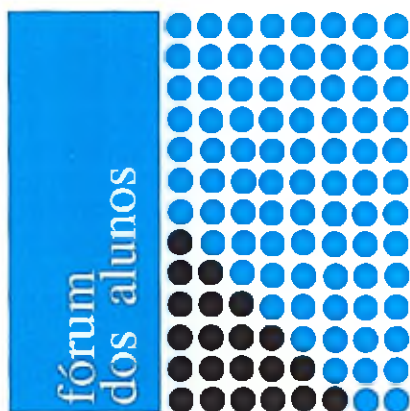




Mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais no ano de 1992

MARIA FILOMENA DA SILVA LOPES CARICHAS

As estatísticas de mortalidade constituem um instrumento de medida importante em saúde pública, pois permitem avaliar o estado de saúde das populações e servem de base a alguns indicadores de saúde.

A introdução dos registos de morte constituiu o fundamento da epidemiologia moderna; alterou o sentido narrativo desta disciplina para uma ciência descritiva (MacMahon, 1970).



Maria Filomena da Silva Lopes Carichas é médica de saúde pública no Centro de Saúde da Parede.

1. Introdução

Em epidemiologia, as estatísticas de mortalidade representam uma das principais fontes de informação, nomeadamente em planeamento e investigação em saúde. Baseiam-se na causa básica de morte, definida pela OMS em 1992 como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte ou circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal (OMS, 1975). Têm origem nos registos constantes do certificado de óbito.

O modelo do certificado de óbito é internacional e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Contém variáveis importantes, desde a identificação do indivíduo, local de residência, profissão, idade e causa de morte directa, intermédia e básica, bem como o registo do intervalo de

tempo entre o início da doença e a morte, informação que pode ser decisiva para a identificação da causa básica.

Afirma Laurenti (Laurenti et al., 1990) que o médico muitas vezes somente se depara com o certificado de óbito quando perde o seu primeiro doente e se vê na contingência de o preencher.

O seu correcto preenchimento inclui o registo e a ordenação da causa de morte, da qual depende a possibilidade de obtenção de estatísticas de mortalidade de qualidade. Esta qualidade relaciona-se com a exactidão do diagnóstico que figura no certificado. No seu preenchimento podem surgir diferentes critérios e dificuldades na interpretação da situação mórbida ou na definição da causa directa, intermédia e básica de morte.

Apesar de este último conceito parecer simples, a sua atribuição pode ser dificultada pelo número

Comentário

AMÉLIA ESPARTEIRO LEITÃO

1. No exercício da sua actividade clínica, os médicos sempre se preocuparam com as doenças ou «males» que afligem os seus pacientes, procurando, através dos conhecimentos que possuem e de uma observação cuidada dos doentes, caracterizar as situações patológicas em causa e combatê-las, usando os meios e os recursos terapêuticos ao seu alcance.

A história mostra-nos que em civilizações que existiram há milhares de anos já se utilizava uma metodologia clínica semelhante à que usamos hoje (incluindo intervenções cirúrgicas do foro neurológico) e uma terapêutica apropriada a cada caso, consoante o doente e as doenças.

A ideia, contudo, de reunir os dados recolhidos por cada um dos clínicos, de forma a ter uma visão dos problemas da saúde que existem numa comunidade, só surgiu recentemente.

Pode dizer-se que o estudo estatístico das doenças teve início no século XVII com John Graunt. Impressionado com o número elevado de mortes de crianças que faleciam na cidade de Londres, desenhou um estudo para estimar a proporção de nascidos vivos que morriam antes de atingirem a idade de 6 anos. Nessa altura não se registava a idade à data da morte, pelo que este autor procedeu à estimativa dos casos escolhendo todas as mortes classificadas como «sapinhos, convulsões, raquitismo, problemas de dentição e vermes, fígado inflamado, asfixiados, pagãos» (os que faleciam antes do baptismo, o que indicava que a morte tinha ocorrido no primeiro mês de vida ou na primeira infância), e «acrescentou a metade dos óbitos por varíola, varicela, sarampo e vermes sem convulsões».

Apesar de utilizar esta classificação rudimentar, a proporção por ele encontrada de 36% de óbitos ocorridos antes da idade de 6 anos em crianças nascidas vivas parece estar de acordo com o que se obteve em estudos posteriores.

Mais tarde, já em pleno século XIX, surgem em Inglaterra e Gales as primeiras estatísticas organizadas de causas de morte. Na introdução do *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*, 9.ª revisão, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 1975, pode ler-se:

Felizmente para o progresso da medicina preventiva, o Serviço de Registos Gerais de Inglaterra e Gales, desde a sua fundação, no ano de 1837, encontrou na pessoa de William Farr (1808-1883), seu primeiro estatístico médico, um homem que não só tirou o maior proveito possível das imperfeitas classificações de doenças que existiam, como trabalhou para conseguir uma classificação melhor e a uniformidade internacional do seu uso.

É, pois, a William Farr que se atribui a primeira tentativa para obter uma classificação estatística uniforme de doenças a ser utilizada universalmente por todos.

No primeiro Congresso Internacional de Estatística, que teve lugar em Bruxelas em 1853, foi claramente reconhecida a utilidade de haver uma classificação uniforme de causas de morte, pelo que foi solicitado aos Drs. William Farr e Marc d'Espine (Genebra) que preparassem uma classificação para ser apreciada no congresso seguinte, que ocorreu dois anos depois. Nesta reunião foi aprovada uma lista de 139 rubricas que foi sendo, sucessivamente, revista e melhorada nos congressos que se seguiram em 1874, 1880 e 1886.

