

ANÁLISE DE ERROS NO PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÕES DE ÓBITO EM HOSPITAL GERAL VALE DO ITAJAÍ

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.041-047>

Caroline Ribeiro Zaianz

Graduada em Medicina
Centro Universitário FEBE (UNIFEBE)
Brusque –Santa Catarina, Brasil
E-mail: carolzaianz14@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-7223-4236>

Ariadne Beatriz Volpato

Especialista em Clínica Médica
Centro Universitário FEBE (UNIFEBE)
Joinville –Santa Catarina, Brasil
E-mail: ariadne_beatriz@hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5634-5759>

Antônio de Pádua dos Santos Lanna

Mestre em Farmacologia
Universidade do estado de Santa Catarina(UFSC)
Brusque-Santa Catarina, Brasil
E-mail: antonioplanna@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9517-1499>

RESUMO

OBJETIVO: O presente trabalho tem como objetivo analisar as declarações que apresentem um preenchimento inadequado, buscando identificar quais são os tipos de erros mais comuns no preenchimento das causas de óbito em um Hospital Geral no Vale do Itajaí, além de esclarecer qual a importância do preenchimento correto.

MÉTODO: Foram analisadas 507 Declarações de Óbito, preenchidas no período de janeiro a dezembro de 2022 em um Hospital Geral do Vale do Itajaí. O estudo consiste em uma pesquisa quantitativa descritiva, buscando entender erros e dificuldades encontradas pelos médicos no preenchimento das declarações de óbito do Hospital. Foram incluídas todas as declarações de óbito preenchidas durante o período e excluídas as declarações de óbitos ocorridos em domicílio. Após a análise dos dados extraídos da comissão de óbito do hospital, os dados foram organizados em planilhas do Excel e analisados em gráficos utilizando as variantes necessárias para o estudo.

RESULTADOS: Foram encontradas 299 (58,9%) declarações que estavam preenchidas corretamente e 208 (41,1%) que apresentaram algum tipo de discrepância com o Manual de Preenchimento de Declaração de Óbito do Ministério da Saúde. Entre as declarações que apresentaram algum tipo de erro, 51,7% delas possuíam apenas 1 tipo de erro e 48,3% eram mais de 1 erro concomitante. O estudo mostra que o tipo de erro mais comum foi falta denexo e ordem errada aparecendo em 49 (9,7%) declarações. De todas as declarações analisadas, apareceram em 48,3% com mais de 1 erro no seu preenchimento sendo o motivo do erro mais comum foi falta de nexoe ordem errada seguido por 32 (6,3%) declarações que apresentaram diagnóstico sindrômico como causa básica de morte, por exemplo disfunção múltipla de órgão e/ou parada cardíaca.



CONCLUSÃO: Foi possível identificar que a prevalência de declarações preenchidas inadequadamente é bastante expressiva, totalizando 41,1% do total, mostrando que o tipo de erro mais comum foi falta de nexos e ordem errada aparecendo em 49 (9,7%) declarações.

Palavras-chave: Atestado de óbito. Causas de óbito. Ética médica. Registros de mortalidade. Dados epidemiológicos.

1 INTRODUÇÃO

A Declaração de Óbito (DO) é o documento-padrão do Sistema de Informação sobre Mortalidade e de uso obrigatório em todo o território nacional. É um instrumento padronizado, impresso com uma sequência numérica única, formando conjuntos de três vias autocopiativas, com diferentes cores padronizadas, como branca, amarela e rosa. Dentre os objetivos da declaração, o primeiro é o de ser o formulário para a coleta de dados sobre mortalidade que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil. O segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, que é indispensável para as formalidades legais do sepultamento e para o início dos processos sucessórios. (Brasil, 2009).

A partir do ano de 1976, o Ministério da Saúde implantou um modelo único de Declaração de Óbito (DO) a fim de ser utilizado em todo território nacional, como base do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. A DO apresenta dois objetivos principais: ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade, que servirá de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; e o de ser o documento hábil, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento. (Brasil, 2009).

