

Avaliação dos registros médicos de óbitos e da comissão de registros de óbitos do Hospital Universitário Gafreé e Guinle (HUGG)

Evaluation of medical death records and the death records committee of the Gafreé and Guinle University Hospital (HUGG)

Evaluación de expedientes médicos de defunción y comité de expedientes de defunción del Hospital Universitario Gafreé y Guinle (HUGG)

DOI: 10.5281/zenodo.13371284

Recebido: 15 jul 2024

Aprovado: 17 ago 2024

Elyan Enryque Soares Lorosa

Médico

Instituição de formação: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro – RJ, Brasil

E-mail: elyanenryque@gmail.com

Beatriz Pinheiro Machado

Médica

Instituição de formação: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Endereço: Rio de Janeiro – RJ, Brasil

E-mail: beatrizbpm98@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Analisar qualitativamente os registros de óbitos de prontuários dos serviços de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) comparando os resultados. Avaliar presença de análise pela Comissão de Revisão de Óbitos e comparar com os registros não avaliados por ela. **Métodos:** O auditor analisou prontuários médicos de pacientes que evoluíram para óbito no HUGG randomicamente. Os diagnósticos de internação e causas mortis citadas na declaração de óbito foram identificados e comparados, assim como verificou-se a análise da Comissão de Revisão de Óbitos, além da adequação de acordo com a cartilha “A Declaração de Óbito” do Ministério da Saúde, classificando-as em “satisfatórias” ou “não satisfatórias”. **Resultados:** Foram analisados 350 prontuários de pacientes internados que foram a óbito no HUGG. Cerca de 22% das declarações de óbito não apresentavam nenhum preenchimento de causa mortis. Destas, 22 seguiram sem preenchimentos mesmo após análise da Comissão de Revisão de Óbito. Do total coletado, aproximadamente 52% das amostras foram classificadas como “não satisfatórias”. **Conclusões:** Os prontuários médicos em sua maioria, apresentaram os diagnósticos necessários para identificar a causa básica da morte, apesar do significativo número de prontuários com ausência de preenchimento da DO. Além disso, a grande variabilidade de escritas, dificultaram em identificar as causas da morte e preenchimento correto da Declaração de Óbito. Por fim, constatou-se predomínio de registros de óbito que não correspondem adequadamente ao padrão preconizado pela cartilha do MS.

Palavras-chave: Registros Médicos; Declaração de óbito; Comissão de Revisão de Óbitos.

ABSTRACT

Objectives: Analyze qualitatively and quantitatively the death records from medical records of the Surgical Clinic and Medical Clinic services of the Gaffrée and Guinle University Hospital (HUGG) comparing the results. Evaluate the presence of analysis by the Deaths Revision Commission and compare with the records not evaluated by it. **Methods:** The auditor analyzed medical records of patients who died in the HUGG randomly. The diagnoses and causes of death mentioned in the death certificate were identified and compared, even as verifying the analysis of the

Death Review Commission, as well as adequacy according to the booklet “The Death Certificate” of the Health Ministry, classifying in “satisfactory” or “no satisfactory”. **Results:** At total 350 medical records of hospitalized patients who died at HUGG were analyzed. About 22% of death certificates did not have any cause of death. Of these, 22 remained unfilled even after analysis by the Death Review Commission. Of the total collected, approximately 52% of the samples were classified as “unsatisfactory”. **Conclusions:** Most of the medical records presented the necessary diagnoses to identify the underlying cause of death, despite the significant number of records with no Deaths Certificate filling. In addition, the great variability of writings made it difficult to identify the causes of death and correctly fill in the DC. Finally, there was a predominance of death registration that do not adequately correspond to the standard recommended by the MS booklet.

Keywords: Medical Records; Death Certificate; Deaths Review Commission.

