portanto, repisando a falácia já referida em item anterior, a omissão estatal em inaugurar SVO em Salvador não era elemento hábil a instruir a tomada de decisão pelo CRM. Outra peculiaridade é que chegou à UPA com queixas vagas e rapidamente evoluiu para convulsões, perda da consciência e parada cardiorrespiratória sem retorno. Entretanto, a velocidade ou vagar da evolução clínica tampouco é parâmetro decisório previsto pela Resolução CFM nº 1.779/2005 para definir a quem compete emitir a D.O. “Eventos agudos” que provocam a morte “sem tempo para proceder a uma investigação diagnóstica mínima” são atributos comuns em doenças prevalentes na atualidade, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, entidades nosológicas naturais sem componente violento que justifique a remessa para necropsia no IML.

3.4.4 Fundamentação das Decisões

A especificidade de se tratar de matéria médica, suscitada ao Conselho de Medicina por iniciativa de uma instituição policial médica, que se queixava do procedimento de uma equipe médica de unidade hospitalar, sem que tivesse havido qualquer reclamação ou denúncia por parte de pacientes, seus familiares ou de órgãos públicos não-médicos, torna a lide muito restrita a uma única corporação. Também transpareceu no discurso do conselheiro sindicante algum impulso de apenas aderir a uma tendência jurisprudencial consolidada, no sentido de que “temos uma opinião, já formada em vários casos similares precedentes nesta câmara, em que optamos por arquivar procedimentos administrativos semelhantes; por isso, estamos inclinados a tomar a mesma atitude”, sem que peculiaridades do caso concreto tivessem chance de demarcar uma senda diversa.

Seria um típico argumento *ad hominem*, se combinado com a decisão da outra sindicância, que propôs TAC ao dirigente do IML, rotulando a conduta de remeter mais de 80 casos ao CRM como repetição irrefletida do ato desarrazoado de denunciar, negligenciando a obrigação de explorar cada caso antes de noticiá-lo ao Conselho. Ataca-se o portador da *notitia* (o IML), deixando-se de enfrentar os termos da denúncia, desestimulando, ainda, o cumprimento do artigo 50 do CEM, que veda ao médico acobertar erro ou conduta antiética de médico, e do artigo 57, que proíbe deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da

instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina. Mesmo em termos matemáticos ou proporcionais, o CRM precisaria ter conhecimento de quantos cadáveres de morte natural o Instituto Médico-Legal necropsiou no período, para aquilatar se 80 denúncias constituiriam exagero, ou se o IML tivera o cuidado de filtrar apenas os encaminhamentos flagrantemente indevidos e levá-los ao conhecimento do Conselho. O CREMEB deve ser uma instituição que evita conflitos, pacificando as relações entre pacientes e médicos, entre outros profissionais de saúde e médicos, entre o Poder Público e os médicos, e dos médicos entre si, mediando, conciliando, ajustando conduta e, eventualmente, sancionando. Provavelmente o arquivamento sumário de grande volume de denúncias de teor semelhante seja um procedimento incapaz de pacificar a sociedade, em geral, e os médicos, em especial, sem a devida fundamentação para tais decisões.

3.4.5 Solução da Lide ou Ênfase na Padronização

Se o Código de Ética Médica, como regra geral abstrata, veda ao médico, em seu artigo 84, deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta, esta premissa maior pode incidir sobre qualquer caso fático de um profissional que atendeu um paciente, viu-o morrer e não constatou qualquer indício de homicídio, suicídio ou acidente (premissa menor). A conclusão silógica é que compete a ele emitir a D.O. Quando a Resolução CFM nº 1.779/2005 determina que mortes naturais sem assistência médica, em localidades sem SVO, devem ser assumidas pela unidade pública de saúde mais próxima, não prevendo que o serviço médico-legal absorva a demanda, a premissa menor de um cidadão sem-teto que buscou atendimento na UPA e faleceu após poucos minutos de interação com a equipe, se não tiver feridas indicativas de violência, subsume-se a tal premissa maior, concluindo-se que cabe à própria UPA declarar seu óbito.

O caso estudado teve uma característica importante: o processamento de um grande número de denúncias parecidas, com fulcro na suposta infração aos mesmos dispositivos éticos, num período curto, apreciado pelos mesmos conselheiros. As remissões que os conselheiros fizeram a sindicâncias pretéritas do mesmo lote, ao decidirem as seguintes, contrariou o procedimento mais usual, de não empregar qualquer fonte jurisprudencial nos Tribunais Regionais de Ética Médica.

O sindicante que votou pela celebração de dois TACs e pela instauração de um PEP fez referência a “texto da lavra da Ilustre Conselheira desta Casa, [nome], na Sindicância [número/ano], cujo parecer foi aprovado à unanimidade pelos membros da [número] Câmara de Sindicâncias, ...”. O elogio à sindicante que tinha liderado o voto em outro feito e a robustez da decisão unânime foram aspectos que concorreram para sobrelevar o prestígio da conclusão, tornando-a merecedora de citação para influenciar a tomada de decisão que aconteceria em outra sessão de outra câmara. Por outro lado, a justificativa comentada para trazer excerto de outros autos para o relatório em votação era “Visando unificar a linha de decisões do CREMEB...”, enfatizando a padronização orgânica do Conselho, e não o problema sendo sindicado, em si. Uma contradição importante dessa decisão é que, se o IML deveria ajustar sua conduta e parar de encaminhar denúncias ao conselho (motivando o TAC assinado pelo seu dirigente), não faria sentido também celebrar TAC com o socorrista do pronto-atendimento que enviou o corpo para necropsia, pois não seria lógico que ambos estivessem simultaneamente errados.

3.4.6 A instauração de PEP contra o legista: assimetria

A decisão de instaurar processo ético-profissional em face do legista apresenta dois pontos problemáticos: a) a não intimação para manifestar-se em sede de Sindicância, tomando conhecimento do feito já ao ser citado como réu do PEP instaurado, e b) a fundamentação do raciocínio do conselheiro instrutor na cópia de prontuário do pronto-socorro que ele não acessara ao receber o cadáver no IML. Fica estranha a situação de um médico jurisdicionado não ser notificado para tomar conhecimento do feito administrativo e não poder participar da etapa inquisitorial de sindicância, sendo-lhe franqueada apenas a defesa prévia, já na condição de denunciado. É verdade que o CPEP não condiciona a instauração de PEP à participação do médico na sindicância que lhe dá origem, mas é incomum que os médicos baianos respondam a processos sem terem podido aproveitar a etapa precedente para contarem sua versão dos fatos.

Peritos médicos-legistas recebem, via de regra, a guia ou requisição policial e um relatório ou guia do serviço de saúde (quando o falecido estava assistido ou socorrido antes de morrer), mas não o prontuário integral, que costuma ser a primeira peça que o CRM solicita à unidade de saúde, ao iniciar o processamento de uma

sindicância. O conselheiro sindicante pôde ler o prontuário, que demonstrava que a paciente tinha sido assistida ao longo de diversos dias e sido submetida a vários exames, alcançando-se um diagnóstico conclusivo de doença natural, que descaracterizava completamente a indicação de necropsia. Foi, então, induzido ao erro de supor que o legista tinha acessado as mesmas fontes e fosse detentor das mesmas informações completas, mas ainda assim tivesse optado por indeterminar a *causa mortis* na D.O., deixando de registrar no SIM-DATASUS dados de que dispunha. Ao contrário, ele tinha recebido uma guia bastante lacônica e que carreava informação inverídica, aludindo a uma queda da própria altura que a falecida não tinha sofrido.

A assimetria de informações entre o conselheiro e o denunciado ficou flagrante, como também a desproporção entre os registros à disposição do segundo réu (incluído mais tarde), no pronto-socorro, e aqueles disponibilizados ao primeiro réu, no IML. Comparando-se feitos independentes, percebe-se que um médico intimado para apresentar sua versão dos fatos não compareceu, e ainda assim o Conselheiro Sindicante votou pelo arquivamento do feito, enquanto outro sequer foi instado a tomar ciência do conteúdo dos autos, mas respondeu a um processo, tisnando a simetria, mas uma vez.

A possibilidade de realizar um estudo de série de casos num Tribunal Regional de Ética Médica foi uma oportunidade rara, decorrente da concentração de razoável volume de denúncias numa única instituição governamental externa ao CRM, o que permitiu a pesquisa documental.

A reação do CREMEB frente ao projeto de intervenção do IML Nina Rodrigues desprezou a oportunidade de alavancar uma iniciativa que o Conselho já executava, porém com baixa adesão dos médicos e sem foco (ofertando para quem precisava ou não precisava, indistintamente). Teria sido possível vincular os TACs à reciclagem sobre emissão de D.O., intensificando a vertente educativa do conselho de fiscalização profissional e franqueando participação àqueles médicos que, objetivamente, já tinham demonstrado precisar do curso.

4 ESTUDO QUANTITATIVO DOS EMISSORES DE D.O. SEGUNDO ESCOLARIDADE E COR DA PELE

Uma *survey* pode ser realizada a partir de dados secundários de sistemas de informação governamentais, embora o modelo mais comum seja o da aplicação de questionários estruturados a uma amostra de indivíduos que seja representativa do universo a ser estudado. No caso atual, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade é um sistema de informação universal, que registra as mortes em qualquer sexo e faixa etária, nos ambientes domésticos e hospitalares, em áreas urbanas e rurais, não importando se o falecido teve assistências à saúde ou não, e se tal assistência foi pública ou privada, a declaração de óbito passa a funcionar como um questionário estruturado sobre a pessoa morta, com a vantagem de não se estar extraindo dados sobre uma amostra, mas de toda a população.

4.1 CONTEXTO

Considerando a situação-problema já descrita, de negativa da emissão da declaração de óbito por médicos de unidades de saúde por já ter o paciente chegado ao atendimento em óbito, ou por ter sido exíguo o tempo de assistência médica, ou pela pobreza informacional dos parentes / acompanhantes, ou ainda pela indisponibilidade de acesso ao prontuário, remetendo-se o corpo ao IML mesmo que não seja um caso de morte por causa externa, é provável que o fenômeno se distribua desigualmente na população, conforme nível socioeconômico ou classe social.

A chance de ter o óbito natural destinado à necropsia médico-legal num IML, ao invés de ser declarado pelo médico assistente, deve atingir mais quem nem tem um médico assistente regular, por conta de dificuldades de acesso a serviços de saúde. A insegurança do médico substituto para emitir a D.O. deve ser maior entre usuários do sistema público de saúde que peregrinam entre várias unidades de saúde, conforme sua queixa ou a disponibilidade de vagas, enquanto pessoas abastadas podem frequentar sempre o mesmo serviço de saúde e ter nele seu prontuário completo, guiando o plantonista.

4.2 MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo do tipo levantamento ou *survey*[21] das declarações de óbito emitidas para mortes ocorridas no município de Salvador entre os anos de 2013 e 2022, totalizando um decênio até o último ano mais recente com dados disponíveis. Efetuado o *download* dos arquivos dbc a partir do endereço https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#, o aplicativo Tabwin do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foi usado para tabular as D.O.s emitidas segundo morte natural ou violenta, para falecidos brancos ou pretos/pardos, e para mortos com até sete ou com oito e mais anos de estudo.