O estabelecimento onde ocorreu o falecimento deve preencher a DO em suas três vias. A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores responsáveis pelo processamento, nas secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via fica retida no cartório, para os procedimentos legais. A terceira via permanece na Unidade Notificadora para ser apensada aos registros médicos do falecido. (Brasil, 2001).

De acordo com pesquisas, os médicos relatam duas principais dificuldades no preenchimento, 80% dos participantes da pesquisa declararam que o fato de as instruções para o preenchimento dos campos do formulário da DO não estarem claramente definidas constitui a principal dificuldade, já que provocam dúvidas no momento do preenchimento. Para 20% dos médicos, a principal dificuldade para o preenchimento da DO reside na falta de informações sobre o diagnóstico do paciente. Quanto à orientação para o preenchimento, 80% afirmam ter recebido algum tipo de orientação, os outros 20% declaram não terem recebido nenhuma instrução. Sendo assim, um número muito alto de médicos que não recebem nenhum auxílio durante a formação médica, uma vez que este é um tema que deve ser abordado no ambiente acadêmico. (Mendonça; Drumond; Cardoso, 2010)

Cada vez mais, as instituições de assistência à saúde têm incluído as Comissões Hospitalares como importante instrumento de gestão, com a função de revisar e avaliar ações e procedimentos internos, auxiliando na eficácia dos indicadores de saúde. Com isso, tem-se as Comissões de Revisão

de Óbitos hospitalares que visam analisar as causas de morte de seus pacientes internados, bem como os procedimentos e condutas profissionais realizadas durante sua internação. (Ferreira et al., 2016)

O que se pretende é que o trabalho das Comissões de Revisão de Óbitos reúna informações e análises críticas que contribuam efetivamente no processo de assistência ao paciente, possibilitando o compartilhamento e o acesso imediato aos dados, maior eficiência nos processos clínicos e administrativos e a otimização dos indicadores físicos e estatísticas epidemiológicas da população atendida. Vale notar que o prontuário médico possui grande centralidade em meio a presente discussão, pois, consiste no instrumento que agrega informações essenciais e espelha a qualidade da assistência médica fornecida pela equipe de saúde multiprofissional ao paciente internado. A qualidade das informações do prontuário médico, aliada ao correto preenchimento da DO são indicadores da boa assistência prestada nos serviços de saúde e precisam ser monitorados pelo serviço de auditoria médica da instituição. Assim, uma avaliação periódica da qualidade e confiabilidade dos registros armazenados na DO é fundamental, uma vez que esses dados são utilizados em larga escala para o desenvolvimento de políticas públicas. (Ferreira et al., 2016)

Segundo pesquisa realizada no Hospital Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) em 2014, na qual foram incluídos no estudo prontuários médicos de pacientes com idade mínima de um ano, que evoluíram para óbito, no que se refere à causa básica da morte, quando foram analisados os diagnósticos informados no prontuário médico, verificou-se que tais informações foram suficientes para que o auditor identificasse a causa básica da morte na absoluta maioria dos casos. Outro autor que analisou 39.872 óbitos demonstrou que o diagnóstico principal citado no prontuário do paciente foi relatado em 83% das declarações de óbito, seja como causa básica da morte (59%) ou causa contribuinte (24%). Em outro estudo recente feito em Belo Horizonte destaca que, considerando óbitos ocorridos em hospitais, 28,7% deles tiveram causas mal definidas, classificadas como código garbage para fins de estudos epidemiológicos. Este código, que foi inicialmente idealizado para incluir causas que não deveriam ser consideradas como causa básica por serem pouco úteis em saúde pública, tem se expandido com a inclusão das causas mal definidas e dos diagnósticos incompletos. (Issa Neto; et al.,2020)

