



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Saito, Cristhiana Kise; Foloni, Ana Rafaela; Oliveira, Caio Henrique Okuda de; Tessarolli, Cibele Foloni; Silva, Livia Maria Borges da; Andrade, Auro de
Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo
Revista Bioética, vol. 28, núm. 4, 2020, Octubre-Diciembre, pp. 746-751
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284439>

Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570653020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEV
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INVESTIGACIÓN

Análisis del llenado de las declaraciones de defunción en Catanduva, São Paulo, Brasil

Cristhiana Kise Saito¹, Ana Rafaela Foloni¹, Caio Henrique Okuda de Oliveira¹, Cibele Foloni Tassarolli¹, Livia Maria Borges da Silva¹, Auro de Andrade Filho¹

1. Centro Universitário Padre Albino, Araçatuba/SP, Brasil.

Resumen

La declaración de defunción es un documento base del Sistema de Información sobre la Mortalidad del Ministerio de Salud, que incluye datos cualicuantitativos de carácter ético, legal y epidemiológico. Los registros del Ministerio presentan inconsistencias resultantes de diversos factores, sobre todo relacionados con la formación académica de los profesionales y con el acceso a las orientaciones de los órganos competentes. El objetivo de este trabajo fue identificar los principales errores en el llenado de las declaraciones de defunción registradas en los hospitales escuela de Catanduva, São Paulo, Brasil, en el período entre el 2014 y el 2017. De los 805 documentos analizados, 167 (20,7%) estaban incompletos; 59 (7,3%) empleaban términos inadecuados; 42 (5,2%) presentaban siglas y abreviaturas; 27 (3,4%) estaban escritos con una caligrafía ilegible; y 2 (0,2%) contenían tachones. A pesar de la baja frecuencia de errores, el análisis demostró un déficit en el conocimiento o negligencia en cuanto a la ética médica, lo que compromete la calidad de los registros de salud pública.

Palabras clave: Certificado de defunción. Salud pública. Ética.

Resumo

Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo

A declaração de óbito é documento-base do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e abrange dados qualiquantitativos de cunho ético, jurídico e epidemiológico. Os registros do Ministério apresentam inconsistências provocadas por diversos fatores, principalmente relacionados à formação acadêmica dos profissionais e ao seu acesso às orientações de órgãos competentes. O objetivo deste trabalho foi identificar os principais erros no preenchimento das declarações de óbito registradas nos hospitais-escola de Catanduva/SP entre 2014 e 2017. Dos 805 documentos analisados, 167 (20,7%) estavam incompletos; 59 (7,3%) utilizavam termos inadequados; 42 (5,2%) apresentavam siglas e abreviações; 27 (3,4%) foram redigidos com caligrafia ilegível; e 2 (0,2%) continham rasuras. Apesar da baixa frequência de erros, a análise demonstrou déficit no conhecimento e/ou descuido com a ética médica, o que compromete a qualidade dos registros de saúde pública.

Palavras-chave: Atestado de óbito. Saúde pública. Ética.

Abstract

Analysis of the filling of death certificates in Catanduva, São Paulo, Brazil

The death certificate is the main document for the Mortality Information System of the Brazilian Ministry of Health, covering quantitative and qualitative aspects of ethical, legal and epidemiological nature. The records of the Ministry present inconsistencies caused by many factors, especially those related to poor academic training and access to guidelines published by entities. This study sought to identify the main errors in filling death certificates registered in a teaching hospital in Catanduva, São Paulo, Brazil, from 2014 to 2017. Of the 805 certificates, 167 (20.7%) were incomplete, 59 (7.3%) had inadequate terms, 42 (5.2%) acronyms and abbreviations, 27 (3.3%) illegible handwriting, and 2 (0.2%) erasures. Despite the low frequency of errors, the analysis found deficits in knowledge and/or neglect of medical ethics, which compromise the quality of public health records.

Keywords: Death certificates. Public health. Ethics.

Aprobación CEP-Fameca CAAE 64641617.0.0000.5430

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El certificado de defunción es un documento oficial de carácter ético, legal y epidemiológico, normalizado a nivel nacional, y que alimenta el Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud¹⁻⁴. Registra datos cualicuantitativos en tres ejemplares numerados secuencialmente y diferenciados por el color, según su destino y función: blanco para enviar a la Secretaría Municipal de Salud; amarillo para el representante de la familia del fallecido, con el objetivo de preservar el documento; y rosa para archivar en la historia médica⁵.

