

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO LESTE DE MINAS GERAIS

COMPLETING THE ASSESSMENT OF DEATH STATEMENTS IN TWO CITY HEALTH UNIT CARATINGA – MG

SÁVIO LUÍS MENEZES DOS REIS BRAGA¹, PATRÍCIA SABINO VIEIRA DE SÁ¹, LÍLIAM MENDES MEDINA¹, FERNANDO AUGUSTO DA CUNHA FREITAS¹, WESLEY FELÍCIO PEREIRA¹, LAMARA LAGUARDIA VALENTE ROCHA^{2*}

1. Acadêmicos do 6º período do curso de graduação de Medicina do Centro Universitário de Caratinga, MG (UNEC); 2. Orientadora Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV. Professora titular do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga, MG. Pesquisadora do Instituto de Ciências da Saúde da UNEC.

* Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 21/12/2015. Aceito para publicação em 10/02/2016

RESUMO

Neste artigo buscamos avaliar a qualidade do preenchimento das declarações de óbito de duas unidades hospitalares da cidade de Caratinga-MG. Para isso, realizamos um estudo transversal e retrospectivo a partir das declarações de óbito arquivadas no período de 22 de abril de 2015 a 18 de agosto de 2015, remetendo a um total de 119 DOs. Preenchimento completo, legibilidade e coerência foram os principais critérios analisados. A pesquisa mostrou que, apesar de um documento de suma importância legal e epidemiológica, a declaração de óbito é preenchida muitas vezes de forma negligente pelos profissionais médicos responsáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Declaração de óbito, registros de mortalidade, sistemas de informação

ABSTRACT

In this paper we search to evaluate the quality of information on death certificates of two hospitals in the city of Caratinga, Minas Gerais. For this, we conducted a cross-sectional retrospective study based on death certificates filed in the period from 22 April 2015 to 18 August 2015, referring to a total of 119 death certificates. The complete filling, readability and consistency were the main criteria analyzed. Research has shown that despite a short document epidemiological and legal importance, the death certificate is filled often negligently by the responsible medical professionals.

KEYWORDS: Death certification, mortality register, information system.

1. INTRODUÇÃO

A declaração de óbito foi padronizada no Brasil a partir de 1975 com a definição de um modelo específico para todo o território nacional. Esta declaração, por sua vez, alimenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que apesar de já possuir mais de 30 anos, o preenchimento da declaração de óbito ainda é alvo de críticas pelo seu preenchimento incorreto por parte dos profissionais médicos¹.

A Declaração de Óbito (DO) é a base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando à sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade². O preenchimento da declaração é de total responsabilidade do médico, sendo necessária muita atenção durante o preenchimento da mesma, o que algumas vezes acaba sendo negligenciado. O preenchimento correto da DO ajuda na epidemiologia da região específica à declaração, pois se pode avaliar as principais causas de mortes e intervir de forma direta e indireta na diminuição dos fatores que a ocasionam³.

O preenchimento incorreto das declarações retrata uma negligência por parte da classe médica, dentre as várias justificativas apresentadas pelos profissionais, a falta de atenção por parte da formação durante a vida acadêmica foi a mais apresentada. Os erros mais frequentes são campos deixados em branco e causas de morte inespecíficas, o que dificultam o sistema de informação a registrar a atual situação de saúde da região⁴.

O estudo visa avaliar a qualidade do preenchimento das declarações de óbito em duas unidades hospitalares de Caratinga.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como transversal e retrospectiva, onde foram analisadas as declarações de óbito arquivadas em hospital da cidade de Caratinga, estado de Minas Gerais, durante o período de 22 de abril de 2015 a 18 de agosto de 2015, sendo cedidas pela unidade hospitalar. A amostra constituiu-se de 119 declarações de óbito.

Foram verificados os seguintes campos de preenchimento: I (Identificação), II (Residência), III (Ocorrência), IV (Fetal ou menor que 1 ano), V (Condições e causas do óbito, VI (Médico). A verificação inicial consistiu em avaliar se houve o preenchimento incompleto (campos em branco) e a capacidade de legibilidade dos campos, além de se considerar o preenchimento incorreto (equivocado) específico de cada bloco na declaração de óbito.