RESUMEN

Objetivos: Analizar cualitativa y cuantitativamente los registros de defunción de las historias clínicas de los servicios de Clínica Quirúrgica y Clínica Médica del Hospital Universitario Gaffrée y Guinle (HUGG), comparando los resultados. Evaluar la presencia de análisis por parte del Comité de Revisión de Defunciones y compararlos con registros no evaluados por este. **Métodos:** El auditor analizó los registros médicos de los pacientes que murieron en HUGG al azar. Se identificaron y compararon los diagnósticos de hospitalización y causas de muerte mencionadas en el certificado de defunción, así como el análisis del Comité de Revisión de Defunciones, además de la adecuación de acuerdo con la cartilla “Declaración de Defunción” del Ministerio de Salud, clasificándolas como “satisfactorio” o “insatisfactorio”. **Resultados:** Se analizaron 350 historias clínicas de pacientes hospitalizados que fallecieron en el HUGG. Alrededor del 22% de los certificados de defunción no contenían ninguna causa de muerte. De ellos, 22 quedaron sin cubrir incluso después del análisis del Comité de Revisión de Defunciones. Del total recolectado, aproximadamente el 52% de las muestras fueron clasificadas como “no satisfactorias”. **Conclusiones:** La mayoría de los registros médicos presentaron los diagnósticos necesarios para identificar la causa subyacente de la muerte, a pesar del importante número de registros sin CD completada. Además, la gran variabilidad de escritos dificultaba identificar las causas de muerte y cumplimentar correctamente el Certificado de Defunción. Finalmente, hubo predominio de registros de defunción que no se correspondían adecuadamente con el estándar recomendado por el manual de EM.

Palabras clave: Registros Médicos; Certificado de defunción; Comité de Revisión de Muertes.

1. INTRODUÇÃO

A importância da escrita é indiscutível para o entendimento da evolução das sociedades ao longo do tempo e para a construção da atualidade, sendo considerada, por muitos, o marco da passagem da pré-história para história.⁽¹⁾ A evolução do primeiro relatório médico conhecido, feita por um médico egípcio no período entre 3000 e 2500 a.C. para os dias atuais é notória, no entanto, subestimada⁽²⁾. O prontuário médico (PM) caracteriza-se por apresentar o somatório das informações registradas a respeito de tudo que acontece a um paciente esteja ele internado ou em atendimento ambulatorial.

Somente na década de 70 aconteceu uma maior adesão de outros hospitais que passaram a exigir os registros médicos em um prontuário. Legalizado apenas em 2002, a Resolução CFM nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina define o prontuário médico como:

“... documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele

prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a continuidade da assistência prestada ao indivíduo...”⁽³⁾

Além disso, o Código de Ética Médica de 1988 no cap. V, art.69, decreta que é vedado ao médico “deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente, reiterando o valor de informar e dar transparência ao instrumento”.⁽⁴⁾

Dentre os inúmeros fatores envolvidos na análise médico-legal do exercício profissional, na suspeita do chamado “erro médico”, destacamos o prontuário médico como o acervo documental de extrema relevância que se apresenta como o principal registro constituinte de provas judiciais. Assim, em casos de irregularidades ou omissões, o médico pode perder a possibilidade de comprovação de seus atos.

A Declaração de Óbito (DO) é documentação obrigatória do PM, nos casos aplicáveis. Os dados informados na DO alimentam as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte no Brasil. A partir das suas informações define-se grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas e estratégias de saúde.

Há quase uma década, Cook⁽⁵⁾ comentou que desde 1837 os atestados de óbito vêm sendo utilizados para produzir estatísticas de mortalidade na Inglaterra. Atualmente, mais de 160 anos depois, as estatísticas de mortalidade continuam sendo a mais importante fonte de informação disponível sobre a saúde da população.

John Graunt, sempre citado em livros de epidemiologia e de estatísticas de saúde e considerado o “pai” da epidemiologia quantitativa, das estatísticas de mortalidade e da classificação de doenças, já manifestava preocupação quanto à exatidão dos dados de mortalidade. Apresentou, entre outras, uma descrição pormenorizada das listas de mortalidade (*bills of mortality*), incluindo aspectos relativos à qualidade dos dados.

Com isso, há quase dois séculos que estudiosos enfatizam a importância do preenchimento correto da Declaração, de modo que as suas informações estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país. Dessa forma, a qualidade das informações do PM, aliada ao correto preenchimento da declaração são indicadores da boa assistência prestada nos serviços de saúde.