Pelos resultados encontrados nos estudos, pode-se então inferir insuficiente preparo dos médicos e desconhecimento das normas para preenchimento e conceitos de causas da morte. Isso se reflete em dificuldade para fornecer informações apropriadas e no uso inadequado de expressões vagas como parada cardíaca e falência de múltiplos órgãos. Sabe-se também que quando o preenchimento é realizado pelo médico plantonista, muitas vezes esse não conhece o caso do paciente e não dispõe de tempo suficiente para uma análise minuciosa do prontuário, tal como foi feito pelo auditor médico. (Issa Neto; et al.,2020)



O correto preenchimento da declaração de óbito reflete na elaboração de estratégias de saúde, quer seja na prevenção ou promoção. Tal documento mostra a realidade da saúde no Brasil, sendo assim um importante instrumento com fins epidemiológicos, quando preenchido corretamente. Com isso, o médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos do documento. Deve, portanto, revisar o documento antes de assiná-lo.¹ Diante do exposto, iremos analisar as declarações que apresentem um preenchimento inadequado, buscando identificar quais são os tipos de erros mais comuns no preenchimento das causas de óbito em um Hospital Geral no Vale do Itajaí, além de esclarecer qual a importância do preenchimento correto.

2 MÉTODOS

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa descritiva buscando entender os erros e dificuldades encontradas pelos médicos no preenchimento das declarações de óbito do Hospital. Para isso, foram utilizados os dados extraídos da Comissão de Óbito do hospital do período de janeiro a dezembro do ano de 2022, onde foram analisadas as declarações de óbitos dos pacientes, seguindo um roteiro para a análise dessas declarações. O tipo de pesquisa quantitativa está associada ao emprego de técnicas estatísticas que auxiliam na análise de relacionamentos entre variáveis. (Sordi, 2013)

A amostra constitui-se de 507 Declarações de Óbito, preenchidas no período de janeiro a dezembro de 2022 em um Hospital Geral do Vale do Itajaí. Foram incluídas todas as declarações de óbito preenchidas durante o período e excluídas as declarações de óbitos ocorridos em domicílio. O estudo objetivou avaliar, essencialmente, o preenchimento das declarações de óbito, considerando que as informações registradas nos documentos são fidedéias às instruções dadas pelo Ministério da Saúde.

Após a análise das declarações de óbito, os dados foram organizados em planilhas do Excel e analisados através de gráficos de acordo com as variantes necessárias para o estudo que são os motivos de erros encontrados nas declarações.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que o projeto foi iniciado somente após o aceite do Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade local, sob o parecer número 6.092.447, sendo aprovada a solicitação de dispensa do TCLE, cumprindo todos os preceitos éticos.

3 RESULTADOS

As declarações analisadas neste estudo foram baseadas no Manual de Preenchimento de Declarações de Óbito do Ministério da Saúde, seguindo todas as recomendações. No total, foram