O foco foi o médico atestador, tabulado como assistente/substituto (AS), legista (IML) ou patologista (SVO). Foram excluídas as D.O.s com médico atestador ignorado, não informado, ou outro, por corresponderem a informação perdida (*missing*) ou declaração de óbito emitida pelo cartório do registro civil de pessoas naturais, embora não se possa classificar Salvador como uma localidade sem médico, que justificaria ao notário assumir tal encargo.

O aplicativo StatCalc do EPI Info versão 7.2.5.0 do *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) foi empregado para calcular razões de prevalência e testes de significância estatística da associação entre escolaridade e cor da pele com a prevalência de encaminhamento ao IML entre as mortes naturais, aceitando-se como significante associações com $p < 0,01$.

Entre os campos que o formulário da D.O. inclui, não se coletam variáveis que possam constituir indicadores de poder aquisitivo ou nível socioeconômico diretamente, como renda mensal, ou a posse de utensílios que se agregam no Critério de Classificação Econômica Brasil. Escolaridade e cor da pele foram as variáveis selecionadas para atuarem como *proxy* do nível socioeconômico, assumindo-se que falecidos com menos anos de estudo e negros (pretos e pardos) têm maior risco de serem desnecessariamente necropsiados em caso de morte natural, até por necessidade de identificação judiciária (Silva, 2024; Bordoni *et al*, 2017).

---

[21] Nesse sentido, a pesquisa de estudo de caso sem dúvida apresenta vantagens. No mínimo, os estudos de caso podem ser avaliados “como adjuntos aos experimentos em vez de como alternativas a eles” (Cook & Payne, 2002). (...) Por fim, de maneira semelhante, a pesquisa de estudo de caso pode facilmente complementar o uso de outros métodos quantitativos e estatísticos. (Yin, 2015, p. 23).

4.3 RESULTADOS

O percentual de D.O.s emitidas por legistas do IML entre as mortes violentas variou entre 95,8% entre os falecidos com baixa escolaridade e 93,8% para mortos com mais anos de estudo (Tabelas 5 e 6). Também predominou entre brancos, com 83,1%, e pretos/pardos, com 95,8% (Tabelas 9 e 10).

Situação diversa foi constatada para as mortes naturais, quando os legistas emitiram 17,3% das declarações de óbito de pessoas com menos que oito anos de estudo e 10,9% das D.O.s de mortos com maior escolaridade (Tabelas 3 e 4). O IML ainda emitiu 13,4% das declarações de mortes naturais e pretos e pardos e 6,2% daquelas de brancos (Tabelas 7 e 8).

Quanto à escolaridade, a chance de ter a D.O. emitida pelo IML entre pessoas com menos estudo foi 1,58 vezes maior que entre mortos com maior escolaridade [1,51;1,65], com $p<0,00000001$. Para cor da pele, a razão de prevalências da emissão da D.O. pelo IML foi de 2,14 [2,03;2,27] e $p<0,00000001$.

4.4 DISCUSSÃO

Esperar-se-ia que a proporção de declarações de óbito emitidas pelo IML entre falecidos por causas externas fosse próxima de 100%, de maneira que os percentuais entre 83,1% e 95,8% são preocupantes, pois documentam que alguns médicos assistentes e substitutos estão usurpando competência estrita dos legistas, peritos oficiais da Segurança Pública que devem realizar exames necroscópicos para provar a materialidade e levantar indícios de autoria de casos com possível repercussão penal e/ou cível. Chama a atenção que a faixa de erro é mais ampla entre pessoas com escolaridade superior e brancas, indício de que aspectos socioeconômicos do morto podem favorecer até mesmo a burla à investigação policial e a emissão da D.O. por um médico assistente ou substituto ao arrepio das normas incidentes. Não foram realizados testes de significância estatística nesse estrato, pois o foco do estudo é a remessa indevida de corpos ao IML quando não há motivo para fazê-lo.

A associação entre escolaridade e emissão da D.O. por médico legista foi significante, com 58% de excesso de envio desses corpos ao instituto médico-legal mesmo para casos de morte natural, que deveriam excluir tal procedimento. Pior ainda foi a situação para cor da pele, pois falecidos negros tiveram mais que o dobro de encaminhamento para a Polícia Técnica, quando comparados com os brancos. É preciso reconhecer que escolaridade e cor são variáveis *proxy* para nível

socioeconômico, e que pessoas com menor poder aquisitivo têm menos acesso a serviços de saúde (Silva et al, 2023; Dantas et al, 2021). Frequentando menos o consultório médico e realizando menos exames complementares, é de se esperar que essas pessoas tenham menos diagnósticos conclusivos, aumentando a insegurança dos médicos que as atendem ao redor do momento final. Médicos substitutos, como socorristas, emergencistas e plantonistas, devem ficar menos propensos a emitir a D.O. e mais inclinados a remeter os casos ao IML quando as famílias não têm relatórios e laudos de atendimentos anteriores e de exames para fundamentar uma suspeita diagnóstica sobre a doença que levou ao desfecho letal.

Em oposição, pessoas brancas e com mais anos de estudo devem ter mais acesso a assistência médica, de forma que existe um médico assistente para assumir a emissão da declaração de óbito, quando necessário. Mesmo que tal profissional esteja inacessível, um conjunto de documentos clínicos estará à disposição para guiar o raciocínio do médico ao examinar o corpo e constatar a morte. Entretanto, sabe-se que a pobreza de histórico clínico e o desconhecimento sobre a(s) doença(s) que acometia(m) o morto não são justificativas para trasladar ao IML um cadáver sem indícios concretos de morte por causa externa, apenas um fator a aumentar a irritabilidade do subsistema e fomentar ruídos de comunicação entre sistema e ambiente.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade do DATASUS tem enorme potencial para monitoramento das condições de vida e saúde da população brasileira, mas também se presta à avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS e do subsistema complementar privado. A pesquisa de levantamento ou *survey* aqui descrita, classificada pela Epidemiologia como estudo de secção transversal, tem como fortaleza o fato de incluir todo o universo das D.O.s emitidas no período, e não apenas uma amostra, alcançando índice de cobertura dos registros de óbito próximo de 100%, porque é altamente improvável que se consiga sepultar um corpo sem D.O. em Salvador.

Para além do emprego de cor da pele e escolaridade como indicadores de nível socioeconômico, podem-se sugerir novos indicadores para pesquisa futuras, como o tempo médio entre o óbito e a emissão da declaração (que esbarraria no fato de que o formulário registra a data e hora da morte, mas apenas a data – sem a hora – da emissão da D.O.) e a proporção de óbitos declarados por tipo de estabelecimento. A subnotificação de informações relevantes do evento morte pela remessa indevida do

cadáver para o profissional ou órgão inadequado para emitir a D.O. pode, inclusive, tisnar o atingimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (ODS 2030) 3.8, 10.3, 16.6, 16.7, 16.10 e 16.a da Organização das Nações Unidas, impedindo o Brasil de bater as metas com as quais se comprometeu perante a comunidade internacional[22].

A vertente quantitativa do estudo produziu achados congruentes com os da parte qualitativa (estudo de caso), visto que a exclusão de parte dos usuários do sistema de saúde por critérios de nível socioeconômico, motivando a remessa indevida de corpos de morte natural para o IML e transferindo do setor saúde para o setor segurança pública uma demanda imprópria coaduna-se com a abordagem diferenciada que o CRM-BA aplicou às denúncias sobre tal problema. Descortina-se a necessidade de observar os resultados quali-quantitativos pelas lentes de uma teoria que dê conta de reconhecer a complexidade dos diferentes setores, órgãos e atores sociais envolvidos, por vezes atuando em fluxos fragmentados com certo hermetismo entre eles (unidades de saúde, delegacias de polícia, IML, SVO), e, simultaneamente, enfocar a inclusão e a exclusão como chaves explicativas, o que é objeto do próximo capítulo.

---

[22] Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades
3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles 10.3 Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive por meio da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito.
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis
16.6 Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis.
16.7 Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis.
16.10 Assegurar o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, em conformidade com a legislação nacional e os acordos internacionais.
16.a Fortalecer as instituições nacionais relevantes, inclusive por meio da cooperação internacional, para a construção de capacidades em todos os níveis, em particular nos países em desenvolvimento, para a prevenção da violência e o combate ao terrorismo e ao crime.

5 A FORMA INCLUSÃO / EXCLUSÃO DA TEORIA DOS SISTEMAS SOCIAIS DE NIKLAS LUHMANN E A EMISSÃO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO

Se a sociologia tiver a sociedade como um objeto dado que precede a observação científica, objetivamente a sociedade teria que ser estudada a partir de um ponto externo a ela própria, o que é impraticável. “Não há como sair do universo. Não há nenhuma posição externa” (Luhmann, 2020). Luhmann argumentava que não pode haver um objeto “sociedade” acessível à observação independente, quebrando a dicotomia do paradigma sujeito-objeto e reconhecendo a própria sociedade como sujeito. Assim, sistema é uma série de eventos relacionados um ao outro, ou de operações. Para seres vivos, trata-se de processos fisiológicos. Para sistemas psíquicos, são ideias. Nas relações sociais, são comunicações. Dito de outro modo, a fronteira entre sistema e ambiente não deve ser concebida de forma espacial, mas operacional (Luhmann, 2016; Bechmann & Stehr, 2001).

Luhmann defendeu que o paradigma central da Teoria dos Sistemas se deslocara do sistema, em si, para a relação entre sistema e ambiente. O sistema é capaz de auto-observação e contempla a complexidade do ambiente, de que também fazem parte outros sistemas. “Observar não é nada mais do que o manejo de uma distinção”, não “uma operação especializada em obtenção de conhecimento, não é uma análise” (Luhmann, 2016). Daí decorre que o sistema ordene tudo como interno ou externo, praticando a distinção sistema / ambiente como universalmente válida, ainda que realidades de diversas naturezas (físicas, psíquicas, orgânicas) desconsiderem essa diferença. Como o sistema excetua a si próprio de seu ambiente, e nada mais, cada sistema tem um ambiente seu, e não reconhece que o ambiente possa efetuar operações ou perceber a ele, sistema. Por isso, Luhmann afirma que o sistema se autototaliza deixando o ambiente indeterminado.

Acontece que o sistema opera selecionando apenas algumas das possibilidades a cada momento. Tal é o conceito de desnível de complexidade (Luhmann, 2016). As possibilidades são tantas, que o sistema precisa selecionar apenas algumas delas, para continuar operando. As possibilidades de relações entre elementos internos ao sistema que não se realizam ficam potencializadas como opções futuras. Se o sistema, podendo fixar seus próprios limites e diferenciar-se do ambiente, não dá conta de concretizar a todo momento todas as possibilidades que

embute, imagine-se a quantidade de possibilidades externas a ele, pois o ambiente tende a ser ainda mais vasto e complexo que o sistema (Kunzler, 2004). Aliás, o sistema observa o ambiente ao seu redor, com número crescente de possibilidades, aumentando a desordem e a contingência, e seleciona algumas delas, que lhe fazem sentido, o que reduz a complexidade ambiental e aumenta a complexidade sistêmica (Baeta Neves & Neves, 2006).

