

Qualidade do prontuário médico e concordância entre suas informações e a causa básica da morte registrada na Declaração de Óbito em hospital de Belo Horizonte

Quality of medical record and concordance between their information and the basic death cause recorded on the Death Certificates in a hospital of Belo Horizonte.

Neder Issa Neto¹; Márcia Rodrigues Neder Issa¹; Letizzia Gabriela Oliveira Pedrosa¹; Lúcio Lourenço Moreira²; Thamirys Aimée Rodrigues Mendees¹; Magda Lourenço Fernandes¹.

RESUMO

Introdução: o prontuário médico (PM) é uma importante ferramenta para o registro do cuidado profissional prestado ao paciente nos serviços de saúde. Ele contém informações sobre o processo da doença, que são cruciais para o preenchimento da declaração de óbito (DO). **Objetivos:** determinar se o PM informou os diagnósticos necessários para identificação da causa básica da morte e verificar se o médico que fez a DO preencheu corretamente a causa básica da morte. **Método:** o médico auditor analisou prontuários médicos de pacientes que evoluíram para óbito na Santa Casa de Belo Horizonte no ano de 2014. Os diagnósticos citados no prontuário médico foram identificados e comparados com as causas da morte descritas na declaração de óbito. **Resultados:** Seiscentos e vinte e nove prontuários médicos foram avaliados. Entre os diagnósticos iniciais citados nos prontuários, a causa básica da morte esteve correta em 63,11% dos casos avaliados e entre os diagnósticos finais esse percentual foi de 95,86%. A concordância entre os diagnósticos citados no PM e a causa da morte citada na DO foi fraca (Kappa = 0,130 para diagnóstico inicial e Kappa = 0,229 para o diagnóstico final). Na análise da causa básica da morte citada na declaração de óbito, verificou-se que em 28,78% esse dado estava incorreto. **Conclusões:** os prontuários médicos geralmente apresentaram os diagnósticos necessários para identificar a causa básica da morte. Os médicos tiveram dificuldade em identificar as causas da morte e preencher corretamente a DO.

Palavras-chave: Registros Médicos; Atestado de Óbito; Auditoria Médica; Controle de qualidade.

¹ Santa Casa de Belo Horizonte, Auditoria Médica - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil.

² Centro Universitário de Belo Horizonte, Medicina - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil.

Instituição:

Santa Casa de Belo Horizonte, Auditoria Médica - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil.

* Autor Correspondente:

Magda Lourenço Fernandes

E-mail: fernandesmagda@yahoo.com.br

Recebido em: 06/04/2018.

Aprovado em: 11/10/2019.

ABSTRACT

Introduction: the medical record (MR) is an important tool to register the treatments and diagnosis of the patients. The information from the MR are crucial to the correct fulfillment of the Death Certificate (DC), which are basis to many public health policies. **Objectives:** Define if the MR of the assessed institution informed the necessary diagnosis to identify the basic death cause. Secondarily was evaluated if the doctor who made the DC correctly fulfilled the basic death cause. **Method:** the medical auditor analyzed the medical records of patients who died in Santa Casa of Belo Horizonte (SCBH) from March 15 to July 15 of 2014. The diagnosis cited on the medical record were identified and compared to the basic death cause described in the death certificate. **Results:** Six hundred twenty nine medical records were evaluated. In the analysis of the initial diagnosis, the basic death cause were described in 63.11% of the cases and In the analysis of the final diagnosis, the percentage was 95.86%, which shows poor Kappa agreement (Kappa = 0,130 to initial diagnosis and Kappa = 0,229 to final diagnosis). In the analyze of death basic cause in DC its were wrong in 28.78% of cases. **Conclusion:** In the evaluated period, the medical record of SCBH presented the necessary diagnosis for the medical auditor identify the basic death cause, however the doctors had difficult to fulfill correctly the DC

Keywords: Medical Records; Death Certificates; Medical Audit; Quality Control.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

O prontuário médico (PM), conforme definido pela Resolução 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é “o 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”. Além de possuir caráter legal, sigiloso e científico, o PM possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Devem constar desse documento no mínimo as seguintes informações: identificação do paciente, anamnese e exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado; evolução diária, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais responsáveis¹.

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 de saúde. Assim sendo, ela precisa ser corretamente preenchida, de modo que as suas informações estejam perfeitamente concatenadas com as estratégias, métodos, metas e indicadores sugeridos pelas análises da situação de saúde no país².