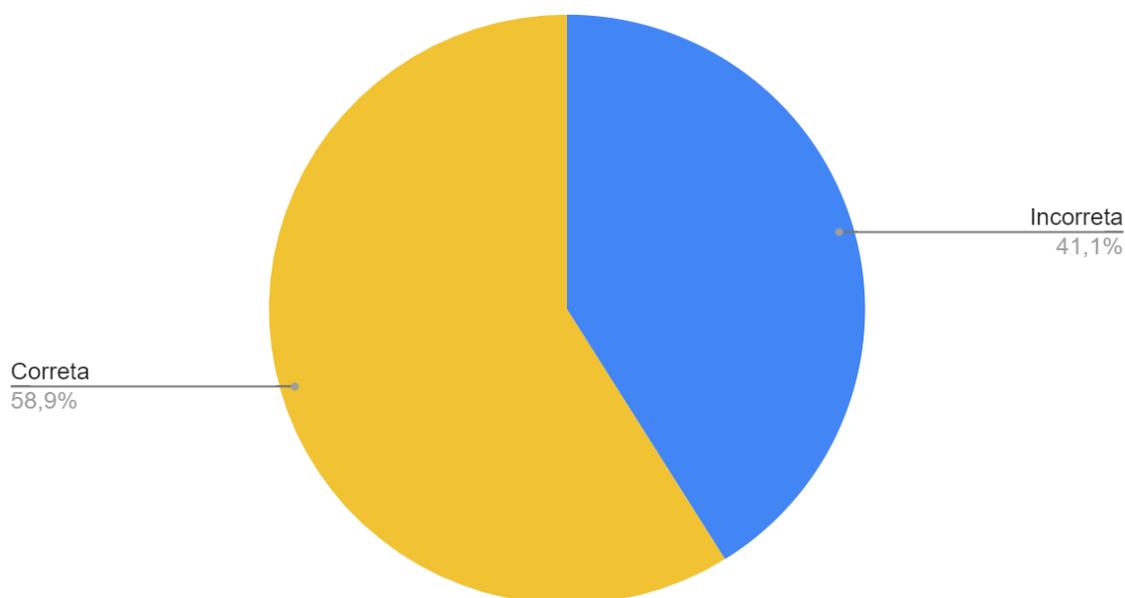
analisadas 507 declarações de janeiro a dezembro do ano de 2022, sendo estas preenchidas por 87 médicos distintos, de todos os setores do hospital.

Os tipos de erro foram divididos em: 1) Correto; 2) Ordem Errada; 4) Falta de Nexo; 8) Diagnóstico Síndrômico; 16) Múltiplos diagnósticos; 32) Preenchimento Incompleto. Podendo ser somado mais de um tipo de erro na mesma declaração.

Dentre as 507 declarações analisadas, 299 (58,9%) estavam preenchidas corretamente. Entre as declarações que apresentaram algum tipo de erro, 51,7% delas possuíam apenas 1 tipo de erro e 48,3% eram mais de 1 erro concomitante.

Figura 1. Divisão de declarações corretas e incorretas.

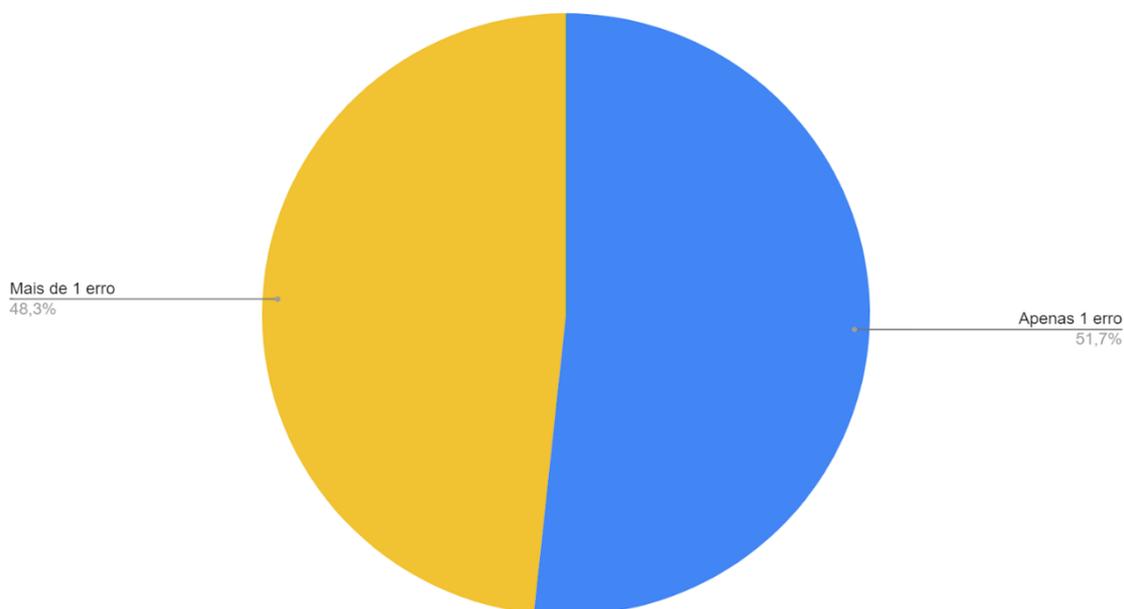
Contagem



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Figura 2. Declarações com apenas 1 erro ou mais de 1 erro.