A autodiferenciação em subsistemas pode ser uma necessidade, se a complexidade do sistema aumentar demais, e configura outra face da autopoiese. O sistema gera a si mesmo ao diferenciar-se do ambiente pela seleção de operações dentre as possíveis, e por gerar subsistemas em si mediante reprodução autopoiética, “reconstituição contínua de ocorrências conectáveis” (Luhmann, 2016; Baeta Neves, 1997). Ressalte-se que o sistema reproduz seus elementos e estruturas com a ajuda de seus próprios elementos, de forma operacionalmente fechada, e não os importando do ambiente (Luhmann, 2016b; Mathis, 2004). A reentrada (*reentry*) é a simulação que o sistema processa dentro de si, com seus elementos internos, a respeito do que lhe é ambiental ou externo (Urteaga, 2010).

Mas a diferenciação que o sistema opera aumenta a complexidade interna e, ao mesmo tempo, possibilita novas formas de redução de complexidade. Por isso, cada subsistema reconstrói para si a totalidade do sistema, orientando-se pela sua própria diferença sistema / ambiente, e podendo desonerar-se com o pressuposto de que muitas exigências da reprodução da totalidade sistêmica são cumpridas em outro lugar. A articulação da totalidade como diferença entre subsistemas e ambiente do interior sistêmico é assimétrica e circular, mudando a perspectiva continuamente (Luhmann, 2016).

Talvez uma das proposições mais radicais de Luhmann tenha sido a de excluir as pessoas da sociedade. Para ele, as pessoas estão no ambiente do sistema sociedade, que se compõe de comunicação, e só. Elas estão, na verdade, no sistema psíquico (Luhmann, 2016). Soa como a “cereja do bolo” num processo que já se tinha iniciado com os chamados Mestres da Suspeita, retirando dos humanos a centralidade da Criação pela Teoria da Evolução de Darwin, o controle do próprio psiquismo pela noção de inconsciente de Freud, para não falar de Marx e Nietzsche. Mas ele reconhece aos sistemas psíquicos o mesmo fechamento autopoiético dos sistemas sociais, só que fundado na consciência, não na comunicação (Luhmann, 2016). É que a pessoa singular não pode pertencer a apenas um sistema social parcial, ela se

engaja no sistema jurídico, no político, no econômico, no educacional... Por outro lado, a sociedade é a totalidade das suas relações internas sistema / ambiente, e não pode aparecer em si mesma novamente como um todo, negando ao singular um lugar onde ele possa existir como ente social, restando ao indivíduo ser definido pela exclusão (Luhmann, 2018).

A comunicação se desdobra em informação, transmissão (ou mensagem) e compreensão (Kunzler, 2004; Bechmann & Stehr, 2001). Se Ego transmite uma mensagem carreando uma informação, mas Alter não distingue uma da outra e não sintetiza, não aconteceu comunicação. Se, entretanto, Alter recebe a transmissão e diferencia da informação, compreendendo-a, processou-se a comunicação, pouco importando que tenha selecionado uma informação diversa daquela emitida por Ego. É decisivo sublinhar que o sistema está estruturalmente pronto para receber aquilo que considera como provável. Quando se dá o oposto, surge uma diferença, que o estimula a mudar suas estruturas. Trata-se da dupla contingência (Mathis, 2004).

Do ponto de vista do direito subjetivo, Luhmann contrapõe aos conceitos de dever e de sujeição aquele da simples vivência, que acolhe as seleções do titular do direito e retribui com a ação. Para ele, o direito subjetivo redefine todos os outros, atribuindo-os aos papeis da ausência de reação, da expectativa Complementar e da mera aceitação da informação (Luhmann, 2019), consubstanciando a generalização congruente de expectativas, que reduz a complexidade ou, ao menos, a estrutura (Luhmann, 1980), de forma que é papel da norma proteger contra a decepção, tornando-a um instrumento inadequado “para conhecer os problemas enfrentados pela sociedade moderna, quando ela se desenvolve paralelamente à diferença entre inclusão e exclusão” (Luhmann, 2013), como se verá no subcapítulo 5.3.

Assim como certos conceitos foram alterando o significado ao longo da produção textual de Niklas Luhmann, sua teoria advogava pela necessidade do esquecimento a fim de não bloquear as capacidades do sistema para outras operações, inclusive invisibilizando ou dissolvendo paradoxos, ao invés de evitá-los (Moeller, 2015).

5.1 PROPOSTA DE COMPREENSÃO DO ACESSO À D.O. NUMA PERSPECTIVA SISTÊMICA

Inicialmente, a proposição luhmanniana parece instrumental para abordar o problema do acesso à declaração de óbito pelos cidadãos. Fica fácil perceber que a

evolução tecnológica da Medicina a tornou bem mais resolutiva que em épocas anteriores, gerando nos leigos expectativas crescentes e menor tolerância para com falhas dos profissionais. Da mesma maneira, surge para os médicos o temor de denúncias junto aos CRMs ou ao Poder Judiciário, e a emissão de uma declaração de óbito evoca, em parte deles, sentimentos de insucesso que prenunciam problemas jurídicos (Barros & Silva, 2004; Alves & Matias, 2023). Também segregou os médicos emissores de D.O. em segmentos com regras de funcionamento e culturas internas diversas, pois o sistema médico gerou subsistemas de profissionais assistentes, substitutos, patologistas e legistas, quando se trata de preencher D.O.s.

Acontece que se pode escolher “a distinção com a qual se observa o mundo e pela qual se expressa como a operação que faz isso participa, ela mesma, do mundo” (Luhmann, 2020). Como o mundo pode ser descrito de modo policontextual, dificulta-se o projeto de universalidade da ética e se cede lugar a particularismos, de forma que o sujeito se identifica com grupos e suas morais, e passa a não admitir a aprovação de determinadas pessoas. A consequência é que as regras gerais sobre emissão da D.O. são escamoteadas por percepções específicas de subsistemas incongruentes.

Diante do fato morte, cada um desses subsistemas será irritado de uma forma, já que a decodificação da transmissão para receber a informação e processar a compreensão depende dos elementos autopoiéticos internos. Um caso que é incumbência do socorrista do SAMU na concepção do legista, por falta de energia externa atuando sobre o falecido, pode parecer para aquele uma hipótese de encaminhamento ao SVO, por discordâncias ou esquecimentos sobre o conceito de “morte sem assistência médica”. Um óbito por fratura óssea patológica consequente a osteoporose ou outro distúrbio metabólico pode ser simulado internamente pelo subsistema como morte violenta, por ter o paciente caído ao chão consequentemente à fratura (mas que o Alter assimilará como uma queda que provoca uma fratura, e não como uma fratura que provoca uma queda).

Um exemplo direto que o próprio Luhmann propõe é o de culturas tribais ou departamentos universitários como sistemas que, condicionando moralmente a própria complexidade e a complexidade do ambiente, o façam de acordo com o esquema estratégico de amigo e inimigo (Luhmann, 2016). O SAMU, o IML e o SVO conformariam sistemas autototalizados em suas próprias comunicações, que

tratariam os outros como ambientes, por referência aos seus elementos internos, concorrentes.

A complexidade do ambiente e dos sistemas envolvidos só aumenta, se se considerar que não são apenas os médicos que interagem nesse assunto. Familiares têm preferências quanto à remessa ou não de seus parentes mortos para necropsia (Medeiros, Lima & Lima, 2018; Pescarolo, 2007; Barros & Silva, 2004). Delegados de polícia têm preconcepções sobre que demanda deve ser processada com interesse policial, ou que casos merecem um “olhar social” para franquear às famílias a desejada D.O. (Mendo, 2019). A comunicação entre tais subsistemas vai progressivamente selecionando menos opções dentre a quantidade crescente de possibilidades (emitir a D.O. na unidade, orientar a família a procurar a Delegacia, acionar o Serviço Social ou a Psicologia da unidade, demandar o SVO, enviar o cadáver ao necrotério da unidade somente com uma constatação de óbito *et cetera*).

Ocorre que o sistema pode desenvolver estratégias agregadoras para ordenar os sistemas de seu ambiente, por exemplo, pela dicotomia mesmo tipo / outro tipo. “Assim, organizações preferem se corresponder com organizações e tratam outros setores de seu ambiente (...) frequentemente como se fossem uma organização, como se controlassem documentos, pudessem tomar decisões, tivessem de reagir a reclamações etc” (Luhmann, 2016), é um trecho do sociólogo que se aplica bem a IMLs ou SVOs (organizações) se posicionando quanto a médicos assistentes autônomos atuando de forma individual ou quanto a parentes avulsos de um falecido.

A exclusão do indivíduo do sistema social ‘sociedade’ possibilita depois sua re-entrada como valor na ideologia. Só então é possível exigir que a comunicação social se oriente pela distinção de indivíduo e sociedade e, inversamente, que nenhum indivíduo real possa se sentir conduzido por essa distinção (Luhmann, 2018). Simulando internamente por *reentry* proposições incongruentes com a irritação advinda do ambiente, os subsistemas médicos colidem numa sucessão de conflitos que podem se restringir a incômodos e rivalidades veladas (Barros & Silva, 2004) ou descambar para denúncias formais em órgãos judicantes, como o estudo de caso descrito no Capítulo 3, que ilustra uma situação de baixa estruturação da complexidade, de ainda incipiente generalização de expectativas (Luhmann, 1980).

Aliás, a aparente superficialidade com que o CRM tratou as denúncias e optou pelo arquivamento evoca a proposição luhmanniana sobre a autossimplificação do sistema, quando tolera ou não tolera o agir comunicativo em si. Afinal, “sistemas dos

quais se demanda alta sensibilidade sofrem perda de temas, porque nele cada um já sabe que o outro já sabe como o tema deve ser tratado", de maneira "que não há mais tempo para se 'discutir' tudo o que ainda seria necessário" (Luhmann, 2016).

O próprio Luhmann reconhecia que o Direito é um subsistema (o jurídico) que opera dentro do sistema da sociedade, mas com operações próprias que processam sua autopoiese, renovando a comunicação e delimitando-a em relação a todo o restante. O sistema jurídico realiza sua autopoiese "ao seguir única e exclusivamente o código jurídico ou não seguir código algum" (Luhmann, 2016b). Se a sociedade tem tolerado os processos de diferenciação do subsistema jurídico, é porque eles mantêm uma referência funcional com problemas do sistema social.

Entretanto, as aproximações entre a teoria dos sistemas de Luhmann e o problema do acesso à declaração de óbito esboçadas neste subcapítulo têm a limitação de servirem mais como proposta descritiva do fenômeno social analisado, sem muito potencial para alguma transformação que permita a solução dos impasses e a efetividade de políticas públicas. Na sua produção mais tardia, Luhmann plasmou a forma inclusão / exclusão, que parece mais apta a contribuir para a ampliação do acesso ao registro de óbito no contexto estudado.

5.2 A FORMA INCLUSÃO / EXCLUSÃO E O PRIMADO DA DIFERENCIAÇÃO FUNCIONAL

Luhmann criticou conceitos que não tornam visível aquilo que excluem, e apresentou o conceito de forma como solução que opera, a cada observação, a distinção entre o que se descreve e atualiza, servindo como ponto de partida para operações subsequentes, mas deixando como vazio o outro lado da distinção, como conceito-sombra (Luhmann, 2013). Para ele, a inclusão seria o lado interno da forma, deixando a exclusão do lado externo, mas não pelo prisma da continuidade da vida (operações orgânicas) ou da consciência (operações psíquicas), e sim do nexo comunicacional no sistema social. Inclusão significa ser identificado, ser considerado como relevante, ou seja, como pessoa, enquanto exclusão é ser desclassificado apenas como corpo.