Este documento está asociado a diversos trámites, teniendo en cuenta las posibles características del fallecimiento (causa natural, accidental o violenta) o del lugar en que tuvo lugar (instituciones de salud, vía pública, etc.)⁵. Se trata de un registro público que debe ser llenado por el médico y que debe contener, entre otros datos, la identificación del fallecido y las condiciones que condujeron a su muerte, además de indicar si hubo asistencia médica o no^{5,6}.

Se compone de nueve bloques y 59 campos que corresponden a información indispensable para certificar la muerte del paciente: el bloque I, "Identificación", presenta datos sociodemográficos del fallecido y va acompañado del bloque II, "Residencia"; el bloque III, "Ocurrencia", registra información sobre el lugar del fallecimiento; el bloque IV, "Fallecimiento fetal o de menos de un año de edad", incluye, además de los datos del fallecido, información sobre su madre; el bloque V indica las "Condiciones y causas de la muerte", incluye la cronología y la causalidad de los eventos que desencadenaron el fallecimiento; el bloque VI, "Médico", identifica al profesional que firma el certificado de defunción; el bloque VII, "Causas externas", indica la posibilidad de muerte por causas no naturales; el bloque VIII, "Registro", lo rellena exclusivamente la oficina del registro civil que lo designa; y el bloque IX, "Localidad sin médico", indica la ausencia de este profesional^{5,7}.

El médico es el responsable de investigar y certificar el llenado correcto del certificado de defunción, de manera que se registre información fidedigna del paciente, cumpliendo un deber ético y legal¹. La necesidad de comprobar la veracidad del documento está relacionada con su función epidemiológica, desempeñada mediante el análisis de las principales particularidades poblacionales de las muertes más frecuentes. Esto permite establecer el estándar de enfermedades de cada región, lo que fundamenta las acciones estatales orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, consolidadas por las evidencias proporcionadas por las encuestas^{8,9}.

A pesar del conocimiento ampliamente difundido sobre la importancia de completar

adecuadamente el certificado de defunción, se pone de manifiesto que hay registros insatisfactorios que causan inconsistencia en los datos epidemiológicos recopilados⁴. Esta fragilidad de la información se puede justificar por diversos factores, sobre todo relacionados con la formación académica de los profesionales y el acceso a los documentos informativos acerca del llenado adecuado⁷.

En el contexto actual de la práctica médica, la precariedad de las encuestas estadísticas plantea un delicado problema que afecta negativamente al progreso de la ciencia, ya que varias investigaciones tratan de indicar con exactitud las principales causas y dudas que intervienen en el llenado inadecuado de los certificados de defunción. En primer lugar, de estos estudios se desprende que muchos profesionales médicos desconocen las reales implicaciones éticas, legales y epidemiológicas del llenado incorrecto, incompleto o ilegible de los certificados de defunción. La información que se declara de forma deficiente se debe a la negligencia de los médicos en cuanto a las dificultades en aspectos básicos del documento, como la cronología y la coherencia de los eventos clínicos implicados en la causa de la muerte, el llenado relacionado con las muertes fetales y maternas y la indicación de causas externas en las muertes violentas^{10,11}.

Se puede observar que la exigencia del llenado adecuado de este documento cumple el objetivo de mejorar los datos estadísticos acerca de la muerte de la población, asociado al mejoramiento del Sistema de Información sobre Mortalidad. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar diversos criterios para el llenado completo y adecuado del certificado de defunción, con el fin de indicar errores relevantes y demostrar fallos relacionados con la incompletitud, que hipotéticamente indican negligencia de los profesionales de la salud y una formación deficiente¹⁰.

Materiales y método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y cualicuantitativo de los certificados de defunción de los pacientes que murieron entre el 2014 y el 2017 en el Complejo de Hospitales Escuela Padre Albino y Emílio Carlos. Estas instituciones están vinculadas al Centro Universitario Padre Albino, sede del curso de medicina de la ciudad de Catanduva, São Paulo, Brasil, y atienden la microrregión con 19 ciudades y cerca de 200.000 habitantes, situada en el noroeste del estado de São Paulo. Los documentos analizados fueron rellenos por médicos vinculados a estos hospitales.