Distribuição de erros



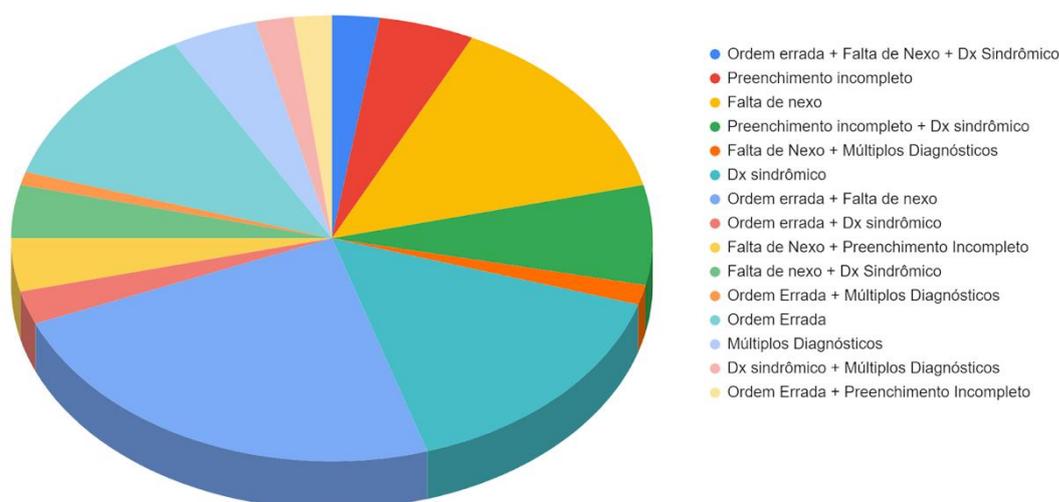
Fonte: Dados da pesquisa, 2023

De todas as declarações analisadas, apareceram em 48,3% com mais de 1 erro no seu preenchimento.

O motivo do erro mais comum foi falta de nexo e ordem errada aparecendo em 49 (9,7%) declarações. Em segundo lugar, aparecem 32 (6,3%) declarações que apresentaram diagnóstico sindrômico como causa básica de morte, por exemplo disfunção múltipla de órgão e/ou parada cardíaca. Nesse estudo, foram encontradas 10 (2%) declarações preenchidas com Disfunção Múltipla de Órgãos e 23 (4,5%) preenchidas com Morte Súbita de Causa Desconhecida.

Seguem os tipos de erros em ordem: Falta de nexo (13,9%); Ordem errada (12%); Preenchimento incompleto e diagnóstico sindrômico (7,2%); Preenchimento incompleto (4,8%); Múltiplos diagnósticos (4,3%); Falta de nexo e diagnóstico sindrômico (3,8%); Ordem errada, falta de nexo e diagnóstico sindrômico (2,4%); Ordem errada e diagnóstico sindrômico (2,4%); Ordem errada e preenchimento incompleto (1,9%).

Figura 3. Divisão dos tipos de erros, excluindo as declarações corretas.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

O registro da causa de morte representa um sistema vital cuja função é fornecer informações críticas necessárias para guiar programas de saúde pública. Por isso devem seguir um padrão mundial de regras no preenchimento. (Ao avaliar as DOs, foram encontradas mais de 41% dos documentos com pelo menos um erro no preenchimento do campo da causa básica de morte.

De todas as Declarações de Óbito analisadas do ano de 2022, a causa básica de morte mais citada foi Sepsis, aparecendo 98 (19,4%) vezes, seguido por Insuficiência Respiratória que foi citada 90 (17,8%) vezes.