Uma consequência da tipologia da forma inclusão / exclusão é que a inclusão se caracteriza por uma integração frouxa, enquanto a exclusão comporta uma integração rígida. Inclusão com integração frouxa significa que a interação entre parceiros num sistema funcional permite tirar conclusões internas a ele, mas não

externas. As relações entre sistemas flutuam, não podem ser extrapoladas para a sociedade como um todo. A pertença ou integração num sistema funcional não garante que o mesmo vá acontecer em outros. Já no âmbito da exclusão, a sociedade está altamente integrada, de maneira que “a exclusão de um sistema funcional traz consigo quase automaticamente a exclusão de outros” (Luhmann, 2013). As vertentes qualitativa e quantitativa do presente estudo indicaram, a partir de seus resultados, que constrangimentos de ordem social e econômica aumentam a chance de um óbito humano ser remetido para o subsistema médico policial, ao invés de ser endereçado para o sistema médico assistencial ao qual a norma jurídica o destinou, e que mesmo uma possibilidade de ajuste mediante rotulação de tal prática como lícita ou ilícita (ética ou infracional) sonega a essas pessoas a condição de legitimadas para participar da lide, numa integração rígida entre a exclusão da unidade de saúde (e consequente envio ao IML) e a exclusão da sindicância no CRM.

Niklas Luhmann propôs formas primárias e secundárias de diferenciação social, de maneira que umas podem preponderar em certos cenários, enquanto outras continuam operando em segundo plano, ou como produto colateral daquelas. Nas sociedades estratificadas da Antiguidade ou do Medievo, o *status* de cidadão ou estrangeiro, de livre ou escravizado, de nobre ou plebeu eram a maneira primária de diferenciação, resguardada a aplicação de critérios secundários de comunidades domésticas ou famílias, por exemplo. Na sociedade funcionalmente diferenciada, o primado da diferenciação funcional segue permitindo operações de classes sociais ou diferenças entre centro e periferia (Torres Júnior, 2014).

O que se pode chamar de versão ortodoxa da tese[23] do primado da diferenciação social tem dificuldades para confirmação empírica, o que motivou Torres Júnior a propor uma solução baseada na necessariedade ou não-contingência da diferença entre os problemas específicos de cada sistema funcional, uma forma de diferenciação social autoevidente, de modo que os sistemas funcionais podem dispensar qualquer fundamento externo. Para ele, “a esse primado funcional-objetivo corresponde o fato de que a construção de ‘endereços sociais’ (dimensão social) e,

[23] Segundo ele, a origem social permanece relevante no que se refere ao recrutamento ou seleção de pessoas para participar dos sistemas funcionais (inclusão), mas não no que tange às decisões internas e ao comportamento que os indivíduos desempenham nos papéis sociais que assumem quando incluídos nesses sistemas. A neutralização de desigualdades externas é entendida como condição necessária para a autonomia operacional dos diferentes sistemas funcionais em particular e para o primado da diferenciação funcional como um todo. (Torres Júnior, 2014, p. 547-561)

junto com isso, a distribuição ou atribuição de chances comunicativas passa a ser percebida como contingente, como se fosse possível de outro modo".

Os programas que os subsistemas empregam para mediar as influências das desigualdades externas[24] limitam as operações a um código binário definido para cada sistema, como lícito e ilícito (direito), ter e não ter (economia), verdadeiro e falso (ciência), governo e oposição (política), morte natural ou violenta (saúde), que não serve para responder a questões sobre sua própria aplicação. Assim, não se deve pretender que o sistema jurídico questione se ele pode diferenciar as ocorrências como lícitas ou ilícitas, nem ao sistema médico se deve propor a questão sobre sua própria possibilidade de identificar sadio de doente[25].

Quando um sistema põe sua complexidade à disposição de outros sistemas, ocorre penetração, que passa a ser interpenetração quando há reciprocidade, porém mantendo a circunstância de que os demais sistemas sempre são ambiente ou entorno para cada um. O compartilhamento de alguns elementos entre sistemas não lhes impede de selecioná-los de forma distinta, de encadeá-los de modo diferente a seus próprios processos de comunicação interna (Vallespín, 1993). O sistema médico assistencial e o sistema médico policial compartilham a declaração de óbito, o exame necroscópico, o profissional médico e o ato diagnóstico, mas valoram tais elementos a partir de códigos binários diversos operados a partir de programas não apenas distintos, mas até concorrentes ou adversários.

O código binário sadio *versus* doente do subsistema assistencial naturaliza a morte como consequência de um processo patológico que já estivesse em curso, permitindo ao médico emitir a D.O. com base em tal diagnóstico sem necropsia ou, quando muito, mediante necropsia clínica num SVO, nos raros casos sem assistência médica. O código binário morte violenta *versus* morte natural do subsistema policial

---

[24] O aumento e a redução de complexidade interna pressupõem que os subsistemas sociais sejam liberados de uma relação estreita com seu entorno, isto é, com os outros sistemas sociais. Os subsistemas conseguem evitar essa relação estreita através de mecanismos que Luhmann (1997b, p. 759 e 776) denomina "acoplamentos estruturais". Trata-se, nesse caso, de uma relação seletiva com as irritações do entorno. Especialização funcional e acoplamentos estruturais permitem que os subsistemas desenvolvam e sejam conduzidos por uma dinâmica própria (Luhmann, 1997b, p. 761 e 768), a qual também se baseia numa temporalidade e em desigualdades próprias. Decisivo aqui é que a influência de desigualdades externas sobre as operações dos sistemas funcionais não pode mais se dar sem mediações; elas são mediadas pelos programas sistêmicos – embora não neutralizadas. (Torres Júnior, 2014, 547-561).

[25] A sociedade e seus subsistemas funcionais são reproduzidos, desdobrados e tornados invisíveis como unidade, no decorrer das operações sistêmicas. Eles existem, como unidade, somente no plano da latência operativa, no plano da autofundamentação de esquemas de valoração diferenciados entre si, ou seja, como "ponto cego" da forma primária da diferenciação. (Torres Júnior, 2014, p. 547-561)

opera a distinção entre o que lhe é próprio (um óbito por energia externa que acomete uma pessoa até então saudável, ou seja, que não se esperava que morresse agora, o que será provado mediante necropsia médico-legal) e o que lhe é impróprio (um óbito por entidade nosológica que já era interna ao indivíduo e, portanto, já embutia a possibilidade de desfecho letal, tornando desnecessário o exame necroscópico).

A capacidade de um sistema de perceber e integrar os problemas de outros subsistemas da sociedade e do ambiente mais extenso do sistema social pode exigir uma solução política, a ser construída na fórmula "Estado", que é a chave para a descrição do sistema político da sociedade, o único que pode ultrapassar a operação em caixa-preta e descentralizar problemas que podem ser resolvidos mais eficazmente por outros subsistemas (Vallespín, 1993). Seria o caso de os conselhos de medicina, integrantes do Estado como órgãos da Administração Pública Indireta autárquica, avocarem a missão de reeducar e capacitar seus profissionais jurisdicionados para distribuírem adequadamente os óbitos entre os emissores de D.O., corrigindo os erros detectados pelo estudo quantitativo, que demonstrou haver mortes naturais declaradas pelo IML e mortes violentas declaradas por médicos assistentes e substitutos.

Se o primado da diferenciação funcional desconsidera fórmulas prontas de estratificação social, surge o conceito de população[26]. Para a finalidade do problema aqui analisado, vê-se que há dois desafios importantes. Primeiro, o próprio nível de escolaridade que formata ou deixa de formatar os indivíduos para credenciá-los a participarem da população tem funcionado, como a *survey* indicou, como critério de definição de declaração de óbito natural emitida pelo subsistema médico assistencial ou pelo subsistema médico-policial. Além disso, é a educação que alça o indivíduo à condição de profissional médico e lhe franqueia o acesso à estrutura do CRM, instituição que tem optado por alijar os pacientes, os não-médicos, os familiares dos

[26] Uma população consiste de uma variedade de indivíduos (Luhmann, 1997a, p. 25), definidos precisamente por sua indeterminação, pela inexistência de tipificações rígidas, pela necessidade de educação e pelo desenvolvimento de pretensões próprias. Essa variedade de indivíduos, formatáveis pela educação e capazes de desenvolver suas próprias aspirações, é, segundo Luhmann, um correlato direto da diferenciação funcional, pois um indivíduo só pode ser relevante para a esse tipo de sociedade à medida que é capaz de: a) assegurar sua identidade, mesmo participando de situações sociais muito distintas e sendo exposto a exigências comportamentais também diversas; e b) ao perseguir suas aspirações e seus interesses, tomar parte nos diferentes públicos dos sistemas funcionais e, com suas demandas por funções sociais, contribuir para a reprodução dos sistemas funcionais. (Torres Júnior, 2014, p. 547-561)

falecidos da condição de partícipes legítimos das sindicâncias sobre D.O., ao optar por processá-las na condição de feitos *ex officio*, como detectado pelo estudo de caso.

Tais seres humanos não foram identificados, não foram considerados como relevantes ou como pessoas. Os programas que definem pontos de referência para a operação dos códigos binários dos subsistemas[27] podem estar etiquetando casos individuais como sadios *versus* doentes (e, por analogia, como respectivamente morte violenta *versus* morte natural) a partir de uma perspectiva excludente, que é tolerada porque sua natureza não-contingente permite vislumbrar que, no futuro, a operação derive respostas diversas.

Lembrando que os conselhos de medicina são autarquias especiais, eles conformam a burocracia estatal, ainda que numa condição *sui generis* de não estarem sob supervisão ministerial. Sustentadas por emolumentos recolhidos da própria categoria a ser fiscalizada, disciplinada e fiscalizada por eles (Brasil, 1957), não devem ser classificados como entidades médicas, como o são as associações médicas, as sociedades de especialidades médicas e os sindicatos dos médicos, porque não foram criados para servir aos seus associados ou sindicalizados, como estas, mas sim para proteger os interesses da sociedade civil não-médica em face dos maus profissionais.

Acontece que se ressentem de uma circunstância peculiar: enquanto os julgadores do Poder Judiciário (magistrados) e da Administração Pública (servidores encarregados de tomar decisões em processos administrativos) são concursados e devem obediência apenas às normas (a própria semântica da palavra *burocracia*), os conselheiros de órgãos de fiscalização profissional das profissões liberais são eleitos pelos próprios colegas a quem deverão julgar, portanto vulneráveis a condicionamentos eleitorais das campanhas periódicas a que se submetem, quando apresentam plataformas frequentemente voltadas para prestação de serviço aos jurisdicionados, e não à sociedade civil como um todo.