Los datos de los certificados de defunción originales se recolectaron y organizaron en formularios (Anexo) para identificar y analizar los principales aciertos y errores cometidos por los médicos al rellenarlos. Posteriormente, se realizaron cálculos estadísticos, y los datos se organizaron en gráficos de acuerdo con cada bloque del documento, para compararlos por categoría y nivel de complejidad del llenado.

La información fue proporcionada por el archivo del Hospital Emílio Carlos, donde se guardan los ejemplares de color rosa de las declaraciones. Se incluyeron los registros que presentaban completos los bloques I, II, III, V y VI, y se excluyeron del estudio los datos relacionados con las muertes fetales y con causas externas. La sección VIII es rellenada exclusivamente por el Registro Civil, y no implica la participación de los médicos, por lo tanto, no se tendrá en cuenta en el análisis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Padre Albino y supervisado por el personal responsable del sector de los archivos.

Se evaluaron los bloques I (identificación), II (residencia), III (lugar de fallecimiento), V (condiciones y causas de fallecimiento) y VI (datos del profesional) para comprobar la legibilidad, la presencia de tachones y el llenado completo de los campos. También se evaluó el bloque V en lo que respecta al uso de términos inadecuados (“insuficiencia múltiple de los órganos”, “parada cardiorrespiratoria”, “coma” y “causa desconocida”) y de abreviaturas y siglas no normalizadas.

Los puntos que se deben observar en el bloque V se eligieron con base en los manuales de llenado de certificados de defunción. El libro *Atestado médico: prática e ética*¹², publicado por el Centro de Bioética del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo en el 2013, considera inadecuados los términos “insuficiencia múltiple de los órganos”, “parada cardiorrespiratoria” y “coma”, porque son imprecisos y representan consecuencias del proceso de muerte y no las causas. También se desaconseja el uso de la expresión “causa desconocida” en este manual por generar un certificado impreciso y omitir la causa base de la muerte, que debería ser al menos cuestionada¹².

También se recomienda evitar las abreviaturas en la elaboración de los certificados de defunción, de manera que el registro sea lo más claro posible, para que contribuya a su función epidemiológica¹². Esta misma razón justifica la exigencia de una caligrafía legible, término que se refiere a un *texto o impreso que, por estar escrito con caracteres claros, bien visibles y distintos, se puede leer fácilmente*¹³. Las caligrafías de los certificados analizados que presentaron dificultad de comprensión por parte

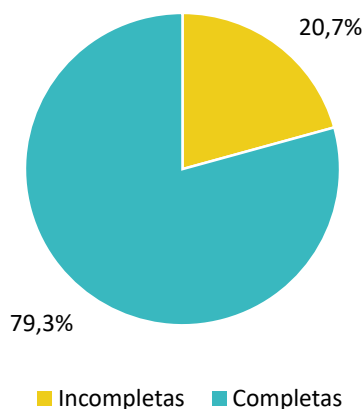
de más de uno de los cinco miembros del grupo de investigación se clasificaron como ilegibles.

El tachón, entendido como la *eliminación de una letra o palabra de un texto escrito, tachándolos o frotándolos*¹⁴, también está estrictamente prohibido en cualquier documento médico. El *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito* de la Fundación Nacional de Salud¹¹ resalta que el registro que contenga tachones o enmiendas debe ser anulado y enviado al sector de procesamiento para su control.

Resultados y discusión

De los 805 certificados de defunción analizados, 167 (20,7%) estaban incompletos, 59 (7,3%) contenían términos inadecuados, 42 (5,2%), siglas y abreviaturas, 27 (3,4%), caligrafía ilegible y 2 (0,2%), tachones. La marcada frecuencia de registros incompletos en los archivos de los hospitales analizados (Gráfico 1) indica una probable falta de compromiso, atención o capacitación del profesional responsable de rellenarlos. Se obtuvo un resultado similar en otros análisis, como en el estudio realizado en Santa Catarina en el 2014 con 528 certificados de defunción, de los cuales el 50,18% estaban incompletos¹⁰.

Gráfico 1. Proporción de declaraciones de defunción completas e incompletas (Catanduva/SP, 2014-2017)



La presencia de siglas y abreviaturas, la caligrafía ilegible y el tachón indican la permanencia de vicios del día a día de los médicos, lo que puede perjudicar la comprensión y el análisis de la información por parte de profesionales de otras áreas. Además, viola la responsabilidad ética del médico de seguir las normas y estándares establecidos para la composición de un documento que cumple una función epidemiológica.