Do total de lacunas a serem preenchidas (3.042) nas 507 declarações analisadas, 1.212 espaços estavam vazios. Esse valor corresponde a 39,8% de espaço “em branco” em todas as declarações do ano de 2022.

4 DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, por isso, além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico. (BRASIL, 2009).

Além de atestar o óbito, a declaração de óbito é utilizada para conhecer a real situação de saúde da população e gerar atitudes e ações planejadas visando a melhoria do setor. Portanto, deve ser fidedigno e expressar a realidade da saúde da população, que é mensurada com base na DO emitida pelo médico, visto que este tem a responsabilidade ética e jurídica do preenchimento e pela assinatura da DO, como também pelas informações registradas em todos os campos deste documento. (Brasil,

2009). As falhas no preenchimento da causa básica ocorrem, principalmente, por um elevado percentual de causas mal definidas ou utilização de termos vagos, equívocos no preenchimento da declaração de óbito e a elevada incompletude das variáveis, que por fim limitam a utilização das DOs para as estatísticas nacionais.

Em relação às declarações analisadas no presente estudo, 41% apresentaram alguma divergência em relação à instrução dada no manual de declaração de óbito do Ministério da saúde, sendo assim, faz-se necessário medida para mudar essa realidade.

Um equívoco bastante encontrado nas declarações está na utilização de termos vagos como causa básica de morte, como parada cardiorrespiratória e falência e/ou disfunção múltipla de órgãos, encontrado em mais de 7% das declarações. Estes, na realidade, são sintomas ou condições de morte, e não causas de morte, portanto, sua utilização é irrelevante para as políticas públicas de planejamento.

Um dado de grande relevância para a saúde pública é a idade do paciente, que não foi descrita corretamente ou de forma ilegível em algumas declarações. Este dado tem uma grande importância em estudos que visam identificar uma predominância de óbitos em determinada faixa etária, bem como para estudos de mortalidade.

A quantidade de DO com campos “em branco” (preenchimento incompleto), na presente pesquisa, foi de 39,8%. Excluindo-se o Bloco I, referente aos dados do cartório, todos os demais Blocos são de responsabilidade ética e jurídica do médico, ao que tange seu preenchimento e veracidade.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade, apesar de representar a principal fonte de dados sobre mortalidade no Brasil, enfrenta obstáculos para melhorar a qualidade dos seus dados, principalmente em razão do preenchimento da declaração de óbito. Entretanto, é importante ressaltar que a classe médica se apresenta como única responsável por tais perdas desses dados e epidemiológicos. (Brasil, 2001).

Através do estudo, foi possível identificar que o tipo de erro mais encontrado foi falta de nexo e ordem errada aparecendo em 49 (9,7%) declarações.

Segundo pesquisas realizadas com médicos afirmam que a maior dificuldade para o correto preenchimento está na falta de clareza das instruções contidas no próprio documento. Portanto, a carência por projetos de educação médica continuada, bem como um melhor preparo pelas escolas médicas, pode facilmente explicar parte desses erros. E, de fato, grande parte dos clínicos afirma que a prática de palestras relacionadas ao treinamento no preenchimento do documento pode levá-los a modificar a causa de morte em várias circunstâncias. (Silva; et al.,2013)

Segundo uma pesquisa realizada por Silva et al, os professores da universidade que foram analisados não possuem conhecimentos suficientes sobre declaração de óbito, um resultado diferente do que seria esperado para os que lidam diretamente com educação médica. Sendo um dado preocupante, pois revela um evidente déficit na formação médica, mostrando que a carência de projetos



de educação médica continuada, bem como o despreparo das escolas médicas explicam parte desses erros e dificuldades. A conclusão deste estudo é semelhante à encontrada na nossa pesquisa: a importância da educação continuada acerca do preenchimento de documentos médicos, principalmente adquirido na graduação, que deve ser permanentemente atualizado e aperfeiçoado a fim de evitar falhas e melhorar a qualidade das informações geradas com base nesses documentos. Sendo assim, é possível prever e alertar, principalmente no âmbito da formação médica, o quanto é comum médicos se depararem pela primeira vez com um atestado de óbito quando se veem na obrigação real de preenchê-lo. (Silva; et al.,2016)