---

[27] Para realizar essa redução de possibilidades operativas, os programas se vinculam, de modo constitutivo, a mecanismos de seleção social. Essa vinculação fica evidente quando se leva em conta a importância das construções ou observações sistêmicas sobre seu público. Tais construções ou observações, como mostra Stäheli (2009), reduzem as possibilidades operativas dos sistemas porque criam uma fronteira entre os “endereços sociais” com as competências para participar das operações dos sistemas funcionais e um “lado de fora” que ou é percebido como uma ameaça a ser afastada e excluída das operações sistêmicas, ou como uma população dotada de um potencial de inclusão capaz de, no futuro, permitir a ampliação das fronteiras do público. (Torres Júnior, 2014, p. 547-561).

Apenar um médico assistente, plantonista de pronto-socorro ou de serviço de assistência pré-hospitalar por ter deixado de emitir uma D.O., ou celebrar com ele um termo de ajustamento de conduta que lhe obrigue a aderir a um curso sobre atestação médica do óbito pode parecer uma diretriz muito radical para conselheiros que, dali a poucos anos, estarão pedindo votos ao mesmo eleitorado. Luhmann apontou os esquematismos binários dos subsistemas como motivo para que eles não contenham regras de autolimitação, o que resulta em condicionamentos presos a racionalidades organizativas (Luhmann, 1993). O código binário ético *versus* antiético dos CRMs parece operar mais eficazmente num cenário de denúncia individual de um paciente insatisfeito com a assistência recebida, irresignado com a atenção prestada pelo médico num ato profissional específico (consulta, exame, cirurgia), aparentemente funcionando menos bem numa denúncia sem polo ativo de uma instituição da segurança pública a respeito do atendimento a uma demanda pulverizada de um sem-número de familiares de indivíduos falecidos, mormente de classe social predominantemente diversa daquela dos médicos sindicados e dos médicos julgadores.

Além disso, é fácil para um conselheiro, dada a racionalidade organizativa de um CRM, assumir um pensamento dicotômico do tipo nós e eles, em que “nós” se refere aos médicos probos, éticos e comprometidos com a axiologia secular da profissão, entre os quais se inscrevem os próprios conselheiros, e “eles” engloba a minoria dos colegas infratores, que colocam os ganhos pecuniários acima do bem-estar dos pacientes, ou usam da relação médico-paciente para benefícios espúrios, ou que deixam de se apresentar para plantões *et cetera*. Na sua função judicante, os conselheiros frequentemente compulsam os autos de sindicâncias e PEPs nos quais se narram atos infracionais que eles mesmos, conselheiros, nunca cometeram nem se veem na circunstância de vir a cometer, o que não ocorre com a esquiva de emitir D.O., atitude relativamente comum na classe, resultado da supressão da disciplina de Medicina Legal do currículo (Gomes, 2012; Marinho, 2012) e da sua apresentação, onde ainda é ensinada, com ênfase exagerada nos tópicos de tanatologia.

Grande parte dos conselheiros aplicaria sem melindres uma pena de censura pública a um colega que abandonou um plantão, negligenciando a saúde e a vida de toda uma coletividade que precisa da unidade de saúde funcionando, conduta que ele mesmo jamais tomaria. Mas é mais difícil julgar culpado um médico que fez o que o próprio conselheiro também já fez (ou estaria inclinado a fazer), como transpareceu

no discurso do membro da diretoria pinçado pela observação participante do estudo de caso no Capítulo 3.

Nessas horas, o que pode parecer uma infração ética óbvia para o sistema médico policial é valorado pelo sistema médico assistencial como uma deficiência sistêmica. Não é o médico que figura como infrator ao negar a emissão da D.O., vitimando os familiares da pessoa falecida. É o médico que se faz vítima de um sistema de saúde que forneceu pouca assistência médica para o morto, ou o fez de forma fragmentada em diversos atendimentos desconexos de várias unidades de saúde (SAMU 192, UPA 24h, hospital, policlínica, UBS, USF...), de forma que nenhum dos muitos prontuários da pessoa contém informação suficiente para o diagnóstico seguro da *causa mortis*, e o médico mais próximo do evento óbito se sente vulnerável, desprotegido e incapaz de preencher a declaração de óbito, preferindo a esquiva como estratégia de autoproteção, comportamento perfeitamente defensável na mente do conselheiro médio. Como cada subsistema vê os outros como ambiente e não acessa as operações internas deles, são caixas-pretas uns para os outros, piorando o conflito, que os conselhos têm sido incapazes de mediar ou arbitrar.

Se as famílias das pessoas mortas por causas naturais cujos corpos são encaminhados indevidamente ao IML não têm sido identificadas como relevantes ou pessoas para as sindicâncias e PEPs dos CRMs sobre essa atecnia, faz-se necessário refletir sobre sua possibilidade de auto-organização para opor-se ao problema. Aqui, surge outro obstáculo. O luto é uma experiência desagradável, dolorosa, elaborada por cada pessoa de forma específica, com pequena margem para identificação de outros sujeitos passando pela mesma situação. Cada família que avaliou desnecessário e desagradável ter que frequentar o IML, ou ter o corpo de seu parente manipulado pelo legista, possivelmente prefere escamotear o fato e “seguir em frente” do que ficar remoendo a mágoa, e dificilmente olhará ao redor para perceber que outras famílias enlutadas estão na mesma situação. Isso dificulta que se organizem para resistir à diretriz de remessa do cadáver ao instituto médico-legal e exigir a emissão da D.O. pela unidade de saúde, portanto.

Se há uma diferença entre ricos e pobres, ou entre pessoas com acesso a assistência à saúde e sem acesso, ou ainda entre brancos e negros ou entre pessoas com alta e baixa escolaridade, como na *survey* aqui descrita, essa diferença tende a permanecer invisibilizada, ao invés de ser reconhecida politicamente como uma desigualdade que mereça ser pautada e combatida (Costa, 2019). Como os

prejudicados pela exclusão sistêmica não se articulam, não vislumbram vantagens estratégicas em reivindicar a alteração do *status quo* por algum órgão judicante ou autoridade pública, seguem experimentando uma diferença sofrida, que não conseguem instrumentalizar como uma desigualdade ou iniquidade que se possa ou deva enfrentar.

Interessante que a inclusão de certas pessoas possa ser problemática, com subintegração quando se trata de exercer direitos, mas a exclusão não significa que as mesmas pessoas não vivenciam uma sobreintegração aos mesmos sistemas quanto à sua face punitiva, restritiva ou onerosa, que Neves (1994) chamou de prescrições impositivas[28]. Pessoas negras, de baixa escolaridade, invisibilizadas pelos CRMs, continuam presas às regras sociais sobre destinação do cadáver. As dificuldades que enfrentam para ter uma D.O., uma guia de sepultamento, um assentamento de óbito no cartório do registro civil, uma certidão de óbito ou uma sepultura / cremação não lhes desobriga de cumprir os mesmos trâmites que a sociedade exige dos abastados, para quem tais procedimentos se processam como rotina, como uma regra *default* que não precisa ser programada.

Para essa finalidade, os médicos, ao ocuparem os assentos dos conselhos de medicina e ao empregarem racionalidades autocentradas ao julgar processos sobre D.O.s, servem-se da sobreintegração, de forma que a “subintegração das massas é inseparável da sobreintegração dos grupos privilegiados, que, principalmente com o apoio da burocracia estatal, desenvolvem suas ações bloqueantes da reprodução do Direito” (Neves, 1994).

A desigualdade de tratamento entre pessoas com base na etnia, que assume a forma de iniquidade pelo conteúdo de injustiça claramente incorporado, não é exclusividade dos atos registrais de óbito, que costumam ser buscados na intimidade da elaboração do luto de cada família que perdeu um de seus entes. Mesmo em searas mais afeitas à publicidade e definição sobre pautas de noticiosos, pessoas negras são oneradas mediante sobreintegração sistêmica quanto à face punitiva, como PASQUINHA & ZAIDAN DE CARVALHO (2024) detectaram ao comparar padrões de exposição da imagem e de rotulação social degradante conforme classe

[28] Para os subintegrados, os dispositivos constitucionais têm relevância quase exclusivamente em seus efeitos restritivos das liberdades. E isso vale para o sistema jurídico como um todo: os membros das camadas populares "marginalizadas" (a maioria da população) são integrados ao sistema, em regra, como devedores, indiciados, denunciados, réus, condenados etc.

social, tipo penal e cor da pele[29], subsistindo obstáculos à inclusão social (subintegração) quando se trata de delimitar ou garantir direitos para as mesmas pessoas, como DIAS (2021) demonstrou na questão das cotas raciais em universidades públicas.

[29] A discussão também serve como um alerta para um fenômeno silencioso, que é o processo de naturalização do desrespeito ao direito à imagem por mecanismos sutis de formação da opinião pública sobre a criminalidade urbana. Observou-se aqui o reforço de estereótipos que se inserem no senso comum e refletido no discurso de que é normal relativizar o direito à imagem de jovens negros, enquadrados como Outsiders.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explicitado na Introdução, este trabalho teve como objetivo geral verificar de que modo o nível socioeconômico interfere com o acesso das famílias à declaração de óbito em Salvador-BA, bem como descrever a reação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia à intervenção promovida por um Instituto Médico-Legal sobre o fenômeno da remessa de cadáveres de morte natural para necropsia. Para tanto, destacaram-se as regras do ordenamento jurídico a respeito da atestação médica de óbitos e situaram-se os pontos de conflito entre médicos assistentes, substitutos e patologistas de SVOs (subsistema médico assistencial) contra peritos médicos legistas (subsistema médico policial), problemática agudizada durante a pandemia de SARS-CoV-2, esgarçando relações já deterioradas.

Buscou-se o entendimento de que o princípio do Direito ao Registro e à Certidão e o princípio da Gratuidade estão inseridos nas garantias fundamentais da nossa Constituição Federal, mas constatou-se que menor escolaridade e negritude são fatores de risco para a emissão de declaração de óbito pelo IML, mesmo entre mortes naturais, em Salvador-BA.

Foram examinadas as portarias do Ministério da Saúde a respeito de Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), concluindo-se que elas traduzem para a emissão de D.O.s os princípios básicos do Sistema Único de Saúde. Detectou-se que os repasses de recursos federais e a produtividade dos SVOs foram diretamente proporcionais, indicando uma possibilidade de expansão da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da *Causa Mortis*, necessária, mas que não enfrenta o problema da remessa inadequada de cadáveres aos institutos médico-legais.

A diversidade das relações jurídicas que permeiam as equipes médicas das unidades de saúde, as famílias dos falecidos, os delegados de polícia, os peritos dos IMLs e os registradores, com ênfase sobre os médicos assistentes e substitutos e os médicos legistas, levou à lide em mais de 80 procedimentos administrativos junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, que reagiu à intervenção promovida por um Instituto Médico-Legal sobre o fenômeno da remessa de cadáveres de morte natural para necropsia de forma destoante da fundamentação que seria apropriada para tomada de decisão jurídica.

O referencial do funcionalismo luhmanniano mostrou-se útil para explicar dificuldades no acesso a declarações de óbito, sobretudo pela óptica da forma inclusão / exclusão, constituindo desníveis de cidadania, ou de sobreintegração / subintegração, que podem ser vencidos mediante diferentes enfoques de leis, portarias e resoluções para a efetividade de políticas públicas, principalmente se a burocracia conseguir sair de esquematismos orgânicos e identificar como relevantes, como pessoas (mais do que corpos) os reais destinatários de seus processos de julgamento.