Considerando a importância do correto preenchimento da DO, o Ministério da Saúde publicou manual com

normas e os cuidados necessários para esse fim. Destaca-se que seu preenchimento deve ser feito de preferência em letra de forma legível, não podendo haver emendas ou rasuras. Somente o médico que atestou o óbito pode preencher a parte destinada aos diagnósticos e a declaração não deve assinar contendo espaços em branco. Entre as normas do manual, constam as orientações para se qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. A causa básica que provocou a morte, bem como os estados mórbidos que a produziram, deve ser discriminada em área reservada para esse fim. Essa causa deve ser declarada corretamente, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária. A “causa básica da morte”, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se à “doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram o dano fatal”. Nos casos em que as causas da morte foram múltiplas condições médicas, utilizaram-se normas internacionais que estabelecem regras para selecionar a causa da morte mais importante ou relevante para a saúde pública, isto é, a causa subjacente que deu origem à cadeia de outras condições associadas à morte.²

Destaca-se ainda que a responsabilidade pelo preenchimento da DO é preferencialmente do médico que vinha prestando assistência ao paciente, mas, na falta deste, como no caso de pacientes internados, o médico substituto ou o plantonista deverá fazê-lo.² Entretanto, sabe-se que estes

últimos podem não estar familiarizados com a história clínica dos pacientes, o que pode dificultar o correto preenchimento.

A qualidade das informações do PM, 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^{3,4}. Assim, 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 públicas⁵. A confiabilidade dos registros do PM pode desempenhar um papel vital na garantia da exatidão das causas de morte⁶. Ademais, a informação disponível no PM é também preciosa fonte para pesquisas.^{5,6}

O objetivo do presente estudo foi avaliar se o PM informou os diagnósticos necessários para identificação da causa básica da morte. Secundariamente avaliou-se se o médico que fez a DO preencheu corretamente a causa básica da morte.

CASUÍSTICA

Foram incluídos no estudo prontuários médicos de pacientes com idade mínima de um ano, que evoluíram para óbito durante a internação hospitalar na Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) em 2014. Para cálculo da amostra considerou-se que na faixa etária supracitada foram registrados no ano anterior uma média mensal de 2.607 internações e 146 óbitos (5,6% das internações). Utilizando-se a estimativa de uma proporção, com precisão absoluta de 1,8% e nível de significância de 5% obteve-se um n=627.

MÉTODO

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2014 e incluiu prontuários recentes à época, que estavam em processo de análise pela auditoria médica. Além de facilitar a busca, isso evitou eventuais perdas. Assim sendo, a coleta iniciou-se com a revisão dos óbitos ocorridos a partir de 15 de março de 2014 e incluiu todos os óbitos ocorridos na instituição, até se atingir o n previamente calculado.

Conforme exigência da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) os óbitos hospitalares devem ser analisados rotineiramente e investigados quando necessário. Na SCBH tal análise é feita a partir da ficha técnica de análise de óbito (FTAO), documento utilizado para identificar as características epidemiológicas dos óbitos e desenvolver indicadores da qualidade do atendimento prestado. Tal documento reúne informações acerca das características do paciente, dos diagnósticos citados no PM, da cronologia e circunstância do óbito, além das causas da morte citadas na DO. A coleta dos dados no presente estudo foi feita a partir da FTAO, que em todos os casos foi preenchida por um único auditor médico, utilizando como base o Manual de Instruções para preenchimento da DO² e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).⁷

Para normatizar a coleta de dados, os seguintes conceitos foram previamente definidos:

a.) Diagnóstico inicial: todos os diagnósticos constantes da primeira avaliação médica descrita no PM, representando, portanto, os primeiros diagnósticos recebidos pelo paciente.

b.) Diagnóstico final: todos os diagnósticos constantes da última avaliação do médico assistente, espelhando, assim os últimos diagnósticos direcionados ao paciente antes do óbito.

c.) Causas da morte: conforme citadas na DO.

A partir dessas informações coletadas na FTAO, foram feitas duas comparações:

a.) Frequência em que a causa básica era o diagnóstico inicial e final

b.) Concordância entre diagnóstico inicial e final com a correta causa básica recodificada pelo auditor.

A estatística descritiva foi utilizada para descrever dados demográficos e frequências. O coeficiente de concordância de Kappa foi usado para avaliar a concordância entre os diagnósticos do PM e a causa básica da morte citada na DO. Os dados foram compilados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 17.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH).

RESULTADOS

Foram avaliados 629 prontuários de pacientes que evoluíram para óbito na instituição de 15 de março a 15 de julho de 2014. Os óbitos foram mais frequentes na faixa etária entre 61 e 70 anos (20,8%) e entre os pacientes do sexo masculino (52,5%), conforme Tabela 1.