O estudo objetivou avaliar, essencialmente, o preenchimento das declarações de óbito, considerando que as informações registradas nos documentos são fiéis aos acontecimentos.

No que diz respeito ao bloco I, foram considerados preenchimentos incorretos casos de marcação errônea no tipo de óbito (fetal e não fetal). Outro fator que foi analisado é o bloco V, mais especificamente no campo destinado ao registro das causas de morte, utilizando critérios quanto à utilização de termos vagos (ex.: parada cardiorrespiratória e falência múltipla de órgãos e sistemas).

3. RESULTADOS

Após a avaliação das 119 DOs, foi possível observar que 99,15% apresentavam pelo menos um equívoco em seu preenchimento. No bloco I foi possível observar que todas as informações eram legíveis e 97,47% tinham algum campo em branco, também se observou que 26,05% das DOs não especificaram o tipo de óbito quanto a ser fetal e não-fetal. No bloco II 58,82% das DOs possuíam algum campo em branco e todas eram legíveis. No bloco III 0,84% das DOs eram ilegíveis e 61,34% possuíam algum campo em branco. Já no bloco IV quando necessário o preenchimento, todas se encontravam legíveis e 23,8% possuíam algum campo em branco, além de 4,76% encontrarem em branco. Quanto ao bloco V 5,78% eram ilegíveis não podendo assim identificar se a causa de óbito foi específica ou não, havia 57,14% com algum campo em branco e das causas de morte 18,48% foram inespecíficas, sendo que as principais foram: Insuficiência respiratória (30%), parada cardiorrespiratória (25%), e quanto ao tempo de evolução da doença apenas 0,84% das DOs informaram este

dado. No campo VI 66,38% das DOs possuíam algum campo em branco.

4. DISCUSSÃO

A declaração de óbito é um importante documento do ponto de vista legal, que é imprescindível para o processo de sepultamento e comprovação da morte, sendo de responsabilidade exclusiva do médico. Fora isso, é documento fundamental para a epidemiologia, visto que os dados nela contidos irão alimentar o sistema de informação sobre mortalidade (SIM) e como consequência, tais dados serão fundamentais para o planejamento de políticas em saúde. Para tanto é de suma importância que suas informações sejam extremamente fidedignas e acessíveis⁵.

Porém, se houver um descaso no preenchimento das DOs, e este comprometer as ações de planejamento de saúde, tanto por não proporcionar um quadro fidedigno a realidade cujas ações não melhorarão a assistência à saúde de determinada localidade, como o repasse financeiro, fica dificultado⁴.

É possível perceber esse descaso no preenchimento quando 99,15% possuíam pelo menos um equívoco em algum campo das DOs. Tais números são similares aos encontrados por Silva *et al* (2010)⁴, em estudo com metodologia similar a aplicada neste, no qual 98,7% das DOs possuíam pelo menos um equívoco em seu preenchimento, porém discrepantes do resultado obtido por Lucena (2014)⁶, que encontrou 50,18% das DOs incompletamente preenchidas.

Neste trabalho foi possível observar que 6,62% das DOs tinham pelo menos um campo ilegível. Silva, *et al* (2010)⁴ encontrou em seu trabalho 13,25% e Staque, *et al* (2003)⁷ 12,12% das DOs com um campo que poderia ser considerado com caligrafia ilegível. Embora o ideal fosse que as DOs não tivessem nenhum campo considerado ilegível, é possível observar que há um cuidado maior no preenchimento quanto a legibilidade.

Um achado interessante na pesquisa em relação à legibilidade foi que na grande maioria das DOs, o profissional médico ficou responsável apenas pelo preenchimento dos blocos V e VI, enquanto os outros blocos um outro profissional preencheu. Tal prática parece ser comum, sendo necessários mais estudos para comprovar isto, mas tal conduta acaba deixando parte da responsabilidade do preenchimento para um profissional não médico, que acaba tendo um zelo maior quanto a legibilidade, pois 12,5% (uma) das DOs com campo ilegível foi em um campo de preenchimento feito por outro profissional, enquanto 87,5% das ilegíveis foram de autoria do profissional médico.