Embora só estivessem disponíveis para análise prática a etnia / cor da pele e a escolaridade, outras variáveis *proxy* para classe social ou poder aquisitivo passíveis de extração a partir do TabWin do DATASUS seriam ocupação e endereço de residência, que poderão ser instrumentalizadas para futuros estudos com o fito de testar a associação entre nível socioeconômico e acesso à declaração de óbito. Da mesma forma, seria interessante desvelar eventual correlação entre remessa de cadáveres de morte natural para o DPT e pobreza no interior do estado, para checar se localidades em que os médicos dos serviços de saúde, os delegados de polícia e os legistas da Coordenadoria Regional de Polícia Técnica estão mais próximos e acessíveis entre si reproduzem ou não o estado de coisas da capital, onde os fluxos são mais impessoais. O tempo médio entre o evento óbito e a emissão da D.O. é outro indicador que poderá ser calculado, comparando-se o tempo de espera pelo documento entre as famílias dos falecidos por morte violenta, por morte natural atestada pelo médico assistente / substituto, ou ainda por morte natural atestada pelo legista, o que demonstraria se os prazos para elaboração do luto também são desiguais conforme estrato social do morto.

Como órgão de controle externo das forças policiais, o Ministério Público pode participar da solução do problema constatado, como já fez no passado, propondo termo de ajustamento de conduta à SESAB em prol da instalação do SVO. Agora que o SVO de Salvador, já existe, e percebendo-se que persiste o desnível de encaminhamento de cadáveres de morte natural para o IML segundo classe social, o MP pode voltar sua atenção para os direitos desrespeitados das famílias enlutadas, que também poderiam contar com a conscientização pela Defensoria Pública, até para se perceberem como um grupo, como pessoas sendo submetidas ao mesmo tipo de supressão de direitos por conta do despreparo ou desinteresse de parte dos médicos dos serviços de saúde.

Uma política pública voltada à solução dessa assimetria social, que impõe cargas mórbidas piores aos cidadãos que já são menos favorecidos, precisaria contar com a colaboração do Conselho de Medicina, que pode priorizar ações educativas e de reciclagem ou atualização para capacitar seus jurisdicionados a reconhecer quando lhes compete emitir a declaração de óbito sem suscitar a participação de órgãos policiais desnecessariamente. Para prevenir a continuidade do problema para as próximas gerações, o currículo dos cursos médicos teria que incorporar conteúdos de Medicina Legal e Perícia Médica efetivamente importantes para a formação do médico generalista, sem a tradicional ênfase em tanatologia e traumatologia cadavérica. O desbalanço entre incluídos, que podem ter seus óbitos declarados conforme rotinas dos serviços de saúde, e excluídos, que veem suas demandas sendo equivocadamente destinadas à esfera da Segurança Pública, constitui uma restrição inaceitável do alcance da garantia fundamental ao registro público do falecimento, apontando uma iniquidade que só se intensifica, considerando o estado emocional e a vulnerabilidade social das pessoas que são acometidas por ele.

REFERÊNCIAS

97NEWS. **Macaúbas: Ministério Público instaura inquérito para investigar a "Máfia dos Caixões"**. 97News, 01/08/2017. Disponível em https://www.97news.com.br/noticias/11233-2017/08/01/macaubas-ministerio-publico-instaura-inquerito-para-investigar-a-%60mafia-dos-caixoes?.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M.. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde & Sociedade** 25(2): 320-335, 2016.

ALMEIDA, T. A.; PIMENTEL, D.. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. **Revista Bioética**, 24(1): 128-135, 2016.

ALVES, V. M.; MATIAS, A. G. C.. Especificidades de declarações de óbito de causas não-externas emitidas pelos institutos médico-legais da Bahia, 2010 a 2020. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 7, n. 1, e129317, jan./jun. 2023.

ANDRADE, V. R.. **Eficácia do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues em verificações de morte natural**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Medicina) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Orientador: Bruno Gil de Carvalho Lima.

ARAÚJO, A. O. V.; ARAÚJO, D. D.; NOGUEIRA, A. H. A. S.; COSTA, A. K. F.; ANDRADA, C. P.; FILGUEIRA, F. S.; PINHEIRO, L. C.. Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015. **Revista Bioética**, 27(4): 739-746, 2019.

BACHUR, J. P.. Inclusão e exclusão na teoria de sistemas sociais: um balanço crítico. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, nº 73, 1º semestre de 2012, p. 55-83.

BAETA NEVES, C. E.; NEVES, F. M.. O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais. **Sociologias** 8(15): 182-207, 2006.

BAHIA. **Decreto 10.186, de 20/12/2006**. Aprova o Regimento da Secretaria da Segurança Pública. D.O.E. 21/12/2006.

BARROS, V. A.; SILVA, L. R.. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 318-333, dez. 2004.

BECHMANN, G; STEHR, N.. Niklas Luhmann. **Tempo Social** 13(2): 185-200, 2001.

BERNARDES, E. H.. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. **Ciência et *Praxis***, v. 1, n. 1, p. 47–52, 2017.

BITENCOURT, A. G. V.; NEVES, N. M. B. C.; NEVES, F. B. C. S.; BRASIL, I. S. P. S.; SANTOS, L. S. C.. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31(3):223-8, 2017.

BOND, L.. **Audiência no STF discute preços cobrados em cemitérios de São Paulo**. Empresa Brasileira de Comunicação, Agência Brasil, 05/12/2024. Disponível em https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-12/audiencia-no-stf-discute-precos-cobrados-em-cemiterios-de-sao-paulo.

BORDONI, L. S.; RIBEIRO, D. A. B.; BORDONI, P. H. C.. Causa Indeterminada de Morte: Possíveis Determinantes e Implicações para a Medicina Legal da Ausência do Serviço de Verificação de Óbitos. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 6, n. 4, p. 500-521, 2017.

BORDONI, P.H.C.; NASCENTES, A.L.M.; CAIXETA, L.J.; REIS, L.S.; LUIZ, L.F.R.; GOMES, L.P.B.; BORDONI, L.S.. Estudo Transversal das Necropsias de Intoxicação Exógena do Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte no Período 2006-2012. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, 6(3), 359-377, 2017.

BORGES, M. M. B.; FRANÇA, V. R.; SILVEIRA NETO, O. S.. Novas perspectivas do processo decisório das agências reguladoras. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 10, n. 1, p. 261-288, 2023.

BRASIL. **Lei 3.268, de 30/09/1957**. Dispõe sôbre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. D.O.U. 01/10/1957.

BRASIL. **Lei 6.015, de 31/12/1973**. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. D.O.U. 16/09/1975.

BUENO, D. C.; TAVARES, E.. Cartografia das controvérsias da telemedicina no Brasil. **Cad EBAPEBR** 22(5):e2023-0135, 2024.

CALLEGARI, D. C.. Fui processado. O que devo fazer? **Jornal do CREMESP**, Edição 266: 6, 2009. Disponível em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1242.

CARONE, C.. **Na calada da noite, Máfia das Funerárias mantém esquema clandestino**. Metrópoles, 08/04/2018. Disponível em https://www.metropoles.com/distrito-federal/na-calada-da-noite-mafia-das-funerarias-mantem-esquema-clandestino.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S. *et al*.. Brazil´s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet Health Policy** 394(10195): 345-356, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União** Seção I, Pág. 121, 12/11/2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.306/2022. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). **Diário Oficial da União** Seção I, Pág. 27, 25/03/2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta nº 2, de 28 de abril de 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades notificadores de óbito, na hipótese de ausência de familiares, de pessoa não identificada, de ausência de pessoas conhecidas do obituado e em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. **Diário da Justiça eletrônico**/CNJ nº 129/2020, de 7 de maio de 2020, p. 2-4.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB). **Parecer CREMEB nº 03/2015**. Deve o médico plantonista do hospital ou um médico vinculado à Secretaria de Saúde fornecer a Declaração de Óbito, mesmo na ausência de diagnóstico de certeza da causa da morte [...]. CREMEB, 06/03/2015. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Par-Cremeb-03-2015.pdf.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (CREMEB). **Denúncias contra médicos na Bahia caem 57,3% nos últimos 10 anos.** CREMEB, 01/02/2022. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/denuncias-contra-medicos-na-bahia-caem-573-nos-ultimos-10-anos/.

CORREIO. **Familiares se revoltam com serragem exposta em caixão durante velório em Itambé**. Correio, 24/04/2024. Disponível em https://www.correio24horas.com.br/minha-bahia/familiares-se-revoltam-com-serragem-exposta-em-caixao-durante-velorio-em-itambe-0424.

COSTA, S.. Desigualdade, Diferença, Articulação. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 33-45, Jan./Abr. 2019.

DANTAS, M. N. P., SOUZA, D. L. B., SOUZA, A. M. G., AIQUOC, K. M., SOUZA, T. A., BARBOSA, I. R.. (2021). Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 24, e210004. https://doi.org/10.1590/1980-549720210004

d'ÁVILA, R. L.. **O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996**. Dissertação. (Mestrado em Neurociências e Comportamento) – Universidade Federal de Santa Catarina. 1998, 136 p.

DELDUQUE, M. C.. Atuação dos conselhos de classe profissional no âmbito da saúde em face da pandemia de Covid-19. *In:* SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Profissionais de saúde e cuidados primários**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 72-85.

DIAS, M. P**.**. Política de Ações Afirmativas: Cotas para Negros em Instituições de Ensino Superior. **Ciências Sociais em Abordagens Múltiplas: desigualdades persistentes e políticas afirmativas no horizonte de incertezas**, v. 1, p. 287-314, 2021.

G1. **Mãe que alegou não ter dinheiro para caixão enterra filho assassinado na BA após mais de 1 mês do crime**. G1, 27/03/2018. Disponível em https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/mae-que-alegou-nao-ter-dinheiro-para-caixao-enterra-filho-assassinado-na-ba-apos-mais-de-1-mes-do-crime.ghtml.

GIL, A. C.. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2019, 248 p.

GOMES, J. C. M.. Perícia Judicial. *In*: BRAGA, B. E., SANTOS, I. C., RODRIGUES FILHO, S., NAKANO, S. M. S. (org.). **Perícia Médica**. Brasília: CFM, 2012, 510 p.

GOMES-NETO, J. M. W.; ALBUQUERQUE, R. B.; SILVA, R. F.. *Estudos de Caso: manual para a pesquisa empírica qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2024, 136 p.

GONÇALVES, E. L. N.; LIMA E SILVA, F. C.. A especialidade médica e a construção da ética profissional: análise de 966 denúncias ao CRM/MG, no período de 2012 a 2017. **Temas em Saúde** 20(1): 162-177, 2020.

HEISLER, J. L.; MARTINS, M. G. T.. Finitude: A Morte, o Morrer e Assistência a Pacientes Oncológicos Terminais na Visão dos Profissionais de Saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, 8(5): 653–674, 2022.

HOLMES, S.; SUSTEIN, C.. **O Custo dos Direitos: Por que a liberdade depende dos impostos**. São Paulo: Martins Fontes, 220 p., 2019.

INSTITUTO MÉDICO-LEGAL NINA RODRIGUES / DIRETORIA DO INTERIOR. **Ordem de Serviço Conjunta nº 5, de 31 de março de 2020**. IMLNR / DI, Boletim Interno, 2020, 4 p.