Tabela 1. Dados demográficos de 629 pacientes que evoluíram para óbito na Santa Casa de Belo Horizonte, no período de março a julho de 2014.

		n (%)
Faixa etária	1 a 20 anos	22 (3,5%)
	21 a 40 anos	33 (5,2%)
	41 a 50 anos	63 (10%)
	51 a 60 anos	122 (19,4%)
	61 a 70 anos	131 (20,8%)
	71 a 80 anos	122 (19,4%)
	81 a 90 anos	104 (16,5%)
Gênero	91 anos ou mais	32 (5,1%)
	Feminino	299 (47,5%)
	Masculino	330 (52,5%)

Na análise dos diagnósticos constantes do PM para identificação da causa básica da morte, verificou-se que a mesma foi identificada no diagnóstico inicial em 397 casos (63,11%) e no diagnóstico final em 603 casos (95,86%).

Já quando se analisou o preenchimento das causas da morte na DO, verificou-se que a causa básica foi corretamente citada na DO em 448 casos (71,22%), enquanto não foi identificada em 181 casos (28,78%).

A concordância entre o diagnóstico inicial citado no PM e causa básica da morte citada na DO foi fraca, com coeficiente de concordância de Kappa =0,229 (Tabela 2). A concordância entre o diagnóstico final citado no PM e a causa básica da morte citada na DO foi fraca, com coeficiente de concordância de Kappa =0,130 (Tabela 3).

Tabela 2. Concordância entre a causa básica da morte citada na declaração de óbito e o diagnóstico inicial citado no prontuário médico em 629 óbitos revisados na Santa Casa de Belo Horizonte

		Diagnóstico inicial contendo causa básica da morte		
		Não	Sim	Total
Causa básica da morte preenchida corretamente na declaração de óbito	Não	57	124	181
	Sim	51	397	448
	Total	108	521	629

Kappa = 0,229, $p < 0,001$, Intervalo de confiança = 0,155 a 0,303

Tabela 3. Concordância entre a causa básica da morte citada na declaração de óbito e o diagnóstico final citado no prontuário médico em 629 óbitos revisados na Santa Casa de Belo Horizonte

		Diagnóstico final contendo a causa básica da morte		
		Não	Sim	Total
Declaração de óbito citou a causa básica da morte	Não	20	161	181
	Sim	6	442	448
	Total	26	603	629

Kappa = 0,130, $p < 0,001$, Intervalo de confiança = 0,177 a 0,084

DISCUSSÃO

O presente estudo corroborou achados prévios de que aproximadamente 30% das declarações de óbito expressam dados falhos ou incompletos acerca das causas da morte. Esse é um aspecto muito relevante em saúde pública porque se a interpretação e a codificação corretas de dados de mortalidade não prevalecerem, a informação utilizada para o desenvolvimento das políticas de saúde pode ser comprometida⁸.

No referente à causa básica da morte, quando foram analisados os diagnósticos informados no PM, verificou-se que tais informações foram suficientes para que o auditor identificasse a causa básica da morte na absoluta maioria dos casos. Entre os diagnósticos iniciais essa causa foi identificada em 63,11% dos casos, enquanto que entre os diagnósticos finais ela foi identificada em 95,86% dos casos. Essa última frequência sugeriu fraca concordância e foi superior ao reportado por outros autores. Estudo prévio reportou que, entre 602 registros completos analisados, a concordância entre a causa básica da morte nos dados da DO e a informação extraída da revisão do PM foi de apenas 41,4%⁶. Outro autor que analisou 39.872 óbitos demonstrou que o diagnóstico principal citado no PM foi relatado em 83% das declarações de óbito, seja como causa básica da morte (59%) ou causa contribuinte (24%)⁹. De forma semelhante, em outro trabalho que incluiu 157 pacientes, verificou-se que a causa básica da morte foi mal identificada em 80,3% dos óbitos¹⁰. Considerando então os resultados do presente estudo, pode-se inferir que, de forma

geral, o PM da instituição ora avaliada foi de boa qualidade, com apenas 4,14% de prontuários incompletos no quesito avaliado. Esse é um dado importante tendo em vista a que a confiabilidade dos registros do PM pode desempenhar papel vital na garantia da exatidão das causas de morte⁶.