Objetivando uma melhor qualidade dos prontuários médicos, foi criada a Comissão de Revisão de Óbitos, em atendimento a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Análise de Óbito nos Hospitais de Ensino, que regulamenta e normatiza a atuação da comissão.⁽⁶⁾

Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos

ou no Instituto Médico Legal. Assim, avaliação periódica da qualidade e confiabilidade dos registros armazenados no PME na DO é fundamental, uma vez que esses dados são utilizados em larga escala para o desenvolvimento de políticas públicas.⁽⁷⁾

2. METODOLOGIA

O presente trabalho baseia-se em um estudo analítico e transversal de prontuários de pacientes que evoluíram para óbito, internados pelos serviços de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, bem como sua análise pela Comissão de Revisão de Óbitos, selecionados ao acaso junto ao Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

A coleta de dados dos prontuários, em suporte de papel, foi realizada entre 06/2021 e 03/2022, com o objetivo de se atingir um espaço amostral significativo estatisticamente, previamente definido em 350.

Para normatizar a coleta de dados, foram estabelecidos os seguintes parâmetros para posterior comparação:

- Diagnóstico de internação
- Dias de internação
- Sexo
- Idade
- Serviço
- Preenchimento do Código Internacional de Doenças – (CID-10)
- Preenchimento da causa básica do óbito
- Análise pela Comissão de Revisão de óbito (CRO)

Em cada prontuário foi observado se todos os itens citados estão presentes, e se foram preenchidos corretamente.

Foram analisados em separado os registros de óbito dos serviços de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, sendo realizada posteriormente comparação dos resultados obtidos entre ambos os serviços.

Baseados na cartilha “A Declaração de Óbito”, 3ª ed. de 2009 do Ministério da Saúde, classificamos os registros de óbitos em “satisfatórios”, quando se enquadram na descrição de “Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte”; “não satisfatórios” quando não estão de acordo com as normas do MS; e ausentes.

Para as referências, foram utilizados artigos científicos publicados nos últimos 15 anos em bases de dados nacionais (banco de dados do DATASUS e Scielo) e internacionais (Pubmed e Google Scholar). Utilizados os critérios para seleção de artigos: artigo integral disponível para consulta, idiomas português e inglês.

A análise descritiva foi realizada a partir de confecções de planilhas no programa Microsoft Office Excel[®], que permitiram a elaboração de gráficos e tabelas. A análise estatística foi realizada por meio do programa InStat GraphPad[®], com o teste T pareado, Qui-quadrado, Qui-quadrado com correção de Yates, Teste de Fisher e a Correlação de Pearson (Regressão linear), sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo, a partir da consideração dos resultados, corrobora achados de outras pesquisas na área, as quais expressam o elevado número de dados falhos ou incompletos acerca das causas de morte presentes nas declarações de óbito. (8)

Dessa forma, há alguns aspectos a serem considerados quando se propõe o desenvolvimento de um estudo epidemiológico com dados secundários. O uso de termos inadequados, informações incompletas e falha na contagem dos dados avaliados podem influenciar nos resultados de uma pesquisa.

Esse é um ponto muito relevante em saúde pública porque se a interpretação e a codificação corretas de dados de mortalidade não prevalecerem, o comprometimento desses dados vitais dá início a uma cascata de informações errôneas que serão utilizadas para o desenvolvimento das estratégias e políticas de saúde.

Ao analisar os dados das amostras coletadas, podemos perceber que a série de erros começa logo na entrada do paciente nas enfermarias, dada a elevada prevalência de descritores incorretos para diagnóstico de internação e presença de registros incompletos, sobretudo nos serviços relacionados à enfermarias cirúrgicas, confirmada pela análise estatística, a qual tomou como base o Teste de Fisher obtendo $p < 0,05$.

Da mesma forma, se torna impossível ignorar as variadas causas de óbito listadas nas declarações, dificultando tanto o processo de codificação pela Secretaria de Saúde que abastece o Sistema de Informação de Mortalidade, quanto a análise de pesquisa. Ainda assim, nota-se uma variável de pior prognóstico nos registros médicos representada pela completa ausência de preenchimento de causa que levou o paciente a óbito.

A simples ausência de registro, no contexto amostral geral, aparece logo atrás de causas infecciosas e supera as causas respiratórias, “Falência Orgânica”, cardiovasculares e hemodinâmicas, importantes causas de óbito hospitalar. Quando analisados separadamente os serviços, a não referência à causa mortis do paciente apresentou destaque ainda maior, revelando a maior prevalência amostral nos registros da Clínica Cirúrgica.

A confirmação desse fato baseou-se na análise estatística dos dados utilizando-se a Correlação de Pearson ou Teste de Regressão Linear. Ao comparar o registro das causas de óbito entre os serviços de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, constatou-se, através de um $p = 0,0147$, diferenças significativas de

preenchimento das declarações de óbito, com Clínica Cirúrgica apresentando um desempenho inferior à Clínica Médica.