Uma informação de suma importância para epidemiologia das causas de mortes é a idade, que acaba sendo negligenciada, pois muitas vezes foi possível observar que não era descrita corretamente, além do fato de que

26,05% das DOs onde não se especificou se óbito era fetal ou não fetal. Silva *et al* (2010)⁴ relata a mesma dificuldade e salienta a importância deste dado para identificar a predominância de mortes em determinada faixa etária, além de estudos sobre mortalidade infantil e neonatal. Dessa forma percebe-se a importância da qualidade do preenchimento da idade, pois o preenchimento incorreto deste campo pode gerar falhas na compreensão da epidemiologia de determinado lugar e gerar ações ineficazes.

Outra informação crucial no que se refere à importância da DO para a epidemiologia são os dados de localidade do ocorrido óbito. Tais dados estão contidos nos campos II e III do documento, compreendendo residência e ocorrência, respectivamente. Ambos os campos apresentaram-se legíveis na maioria dos casos, porém, no campo de residência, dados como endereço completo - notoriamente o CEP -, encontravam-se frequentemente em branco. No campo de ocorrência, já que é predominantemente relacionado à dados do hospital, o número de campos em branco diminuíram, porém ainda se faziam presentes. Saber a proporção dos principais fatores e causa de morte relacionada à região específica onde ocorreram, é fundamental para que se estabeleça um planejamento de estratégias satisfatórias de prevenção e distribuição adequada de recursos de acordo com a necessidade e realidade do lugar.

Quanto ao registro da causa do óbito – principal objetivo da DO e responsável fomentar de informações críticas o sistema de saúde, guiando programas de saúde pública – foi encontrado neste estudo um total de 57,14% dos documentos com algum campo em branco, o que é inferior aos resultados de Silva *et al* (2010)⁴ e Villar e Pérez-Mendez (2007)⁸, ambos tendo relatado encontrar valores próximos à 70%.

É imprescindível que o médico atestante não deva, sob hipótese alguma, utilizar diagnósticos vagos como “parada cardíaca”, “parada cardiorespiratória”, “falência de múltiplos órgãos”, entre outros dos chamados garbage codes, que são exemplos de modos e não causas de morte, sendo, na prática, uma redundância utilizá-los. Nesta pesquisa, 5,48% desses campos eram ilegíveis e 18,48% das causas de morte foram inespecíficas, dentre essas, a causa mais prevalente foi “insuficiência respiratória” (30%), o que condiz com o resultado encontrado na pesquisa de Silva *et al* (2010)⁴, que encontrou 35% e também com Mendonça (2010)⁵, que encontrou 20% dos campos preenchidos com estemotivo inespecífico.

A partir dos dados encontrados, é perceptível a negligência de grande parte dos médicos com o documento, fazendo-se necessário uma maior orientação destes, para além da graduação sobre a importância de fomentar o sistema de saúde com dados epidemiológicos imprescindíveis para o desenvolvimento de estratégias eficientes, bem como da disposição de recursos adequada, e que,

para isso, os dados registrados devem ser verossímeis e comprometidos com a realidade.

5. CONCLUSÃO

A DO é um importante documento de relevância clínica e epidemiológica, cujo preenchimento deve ser feito com bastante atenção, critério e sem negligência. Por meio do estudo foi possível verificar que apesar de sua importância, o preenchimento da DO muitas vezes é negligenciado. Faz-se necessário a busca de ações que visam à melhora e a qualidade do preenchimento da DO.

REFERÊNCIAS

- [01] Vanderlei LC, Arruda BKG, Frias PG, Arruda S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(1):7-14.
- [02] Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- [03] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- [04] Silva JA, Yamaki VN, Oliveira JP, Teixeira RK, Santos FA, Hosoume VS. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém, Pará, Brasil, em 2010. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(4):335-40.
- [05] Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. *Rev Bras Estud Popul*. 2010;27:285-95.
- [06] Lucena Luan et al. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. *Rev. biot. (Impr.)*. 2014; 22 (2): 318-24
- [07] Stuque CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. *J Bras Patol Med Lab*. 2003; 39:361-4.
- [08] Villar J, Pérez-Méndez L. Evaluating an educational intervention to improve the accuracy of death certification among trainees from various specialties. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:183.