KORINEK, E. J.; JOHNSON, A. R.; PAUL, S. M.; GRACE, E. S.; O'NEILL, W. T.; BORINE, M. I.. Competence Assessment and Structured Educational Remediation: Long-Term Impact on the Quality of Care Provided by Disciplined Physicians. **Journal of Medical Regulation**, 108(1): 7–15, 2022.

KUNZLER, C. M.. A teoria dos sistemas de Niklas Luhmann. **Estudos de Sociologia** 16: 123-136, 2004.

LANDESS, J.. State Medical Boards, Licensure, and Discipline in the United States. **Focus**, 17 (4): 337-342, 2019.

LAURENTI, R.. A Propósito do Ensino da Medicina Legal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 7(3): 195-196, 1983.

LIMA, B. G. C.. **Projeto de Intervenção no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues sobre a Demanda por Exames Necroscópicos de Mortes Naturais**. Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues (Coordenação de Tanatologia Forense). 2016, 8 p.

LIMA, E. L. V.. **Novo e Velho "Nina"**. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, 1979.

LIMA, N. C.; MEDEIROS, M. R.; LIMA, B. G. C.. Indisponibilidade de Serviço de Verificação de Óbitos em Salvador – Bahia: Consequências para o IML. Anais do 4º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícia Médica. **Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica** v. 3 n.3, 2018.

LIMA, O. P.; CARRIERI, A. P.. A contabilidade de óbitos e a organização social da morte no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.27, n. 2, p. 355-373, 2020.

LUHMANN, N.. Direito como generalização congruente. In: SOUTO, C.; FALCÃO, J. (Org.). **Sociologia e Direito: leituras básicas de sociologia jurídica**. São Paulo: Pioneira, 1980, p. 159-167.

LUHMANN, N.. **Sistemas Sociais – Esboço de uma teoria geral**. Petrópolis: Vozes, 2016, 552 p.

LUHMANN, N.. **O Direito da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2016, 791 p.

LUHMANN, N.. **Teoria dos Sistemas na Prática Vol. 1 Estrutura social e semântica**. Petrópolis: Vozes, 2018, 214 p.

LUHMANN, N.. **Teoria dos Sistemas na Prática Vol. 2 Diferenciação funcional e Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2019, 166 p.

LUHMANN, N.. **Teoria dos Sistemas na Prática Vol. 3 História, semântica e sociedade**. Petrópolis: Vozes, 2020, 224 p.

MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E.. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Rev. FAE**, 11(1): 95-110, 2008.

MARINHO, D. E. A.. Medicina Legal. *In*: BRAGA, B. E., SANTOS, I. C., RODRIGUES FILHO, S., NAKANO, S. M. S. (org.). **Perícia Médica**. Brasília: CFM, 2012, 510 p.

MARQUES, O. H. D.; FULLER, P. H. A.. As garantias processuais, os direitos humanos e o standard probatório no processo penal: as declarações isoladas do ofendido e a sua (in)suficiência para a condenação. **Caderno de Relações Internacionais**, *13*(24), 318-334, 2022.

MARQUES-COELHO, E.. Hermenêutica e interpretação constitucional sistemática axioteleológica. **Opinión Jurídica**, v. 16, n. 32, p. 169-187, 2017.

MARTINS, U.L.. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, p. 309-328, 2015.

MATHIS, A.. A sociedade na teoria dos sistemas de Niklas Luhmann. **Presença Revista de Educação, Cultura e Meio Ambiente** VIII(28): 1-22, 2004.

MEDEIROS, M. R.; LIMA, N. C.; LIMA, B. G. C.. Mortes Naturais no Instituto Médico Legal de Salvador: Percepção dos Familiares. Anais do 4º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícia Médica. **Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica** v. 3 n.3, 2018.

MELO, R. H. V., AMORIM, K. P. C.. Ageísmo, sindemia covídica e Bioética de Intervenção: uma concretude interdisciplinar. **Saúde em Debate**, 46(133): 518-533, 2022.

MENDO, C. T. M.. **Análise das transferências de casos de exame necroscópico entre o Instituto Médico-Legal (IML) e o Serviço de Verificação de Óbito do Interior (SVOI) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no Período de 2009 a 2017**. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 69 p., 2019.

MENEZES, R.O.; CHACON, R. E.. Análise comparativa das teorias sobre a tutela jurídica da honra após a morte. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, v. 6, n. 4, p. 2429-2451, 2020.

MIDIANEWS. **Polícia Civil desmonta “máfia das funerárias” em cidade de MT**. Midianews, 01/12/2023. Disponível em https://www.midianews.com.br/policia/policia-civil-desmonta-mafia-das-funerarias-em-cidade-de-mt/438503.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 54 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022, 67 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE /MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Mortes por causas externas: qualificação dos registros inespecíficos**. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2024, 113 p.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. **MP ingressa com ação na Justiça para que Estado instale o Serviço de Verificação de Óbito**. Disponível em https://www.mpba.mp.br/area/saude/noticias/27484, 2012.

MOELLER, H.. O paradoxo da teoria. Interpretando Niklas Luhmann. **Tempo Social** 27(2): 167-179, 2015.

NALINI, J. R.. Responsabilidade Ético-Disciplinar do Médico: Suspensão e Cassação do Exercício Profissional. **Anais do XII Encontro dos CRMs das Regiões Sul e Sudeste**. 2001. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=3.

NEVES, M.. Entre Subintegração e Sobreintegração: A Cidadania Inexistente. DADOS **Revista de Ciências Sociais***,* Rio de Janeiro, Vol. 37 nº 2, 1994, pp. 253 a 276.

NOGUEIRA, W. G. S.. **Confiança regulatória: detalhamento das principais normas regulatórias da ANVISA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Universidade de Brasília, Brasília, 50 p., 2023.

OLIVEIRA, C. M. N.. A Personalidade Jurídica e o Instituto da Morte Civil no Direito Romano. **Revista Iuris Novarum**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet Brazil (online)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf, 2011.

PASQUINHA, F.; ZAIDAN DE CARVALHO, A.. O Desrespeito Seletivo do Direito à Imagem da Pessoa Presa: uma análise empírica do programa 'Se liga Bocão'. **Revista do Programa de Pós-graduação em Direito da UFBA**, v. 34, p. 1-24, 2024.

PEREIRA, M. F.. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, Supl. 2, p. 1753-1756, 2018.

PESCAROLO, J. K.. **Morte, Racionalização e Contágio Moral: um Estudo sobre o Instituto Médico Legal de Curitiba**. 2007. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná. Orientador: Pedro Rodolfo Bodê de Moraes.

PILLAR, A.. Toward Justice Epidemiology: Outlining an Approach for Person-Centred Access to Justice. **Dawhousie Law Journal**, v. 46, n. 1, p. 1-28, 2023.

PITTELLI, S. D.. O poder normativo do Conselho Federal de Medicina e o direito constitucional à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, 3(1): 38-59, 2002.

POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL. **Operação Caronte: PCDF prende quadrilha que atuava na máfia das funerárias**. PCDF, 26/10/2017. Disponível em https://www.pcdf.df.gov.br/noticias/7639/operacao-caronte-pcdf-prende-quadrilha-que-atuava-na-mafia-das-funerarias.

REIS FRIEDE, R.. Teoria da Norma Jurídica. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro** n. 82, p. 215-232, 2021.

REZENDE, F. C.. Fronteiras de integração entre Métodos Quantitativos e Qualitativos na Ciência Política Comparada. *Teoria e Sociedade*, v. 22, n. 2, jul./dez. 2014, p. 40-74.

RODRIGUES, L. C.; COELHO, T. C. B.; SANTOS, A. B. S.; PEIXOTO, M. T.; GÓES, S. C.. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no

preenchimento da declaração de óbito. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.35, n.4, p.884-897, out./dez. 2011.

SAITO, C. K.; FOLONI, A. R.; OLIVEIRA, C. H. O.; TESSAROLLI, C. F.; SILVA, L. M. B.; ANDRADE FILHO, A.. Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo. **Revista Bioética** 28(4), 746-751, 2020.

SANTOS, M. C. C. L.. Conceito médico-forense de morte. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 92, p. 341-380, 1997.

SARLET, I. W.. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais – Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional** 13. ed. São Paulo: Livraria do Advogado, 520 p., 2018.

SCHIPANI, S.. Reconhecimento do sistema, interpretação sistemática, harmonização e unificação do direito. **Revista Direito GV**, v. 5, n. 2, p. 491-506, 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Plano Estadual de Manejo de Óbitos durante pandemia da COVID-19**. SESAB, 2020, 87 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SALVADOR. **Nota Técnica para o Manejo e a Vigilância de Óbitos Suspeitos ou Confirmados de COVID em residentes no município do Salvador**. SMS, 15/06/2020, 29 p.

SILVA, A. J.. **Fatores determinantes na identificação de cadáveres desconhecidos em um instituto médico-legal.** Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 60 p., 2024.

SILVA, F. L.. **Serviço de verificação de óbitos: um estudo de implementação de política pública no Distrito Federal (2010-2016).** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 59 p., 2018.

SILVA, J. A.. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais** 7. ed. São Paulo: Malheiros, 320 p., 2009.

SILVA, L. G. Q.; QUEIROZ, A. P. L.; LIMA, B. G. C.. Causa Básica de Mortes Naturais no Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues. In: 13ª Mostra Científica e Cultural, 2013, Salvador. **Anais da MCC13**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013. v. 1.

SILVA, L. G. Q.. **Eficiência do Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues na Verificação de Mortes Naturais**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Medicina) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Orientador: Bruno Gil de Carvalho Lima.

SILVA, L. N. C.; LIMA, B. G. C.. Avaliação da Qualidade do Preenchimento da Declaração de Óbito por Peritos Médico-Legais em Salvador-BA. **Prova Material**, v. 15, p. 16-22, 2011.

SILVA, P. H. A. *et al*. Avaliação do Conhecimento de Médicos Professores, Residentes e Estudantes de Medicina acerca da Declaração de Óbito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 183-188, 2016.

Silva, F. S., Vieira, M.R., Guedes, E. M., Figueiredo, A.C.M.G., Cruz, S.S.. Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: uma metanálise. **Revista Baiana de Saúde Pública**, *47*(2), pp.264-282, 2023.

SOARES, M. F. S.; ATHANAZIO, D. A.. O Novo Currículo e o Fim da Patologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 528-534, 2016.

STRECK, L. L.; JUNG, L. N.. Livre Convencimento Judicial e Verdade: Crítica Hermenêutica às Teorias de Ferrajoli, Taruffo e Guzmán. **Novos Estudos Jurídicos**, *27*(1), 2–21, 2022.

TORRES, R. L.. O Mínimo Existencial, os Direitos Sociais e os Desafios de Natureza Orçamentária. *In:* Sarlet, I. W.; Timm, L. B. (Org.). **Direitos Fundamentais: Orçamento e "Reserva do Possível"** 2. ed. São Paulo: Livraria do Advogado, 412 p., 2013.

TORRES JÚNIOR, R. D.. O problema da desigualdade social na teoria da sociedade de Niklas Luhmann. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 547-561, Set./Dez. 2014.