Uma outra observação notada durante o ensaio, foi que das amostras com causas de óbito sem preenchimento, quando analisado o CID de internação, verificou-se que em sua grande maioria eram relacionadas a neoplasias, e em uma menor parte ao diagnóstico de HIV.

Uma possível explicação para tal fato, baseia-se na prevalência. Dada a possibilidade de existência de declarações de óbito incompletas, estatisticamente, há maior probabilidade desses registros pertencerem ao grupo amostral com maior número absoluto. Estes são representados por pacientes na faixa etária de 60-69 anos, a qual é clinicamente compatível com o aparecimento de neoplasias, dialogando, dessa forma, com principal grupo de diagnóstico de internação representado por pacientes oncológicos. Além disso, o HUGG é um centro de referência no diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS, sendo responsável pelo atendimento de pacientes de todo estado do Rio de Janeiro, explicando o fato desta causa ser o 2º principal diagnóstico de internação.

Associado a prevalência, vale destacar outra possível explicação para este fato é a complexidade do cuidado que tais condições mórbidas impõem. Tais doenças demandam uma série de mudanças, incluindo o uso contínuo de medicações e adaptações à nova realidade. Os pacientes, com isso, não conseguem desenvolver uma capacidade clara de compreender seu estado de saúde, além daqueles com AIDS sofrerem com as ações de estigmatização da sociedade. Além disso, o quadro clínico provocado por essas condições, em muitos casos são incertos e ainda hoje, inúmeros são inexplicados, e dessa forma, impactando o processo do registro da declaração de óbito.

A observação e estudo do conjunto de resultados obtidos, e baseando-se na cartilha “A Declaração de Óbito”, 3ª ed. de 2009 do Ministério da Saúde (MS) o uso inadequado de termos como “*parada cardíaca*”, “*falência de múltiplos órgãos*”, “*caquexia*” entre outros, no preenchimento dos atestados de óbitos, muitas vezes em casos com diagnósticos já definidos, comprometem uma avaliação mais específica das causas de mortes. (9)

Essas informações, quando incompletas, consistem nas referências inespecíficas e generalizadas relacionadas a um sistema orgânico nos atestados de óbitos, como por exemplo, “*cardiopatia*” e que podem comprometer a veracidade dos resultados de futuros estudos epidemiológicos.

É por essa razão que “um dos principais problemas relacionados à qualidade dos dados da DO é o acentuado número de óbitos por Sintomas e Sinais Mal Definidos, declarados devido à falta da avaliação das causas ou condições mórbidas que teriam levado ao óbito”. Os óbitos registrados dessa maneira são classificados como diagnósticos incompletos, segundo Jorge et al. (2002). (10)

Em todo espaço amostral, a prevalência dos registros considerados “Não Satisfatórios” assumiu grande destaque, representando 51,14% dos prontuários. Ao separar por serviços, revelou-se uma

predominância sobre os considerados “Satisfatórios” naqueles correspondentes à Clínica Cirúrgica, e relativo pareamento aos preenchidos pela Clínica Médica, embora a análise não tenha apresentado significância estatística.

O HUGG é um hospital de ensino que possui 226 leitos instalados e atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oriundos de diversas cidades do Estado do Rio de Janeiro. Apesar do grande porte, ele certamente espelha as dificuldades e limitações da maioria dos hospitais do SUS. Por se tratar de um hospital de ensino, houve uma natural inclusão de médicos residentes no processo, o que pode ter sido um dos fatores intervenientes dos resultados. No entanto, a despeito de todas considerações, certamente o fator mais relevante é o desconhecimento das normas para preenchimento da DO e conceitos de causas da morte por parte dos médicos da instituição, revelando um verdadeiro despreparo.