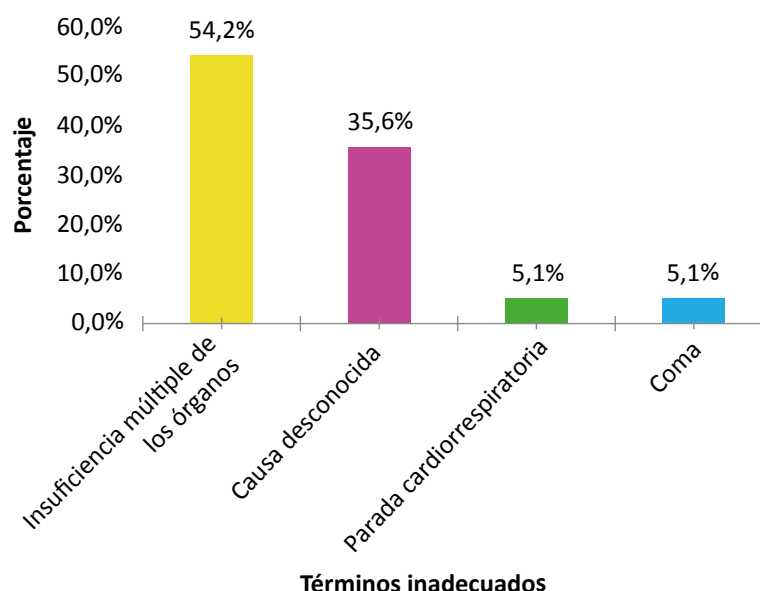
A pesar de la baja incidencia (7,3%), se observaron aun términos no recomendados por las entidades reguladoras por ser imprecisos y vagos¹². Este hallazgo corresponde a la tendencia nacional observada en un estudio anterior, en el que se detectó que, si bien la proporción de muertes por causas mal definidas se redujo desde la década de 1980, su frecuencia aún se sigue estimando en un 13% en los años 2000¹⁵.

El análisis de los 59 certificados de defunción con términos inadecuados constató que 32 (54,2%) indicaban “insuficiencia múltiple de los órganos”; 21 (35,6%), “causa desconocida”; 3 (5,1%), “parada cardiorrespiratoria”; y 3 (5,1%), “coma” (Gráfico 2). Un

estudio realizado en 2013 en Belém, Pará, constató un uso más frecuente de términos vagos, totalizando el 55% de los certificados de defunción analizados³.

Este valor es considerablemente más alto que el encontrado en este estudio, realizado en el complejo hospitalario de la Fundación Padre Albino, donde se detectaron menos errores de llenado, lo que contradice las expectativas iniciales de los investigadores. Es posible que este resultado sea reflejo de una mayor preparación y nivel de instrucción de los profesionales responsables de tales documentos médicos, que pueden haber cursado un asignatura sobre documentación médica durante la graduación.

Gráfico 2. Porcentaje de términos inadecuados identificados en las declaraciones de defunción (Catanduva/SP, 2014-2017)



Consideraciones finales

El certificado de defunción es un acto médico de relevancia legal, ética y epidemiológica. Su información se computa en el Sistema de Información sobre Mortalidad, que puede orientar la planificación del área de salud de acuerdo con los datos de incidencia y prevalencia de cada enfermedad, la dilucidación de las necesidades primarias en las campañas de prevención, la inauguración de nuevas unidades y la financiación de investigaciones y tratamientos.

Por lo tanto, es imprescindible que la información contenida en este documento sea verdadera y precisa, además, la familia tiene derecho a recibir datos correctos sobre la causa de la muerte del ser querido. En este contexto, los comités de

investigación de muertes son indispensables porque identifican las principales causas evitables de muerte y proponen medidas para prevenirlas, incitan discusiones e instruyen a los profesionales sobre cómo rellenar de manera adecuada los certificados.