Outro estudo exploratório sobre problemas de preenchimento da DO realizado em Minas Gerais mostrou como principais dificuldades encontradas pelos médicos: desconhecimento sobre a importância do correto preenchimento dos campos do formulário, pouca utilização dos manuais técnicos de instrução fornecidos pelo MS, desconhecimento sobre a importância do detalhamento e a adequação da cadeia de eventos patológicos no campo das possíveis causas de morte, que foi uma causa bastante encontrada neste estudo, como falta de nexos e ordem errada nos diagnósticos. (Mendonça; Drumond; Cardoso, 2010)

5 CONCLUSÃO

O estudo aponta que a prevalência de declarações preenchidas inadequadamente é bastante expressiva, totalizando 41,1% do total, mostrando que o tipo de erro mais comum foi falta de nexos e ordem errada aparecendo em 49 (9,7%) declarações. Mostrou também que do total de lacunas a serem preenchidas (3.042) nas 507 declarações analisadas, 1.212 espaços estavam vazios, esse valor corresponde a 39,8% de espaço “em branco”.

Para estudos futuros, recomenda-se uma avaliação acerca da forma como é ministrado tal tema nas faculdades, padronizar uma forma onde os dados sejam mais fáceis de serem acessados e analisados e por fim, buscar uma educação continuada e acessível aos médicos.



REFERÊNCIAS

FERREIRA, KLP et al. A comissão de revisão de óbitos e sua importância na Gestão em Saúde: estudo dos óbitos de pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora ocorridos entre os anos 2009 e 2012. HU Revista, v.

ISSA NETO, Neder; ISSA, Márcia Rodrigues Neder; PEDROSA, Letizzia Gabriela Oliveira; MOREIRA, Lúcio Lourenço; MENDEES, Thamirys Aimée Rodrigues; FERNANDES, Magda Lourenço. Qualidade dos prontuários e concordância entre suas informações e a causa básica de óbito registrada nas Declarações de Óbito de um hospital de Belo Horizonte. Revista Médica de Minas Gerais, [SLhttp : //dx.d.org /10.5935 /2238 -3182.20200014.

MENDONÇA, Fabrício Martins; DRUMOND, Eliane; CARDOSO, Ana Maria Pereira. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. Revista Brasileira de Estudos de População,http://dx.doi.org /10.1590 /s0102 -309820.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A declaração de óbito: documento necessário e importante.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade.

SILVA, José Antônio Cordero da; YAMAKI, Vitor Nagai; OLIVEIRA, João Paulo Santiago de; TEIXEIRA, Renan Kleber Costa; SANTOS, Felipe Augusto Folha; HOSOUME, Victor Seiji Nascimento. Declaração de óbito, compromisso sem preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. Revista da Associação Médica Brasileira. [SL], v.http : //dx.d.doi .org /10.1016 /j.r.ramb .2013.03.001.

SILVA, Pedro Henrique Alcântara da; LIMA, Amanda Samara Davi de; MEDEIROS, Ana Cláudia Moraes; BENTO, Beatriz Moraes; SILVA, Rômulo Jerônimo Souza da; FREIRE, Fernanda Dionísio; MORAIS, Kleyton César Lima de; FREDERICO, Teolinda Judite Gomes; CORREIA, Lucianna Pereira da Motta Pires; MELO, Maria do Carmo Lopes de. Avaliação do Conhecimento de Médicos Professores, Residentes e Estudantes de Medicina sobre a Declaração de Óbito. Revista Brasileira de Educação Médica , [http://dx.doi.org/ .org /10.1590 /1981 -52712015v40n2e01532014.

SORDI, José Osvaldo de. Elaboração de pesquisa científica: Seleção, leitura e redação.