Segundo o cardiologista e pesquisador Ruy Laurenti, os médicos precisam saber para que servem as estatísticas sobre causas de morte.⁽¹¹⁾ O processo de instrução aos médicos para o preenchimento da DO inicia-se durante sua formação, e, algumas vezes, ainda assim 20% dos médicos de hospital de grande porte da rede pública, referência para atendimento de doenças infecciosas em Minas Gerais, de Belo Horizonte, mencionaram nunca ter recebido qualquer instrução.⁽¹²⁾ Esta resposta surpreende, uma vez que é comumente aceito que este tipo de orientação faz parte da formação médica, ainda no ambiente acadêmico. O fato é que em geral, esse aspecto é ignorado pela maioria dos médicos, inclusive professores do ensino médico. Isto precisa ser explicitamente reconhecido pelos responsáveis pelas ementas nas faculdades de Medicina e, conseqüentemente, o ensino do atestado de óbito (finalidade e preenchimento), das causas de morte, de definições e usos das estatísticas de mortalidade, deve ser introduzido obrigatoriamente nos currículos desses cursos.

Apesar de haver instruções distribuídas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Ministério da Saúde, para o correto preenchimento da DO, os dados coletados indicam que a consulta a essa forma de orientação ainda não conseguiu atingir uma receptividade alta entre os médicos de trabalho, tais como hospitais e ambulatórios.

É possível interpretar dessa forma, que aos médicos passam despercebidas as inconsistências causadas pelo preenchimento parcial e/ou insatisfatório da DO que são detectadas por epidemiologistas e outros pesquisadores que buscam no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) elementos para compreender o quadro real da mortalidade no país.

No Brasil, a Comissão de Revisão de Óbito (CRO) é obrigatória, e tem como intuito analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos e emitir relatórios para a alta direção tomar medidas corretivas acerca da situação.

No entanto, a partir da análise dos dados apresentados neste ensaio, a realidade presenciada dista dos objetivos projetados na criação da comissão. Esta analisou apenas 35,8% do total de amostra,

representando um número absoluto de 125 prontuários. Destes, 45 foram classificados como “não satisfatório”, com erros descritivos com utilização de termos inadequados nos diagnósticos de internação, além de 22 prontuários em que não haviam registros de causa de óbito, e continuaram incompletos, mesmo após revisão pela comissão.

Diante disso, fica claro que a atuação da CRO deveria ter sido mais abrangente e efetiva, corrigindo os erros em relação às causas de óbitos, minimizando assim algumas das falhas no preenchimento das declarações.

4. CONCLUSÃO

A partir da metodologia utilizada, o atual ensaio permitiu coletar as variadas percepções acerca dos problemas envolvidos no preenchimento das declarações de óbito do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Os resultados obtidos revelam que a qualidade dos registros de óbitos do HUGG foi considerada ruim, dada a predominância de ausência de preenchimento de causa mortis e declarações consideradas “não satisfatórias”, além da grande variação na escrita de causas presentes.

Apesar do discreto melhor desempenho da Clínica Médica em relação a Clínica Cirúrgica, a análise revelou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os serviços.

A Comissão de Revisão de Óbitos não se mostrou abrangente nem eficaz

REFERÊNCIAS

1. Costa RC da, Silva R da, Vilaça MLC. A EVOLUÇÃO E REVOLUÇÃO DA ESCRITA: UM ESTUDO COMPARATIVO. Revista Philologus, Ano 26, n. 78 Suplemento, 2020, [Acesso 2020 dez 11.], 15 jan. 2020. Disponível em: http://www.filologia.org.br/xvii_cnlf/trab_completos.
2. Carvalho LF. Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital, 2.^a ed., São Paulo: LTr Editora /MEC; 2007.
3. Andrade EO. «RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002» (PDF). CRM (Conselho Regional de Medicina) da República Federativa do Brasil
4. Código de Ética Médico: Res. (1931/2009) – Capítulo I – Princípios fundamentais [Internet]. <https://portal.cfm.org.br/>; 2009. Código de Ética Médica: Res. (1931/2009) – Capítulo I – Princípios fundamentais; [acesso em 2020 dez 16]; Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/codigo-de-etica-medica-res-1931-2009-capitulo-i-principios-fundamentais/>
5. Foreword CL. Death certification and mortality statistics: an international perspective. Em: Coleman M, Aylin P. Studies on medical and population subjects nº 64. Londres: National Statistics; 2010. Pp. 39–46
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

7. Silva FG, Neto JT. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, 2007; 31(2): 113-126.
8. World Health Organization. WHO. Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information 2010.
Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/tool_cod_2010.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009
10. Jorge, MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002, v. 5, n. 2:212-23.
11. Laurenti R, de Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. Rev Panam Salud Publica 2008; 23:349-56.
12. Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: Estudo exploratório. R. bras. Est. Pop, Rio de Janeiro, 2010, v. 27, n. 2:285-95.