Con base en los resultados, este estudio muestra que aún hay un déficit en el conocimiento médico acerca del llenado adecuado de las declaraciones de defunciones, o aun, una negligencia por parte del profesional en cuanto a la ética médica. En vista de ello, las instituciones de educación tienen la obligación de mejorar la enseñanza sobre este tema para preparar a los estudiantes de manera satisfactoria. Además, con el propósito de perfeccionar el conocimiento de los individuos egresados del entorno académico, se podría invertir en una capacitación orientada a la documentación médica.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/367hNxx>
2. Laurenti R, Jorge MHPM. O atestado de óbito: aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2015 [acesso 2 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3exng4e>
3. Silva JAC, Yamaki VN, Oliveira JPS, Teixeira RKC, Santos FAF, Hosoume VSN. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém – Pará, em 2010. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2013 [acesso 20 set 2018];59(4):335-40. DOI: 10.1016/j.ramb.2013.03.001
4. Silva PHA, Lima ASD, Medeiros ACM, Bento BM, Silva RJS, Freire FD et al. Avaliação do conhecimento de médicos professores, residentes e estudantes de medicina acerca da declaração de óbito. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2016 [acesso 20 set 2018];40(2):183-8. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e01532014
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011 [acesso 20 set 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3eD1CLZ>
6. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Manual de atestado de óbito [Internet]. 2ª ed. Porto Alegre: Cremers; 2018 [acesso 20 set 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3l5pB9f>
7. Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2010 [acesso 20 set 2018];27(2):285-95. DOI: 10.1590/S0102-30982010000200004
8. Santo AH. Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito, Brasil, 2003. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2007 [acesso 20 set 2018];22(3):178-86. Disponível: <https://bit.ly/2lfoQkm>
9. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2008 [acesso 20 set 2018];54(1):23-8. DOI: 10.1590/S0104-42302008000100016
10. Lucena L, Cagliari GHB, Tanaka J, Bonamigo EL. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 20 set 2018];22(2):318-24. DOI: 10.1590/1983-80422014222013
11. Fundação Nacional de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito [Internet]. Brasília: Funasa; 2001 [acesso 20 set 2018]. Disponível: <https://bit.ly/3n2zrcC>
12. Oselka G, coordenador. Atestado médico: prática e ética [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013 [acesso 20 set 2018]. Disponível: <https://bit.ly/32mX4o0>
13. Michaelis: dicionário brasileiro da língua portuguesa [Internet]. São Paulo: Melhoramentos; 2015 [acesso 20 set 2018]. Legível. Disponível: <https://bit.ly/2U42bFj>
14. Michaelis: dicionário brasileiro da língua portuguesa [Internet]. São Paulo: Melhoramentos; 2015 [acesso 20 set 2018]. Rasura. Disponível: <https://bit.ly/3p3eUGs>
15. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do Sinasc. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso 20 set 2018];12(3):643-54. DOI: 10.1590/S1413-81232007000300014

Participación de los autores

Todos los autores contribuyeron a la elaboración de este trabajo.

Correspondencia

Cristhiana Kise Saito – Rua Habib Rezek, 174, Aeroporto CEP 16052-900. Araçatuba/SP, Brasil.

Cristhiana Kise Saito – Estudante de grado – cristhianasaito@outlook.com

 0000-0002-0254-6694

Ana Rafaela Foloni – Graduada – ana_foloni@hotmail.com

 0000-0002-9544-0425

Caio Henrique Okuda de Oliveira – Estudante de grado – caiookuda@hotmail.com

 0000-0003-1057-5273

Cibele Foloni Tessarolli – Graduada – cibelesfol@gmail.com

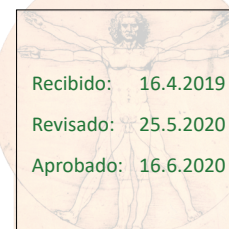
 0000-0001-9179-1810

Livia Maria Borges da Silva – Estudante de grado – livia_bds@yahoo.com.br

 0000-0001-8899-5409

Auro de Andrade Filho – Especialista – aurinhu@yahoo.com.br

 0000-0002-2817-6847



Anexo

Llenado	Caligrafía	Tachones	Siglas y abreviaturas	Términos inadecuados	Causas de la muerte (bloque V)
() Completo	() Legible	() Presente	() Presente	() Insuficiencia múltiple de los órganos	
() Incompleto	() Ilegible	() Ausente	() Ausente	() Parada cardiorrespiratoria	
() En blanco			Lugar(es):	() Coma	
				() Causa desconocida	