A despeito desses números, ao analisar os dados citados na DO, verificou-se menor correlação entre a causa básica da morte e os diagnósticos constantes do PM. Dessa forma, a causa básica da morte foi preenchida corretamente pelo médico que declarou o óbito em 71,22% dos casos, ou seja, em 28,72% dos óbitos avaliados o médico não soube fazê-lo adequadamente, a despeito da informação estar disponível. Isto sugere preparo inadequado dos médicos e desconhecimento das normas para preenchimento da DO². Esse índice também coincide com as estatísticas nacionais e internacionais divulgadas em outros estudos, alguns dos quais datam de décadas anteriores¹¹. Porém, mesmo 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 considerados como causa básica por serem pouco úteis em saúde pública, tem se expandido com a inclusão das causas mal definidas e dos diagnósticos incompletos.¹²

A análise ora apresentada se restringiu a óbitos que ocorreram no ano 2014 para desenhar o cenário a partir do qual foram propostas medidas para melhorar o preenchimento da DO na instituição. A SCBH é um hospital de ensino que possui 944 leitos instalados e atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oriundos de diversas cidades do estado de Minas Gerais e até mesmo de outros estados. Apesar do grande porte, ela certamente espelha as dificuldades e limitações da maioria dos hospitais do SUS. Pelos resultados apresentados acima, ou seja, um índice de aproximadamente um terço de codificação incorreta da causa básica da morte. 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 PM, tal como foi feito pelo auditor médico. Além disso, em se tratando de hospital de ensino, houve uma natural inclusão de médicos residentes no processo. Isso é especialmente relevante se considerarmos que a amostra foi limitada aos meses de março a julho, quando alguns desses médicos ainda estão iniciando a sua prática. Certamente esse pode ter sido um dos fatores intervenientes dos resultados. Outra possibilidade mais remota é que a frequência aumentada de algumas doenças em determinados períodos do ano, como doenças respiratórias¹³, por exemplo, aumente a incidência de determinados diagnósticos que possam dificultar o preenchimento da DO.

A despeito de todas essas considerações, certamente o fator mais relevante é o desconhecimento das normas para preenchimento da DO, por parte dos médicos da instituição. Diante disso, em 2016 iniciou-se um programa mensal de educação continuada para os médicos do corpo clínico, especialmente residentes, com foco nas normas e

orientações do MS referentes ao preenchimento correto da DO. Reavaliação periódica desse programa está prevista e posteriormente podem-se comparar os resultados. Para além dos limites da instituição, é relevante salientar a necessidade da adoção de outras medidas em escala mais ampla, como a inclusão de normas para preenchimento da DO no currículo obrigatório das escolas médicas e criação de programas de educação continuada para médicos sobre o tema.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que o PM informou os diagnósticos necessários para identificação da causa básica da morte na maioria dos casos de óbitos avaliados na SCBH. Apesar da boa qualidade dessa informação disponível no PM, grande parte dos médicos que fizeram as declarações de óbito não preencheu corretamente a causa básica da morte.

Considerando a importância vital das informações da DO para as estatísticas e estratégias em saúde pública há iminente necessidade de se criar oportunidades para que os médicos atualizem seus conhecimentos e práticas na certificação das causas da morte. Na instituição avaliada, essa medida foi instituída através de cursos mensais para médicos, versando sobre preenchimento correto da DO.

Agradecimentos: Ao Grupo Santa Casa, pelo compromisso com a assistência, investindo na auditoria de óbitos, na melhoria da qualidade do serviço prestado e no incentivo à pesquisa científica. Aos membros da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos da Santa Casa de Belo Horizonte, pela contribuição e empenho para a realização deste estudo.

Conflito de interesse: os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução nº 1.638. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/16382002.htm>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito 2011. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Prench_DO_2011_jan.pdf.
3. Das S, Pandey SK, Ckakraborty P. Medical Audit and Death Audit. *J Indian Acad Forensic Med.* 2010; 32:369-70.
4. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução CFM nº 1.614/2001. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm.
5. Rampatige R, Mikkesen L, Periris S. Promoting the periodic assessment of the quality of medical records and cause of death data: lessons learned from a medical records study in Sri Lanka. Working Paper Series. 2009; p. 1-23.
6. Rampatige R, Gamage S, Peiris S, Lopez AD. Assessing the reliability of causes of death reported by the Vital Registration System in Sri Lanka: medical records review in Colombo. *HIM J.* 2013; 42:20-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. CID-10. Classificação Estatística das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 1998. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>.
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. Johansson LA, Westerling R. Comparing Swedish hospital discharge records with death certificates: implications for mortality statistics. *Int J Epidemiol.* 2000; 29:495-502.
10. Binsaeed AA, Al-Saadi MM, Aljerian KA, Al-Saleh SA, Al-Hussein MA, Al-Majid KS, *et al.* Assessment of the accuracy of death certification at two referral hospitals. *J Family Community Med.* 2008; 15:43-50.
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. Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DMX, Paixão LMMM, França EB. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos *garbage* declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2017, 20(11): 34-45.
13. Da Silva Júnior JLR, Padilha TF, Rezende JE, Rabelo ECA, Ferreira ACG, Rabahi MF. Efeito da sazonalidade climática na ocorrência de sintomas respiratórios em uma cidade de clima tropical. *J Bras Pneumol.* 2011;37(6):759-767.