TV BAHIA e G1 BAHIA. **"Vamos entrar em colapso", diz dono de funerária em Salvador sobre demanda de sepultamentos na pandemia da Covid-19**. Tv Bahia e G1 Bahia, 09/03/2021. Disponível em https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/03/09/vamos-entrar-em-colapso-diz-dono-de-funeraria-em-salvador-sobre-demanda-de-sepultamentos-na-pandemia-da-covid-19.ghtml.

TV BARRIGA VERDE. **Máfia buscava controlar o mercado funerário de Chapecó com extorsões e violência**. TVBV, 28/11/2024. Disponível em https://www.tvbv.com.br/mafia-buscava-controlar-o-mercado-funerario-de-chapeco-com-extorsoes-e-violencia/.

URTEAGA, E.. La teoría de sistemas de Kiklas Luhmann. **Contrastes. Revista Internacional de Filosofía** XV: 301-317, 2010.

VALLESPÍN, F.. Introducción. *In:* LUHMANN, N.. **Teoría Política en el Estado de Bienestar**. Madrid: Alianza, 1993, 170 p.

VINAGRE, M.. Costume: forma de expressão do direito positivo. **Revista de Informação Legislativa**, 25(99): 109-126, 1988.

YIN, R.K.. **Estudo de Caso: planejamento e métodos** 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 320 p.

ANEXOS

Quadro 1 – Normas sobre Serviços de Verificação de Óbitos, Brasil.

Órgão	Espécie	Número	Data	Descrição	Artigos	Anexos
Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro	portaria	1.405	29/06/2006	Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO).	15	6
Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro	portaria	183	30/01/2014	Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.	56	6
Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro	portaria	48	20/01/2015	Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde.	4	27
Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro	portaria de consolidação	5	28/09/2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	374	102
Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro	portaria	1.764	29/07/2021	Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RNSVO).	3	0

Quadro 2 – Análise sistemática das normas sobre Serviços de Verificação de Óbitos.

Constituição Federal	Lei 8.080	Lei 8.142	Portaria 1.405/2006	Portaria 183/2014	Portaria 1.764/2021
Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.	Art. 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.	Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.	Art. 1º § 1º Os SVO integrarão uma rede pública, preferencialmente subordinada à área responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES).	Art. 2º O incentivo financeiro de que trata o art. 1º tem como objetivo financiar, no âmbito da vigilância em saúde, a implantação e manutenção das seguintes ações e serviços públicos estratégicos: II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO);	Art. 324-A. Fica instituída a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RNSVO), integrante do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Parágrafo único. A RNSVO é composta pelos Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO) instituídos nos municípios, estados e no Distrito Federal
Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.	Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.		Art. 2º Estabelecer que a Rede Nacional de SVO seja constituída de forma progressiva por 74 (setenta e quatro) serviços distribuídos por unidade federada e classificados em Portes, conforme o disposto no Anexo I, atendendo aos seguintes critérios: I - Para as UFs com população inferior ou igual a 3 milhões de habitantes, está assegurada a possibilidade de adesão de apenas um serviço, preferencialmente de Porte III. II - Para as UF com população superior a 3 milhões de habitantes está assegurada a possibilidade de adesão de um serviço, preferencialmente de Porte III, e	§ 1º Os termos de compromisso referidos no inciso I do"caput" deverão ser aprovados em Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e apresentados à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) acompanhados de: II - para o SVO: a) documento formal de criação do SVO; b) declaração de disponibilidade física com instalações e tecnologias necessárias a um SVO, assinada pelo Secretário de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, aprovada na CIB;	Art. 324-B. A RNSVO tem como finalidade: I - promover a qualificação e a melhoria dos dados e informações, no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, sobre o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos sem elucidação diagnóstica, inclusive nos casos de morte natural com ou sem assistência médica; II - fortalecer a integração e qualificação dos dados e informações sobre mortalidade no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);

			mais serviço(s) de Porte I ou II, em número e porte estabelecidos conforme critérios informados nas alíneas abaixo:		III - promover a integração dos SVOs que compõem a RNSVO, por meio do compartilhamento de informações e da capacitação dos médicos e técnicos que atuam nos referidos serviços; e IV - subsidiar a definição e implementação de políticas de saúde. Parágrafo único. O SVO deve priorizar o esclarecimento da causa mortis de casos de interesse da vigilância epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde.
Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;	Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.		Art. 3º O Ministério da Saúde apoiará financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para a implantação e o custeio dos SVO, de acordo com sua disponibilidade orçamentária. Parágrafo único. O cronograma de repasses de recursos financeiros destinados ao custeio de serviços integrados à Rede de SVO para os anos subseqüentes serão pactuados na última reunião da CIT do ano anterior a cada um desses anos, tendo como base uma avaliação do impacto da rede implantada e a eventual proposição de ajustes neste cronograma e respectivo orçamento.	Art. 14. O SVO tem por atribuição promover ações que proporcionem, via autopsia, o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, e em especial aqueles sob investigação epidemiológica. § 1º Os SVO estaduais e municipais compõem a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis, que integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. § 2º Os SVO serão de abrangência regional, cuja classificação será indicada em Resolução da CIB." (NR).	Art. 324-D. Para integrar a RNSVO, os SVOs deverão atender às seguintes obrigações, entre outras: I - funcionar diariamente e de modo ininterrupto, para a recepção de corpos; II - cumprir a legislação sanitária vigente; III - adotar as medidas de biossegurança pertinentes para garantir a saúde dos trabalhadores e usuários do serviço; e IV - contar com serviço próprio de remoção de cadáver ou com serviço de remoção contratado ou conveniado, para viabilizar o atendimento e o cumprimento das competências estabelecidas no art. 324-C.
Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;	Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: b) de vigilância epidemiológica; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; § 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de		Art. 5º Instituir o Fator de Incentivo para os Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis. § 1º O Fator de Incentivo será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, diretamente para o Fundo Estadual de Saúde ou o Fundo Municipal de Saúde, de acordo com	Art. 15. Os recursos destinados ao SVO serão repassados aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que tenham sido habilitados pela SVS/MS. Parágrafo único. Os SVO gerenciados por instituições públicas ou filantrópicas receberão o incentivo por meio de instrumento	Art. 324-F. A criação de SVO dependerá de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observadas as seguintes localidades prioritárias para implantação: I - capitais ou Distrito Federal; II - regiões de fronteira;

	ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.		o pactuado na CIB, como componente do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS). § 2º O valor do Fator de Incentivo variará de acordo com o Porte do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis, conforme se apresenta no Anexo V a esta Portaria. § 3º Os estados com população superior a 10 milhões de habitantes, que expandirem o horário do plantão técnico do serviço de Porte III para 24 horas, contarão com um incentivo adicional no valor de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para suplementar o custeio previsto no Anexo V. § 4º O Fator de Incentivo será pago em dobro no primeiro mês de adesão, com o objetivo de apoiar o custeio das despesas de implantação da atividade.	contratual estabelecido com o gestor do SUS ao qual estejam vinculados, obedecendo às normas de contratualização das ações e serviços de saúde, de acordo com a legislação vigente.	III - municípios com faculdade de medicina ou município circunvizinhos; IV - municípios com alta proporção de óbitos com a causa básica mal definida ou com alta ocorrência domiciliar; V - municípios com alta taxa de mortalidade infantil; e VI - municípios com elevada ocorrência de óbito materno ou de mulher em idade fértil.
	Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.		Art. 8º Os SVO serão implantados, organizados e capacitados para executarem as seguintes funções: I - realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica), inclusive os casos encaminhadas pelo Instituto Médico Legal (IML); II - transferir ao IML os casos: a) confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia; b) em estado avançado de decomposição; e c) de morte natural de identidade desconhecida;		Art. 324-I. A integração à RNSVO está condicionada à solicitação formal à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) pelo Gestor Municipal, Estadual ou do Distrito Federal, a depender da gestão do SVO. § 1º Os critérios para integração à RNSVO serão definidos em ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde. § 2º A solicitação de que dispõe o caput será avaliada pela Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (CGIAE/DASNT/SVS).
	Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas				

	como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;				
	Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;. II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica;				

Tabela 1 – Quantidade de declarações de óbito emitidas por Serviços de Verificação de Óbitos nas Regiões brasileiras, 2015-2019.

Região	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**Total**
Norte	2206	2300	2723	3099	3175	13503
Nordeste	28296	29780	28578	28394	29914	144962
Sudeste	38651	41988	42538	43942	45984	213103
Sul	4774	5564	5124	5347	5784	26593
Centro-Oeste	6472	7198	8071	8940	9333	40014
Total	80399	86830	87034	89722	94190	438175

Tabela 2 – Repasses do incentivo financeiro para custeio dos Serviços de Verificação de Óbito habilitados na Rede Nacional de Verificação de Óbito da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, segundo Região brasileira, 2015-2019.

Região	**2015**	2016	2017	2018	2019	Total
Norte	1140000	1140000	1140000	1140000	950000	5510000
Nordeste	7345000	7260000	7260000	7610000	6550000	36025000
Sudeste	6840000	6660000	6660000	6660000	5550000	41535000
Sul	2160000	2080000	2080000	2080000	170000	8570000
Centro-Oeste	4665000	4440000	4440000	4520000	4150000	22215000
Total	22150000	21580000	21580000	22010000	17370000	113855000

* em reais.

Tabela 3 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos com menos que oito anos de estudo em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	778	1056	1137	972	1027	897	405	336	190	313	7111
SVO	5	5	3	16	0	0	28	63	91	230	441
AS	2716	3184	3029	2614	2778	2767	3328	4239	4827	4040	33522

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 4 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos com oito ou mais anos de estudo em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	251	307	360	331	359	365	200	175	130	172	2650
SVO	2	3	1	3	0	0	10	39	56	149	263
AS	1415	1717	1721	1727	1761	1850	2074	2781	3594	2681	21321

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 5 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos com menos que oito anos de estudo em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	1656	1835	1787	1839	1890	1637	1518	1680	1595	1509	16946
SVO	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4
AS	59	56	58	45	66	66	74	85	103	112	724

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 6 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos com oito ou mais anos de estudo em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	518	559	606	589	667	628	616	635	824	810	6452
SVO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
AS	39	26	26	33	38	49	38	37	54	80	420

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 7 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos pretos e pardos em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	1047	1227	1374	1191	1267	1121	556	445	288	447	8963
SVO	3	8	2	17	0	0	35	92	122	337	616
AS	5692	5438	5173	4732	4809	4885	5346	7026	7874	6237	57212

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 8 – Médico atestador de mortes naturais entre falecidos brancos em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	155	182	178	157	168	192	88	90	50	73	1333
SVO	6	4	2	5	0	0	4	29	33	53	136
AS	1837	1941	1841	1741	1753	1793	1883	2324	2667	2086	19866

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 9 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos pretos e pardos em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	2157	2155	2180	2192	2300	2002	1888	2085	2240	2070	21269
SVO	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4
AS	102	78	69	60	73	87	86	111	127	122	915

Fonte: DATASUS Tabwin.

Tabela 10 – Médico atestador de mortes violentas entre falecidos brancos em Salvador-BA, 2013-2022.

Atestador	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IML	263	272	246	271	317	303	302	293	265	320	2852
SVO	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
AS	56	37	51	38	55	64	56	47	66	103	573

Fonte: DATASUS Tabwin.