Nos finais do século XIX o Instituto Internacional de Estatística (que veio a suceder aos «congressos») tomou à sua responsabilidade a coordenação deste assunto, tendo, entretanto, sido confiada a um comité presidido pelo Dr. Jacques Bertillon a preparação de uma classificação de causas de morte que foi discutida e adoptada pelo Instituto Internacional de Estatística na sua reunião de 1893. Do relatório apresentado pelo Dr. Bertillon constavam três classificações: uma, abreviada, com 44 títulos, outra com 99 e uma terceira com 161 rubricas.

Na reunião de 1899 o Instituto Internacional de Estatística adoptou uma resolução de que se destaca o seguinte:

Regista com satisfação a adopção, por todos os serviços de estatística da América do Norte e por alguns países da América do Sul e da Europa, do sistema de nomenclatura de causas de morte apresentado em 1893.

Amélia Esparteiro Leitão é professora associada da cadeira de Biostatística da Escola Nacional de Saúde Pública.

de doenças e condições envolvidas na morte (Moryama, 1989).

Tendo em vista as dificuldades na precisão das estatísticas de causas de morte, há métodos de avaliação da qualidade que têm sido sugeridos, tais como a avaliação do resultado e qualidade das provas subjacentes ao diagnóstico registado no certificado de óbito e a medição do grau de concordância entre os dados registados no certificado de óbito e os dados recolhidos pelo avaliador dos registos clínicos (Sirken et al., 1987).

A OMS recomenda que a percentagem das mortes atribuídas a sintomas, sinais e afecções mal definidas se considere um indicador de qualidade das estatísticas de causa de morte (Trifiro).

Analisando os dados relativos a causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas nos diferentes países, presentemente da Comunidade Europeia, entre 1960 e 1986, verifica-se que Portugal, tal como a Grécia, apresenta valores próximos dos 20% em 1960 (sobretudo para o sexo feminino), localizando-se bastante acima dos restantes países (Trifiro).

Portugal apresentava em 1960 18,6% de causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas para o sexo feminino e 12,7% para o sexo masculino. Em 1986 todos os países da CE não ultrapassavam os 10%, com a excepção de Portugal, que apresentava 13,6% para o sexo feminino e 10,1% para o sexo masculino.

Com base nos dados disponíveis, publicados pela OMS em 1992, relativos ao ano de 1991, Portugal apresentava 11,9% para o sexo feminino e 10,0% para o sexo masculino de causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas.

Num estudo evolutivo realizado entre 1985 e 1992 (Amélia Leitão, 1993) verifica-se que as taxas de mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas

duplicaram no grupo dos 15 aos 34 anos. Acima dos 34 anos sofreram um aumento de 50%, verificando-se uma diferença entre os dois sexos. No ano de 1992 há um decréscimo no sexo feminino e uma subida importante para o sexo masculino, sobretudo na faixa etária dos 15-34 anos, em que as taxas aumentaram 2.5 vezes desde 1985.

Em Portugal o sistema de informação das estatísticas de mortalidade inicia-se pelo preenchimento do certificado de óbito, da exclusiva responsabilidade do médico, passando a seguir pela conservatória do registo civil. Aqui a informação é transcrita para o verbete de óbito, trabalho executado por um administrativo. Posteriormente, o verbete de óbito é enviado ao Instituto Nacional de Estatística (INE), do qual, após registo, segue para a Divisão de Codificação do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), onde é submetido a um processo de codificação.

Em qualquer etapa deste circuito é possível a ocorrência de factores condicionantes que contribuem negativamente para a qualidade das estatísticas de mortalidade.

Um sistema de informação deve ter como objectivo a melhoria da recolha, elaboração, transmissão, utilidade, comunicação e oportunidade dos dados a que se refere (Laurenti et al., 1990).

Compete aos profissionais de saúde trabalhar os dados, conhecer as suas limitações e saber interpretá-las. Só o conhecimento dos erros e a sua medição tornarão possível a sua correcção e melhoria qualitativa (Laurenti et al., 1990).

Perante esta perspectiva, pretendi com este trabalho elaborar um diagnóstico de situação das causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais no ano de 1992, criar suportes de informação

Insiste, vivamente, para que esse sistema de nomenclatura seja adoptado, em princípio e sem revisão, por todos os serviços de estatística europeus.

Aprova, pelo menos em linhas gerais, o sistema de revisão decenal proposto pela Associação Americana de Saúde Pública na sua sessão de Otava (1898).

Em 1900 tem lugar, em Paris, a 1.ª Conferência Internacional para a Revisão da Classificação de Bertillon, ou Classificação Internacional das Causas de Morte, tendo-se realizado em 1909, 1920, 1929 e 1938 as revisões seguintes. A Organização de Higiene da Sociedade das Nações colaborou activamente na quarta e quinta revisões desta classificação de causas de morte (1929 e 1938) através de um comité de peritos em estatística, expressamente nomeado para o efeito.

A sexta revisão, realizada em 1948, marcou uma etapa muito importante na evolução deste processo. Até esta data, todas as conferências internacionais para a revisão da Lista Internacional de Causas de Morte tiveram lugar em Paris e foram organizadas pelo governo de França. A sexta conferência foi igualmente realizada em Paris, pelo governo de França, mas o secretariado responsável por todo o trabalho preparatório da conferência era constituído por autoridades francesas competentes e pela Organização Mundial de Saúde.

Na fase preparatória foram consultados os serviços nacionais que preparavam estatísticas de morbilidade e de mortalidade, e o comité de peritos trabalhou intensamente na preparação de uma classificação internacional de doenças, lesões e causas de morte. Esta classificação foi concebida de modo a poder ser também utilizada na área da morbilidade, o que aconteceu pela primeira vez, tendo sido aprovadas listas especiais para tabulação dos dados de morbilidade e de mortalidade.

A Conferência Internacional para a 7.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças realizou-se em Paris no ano de 1955 sob os auspícios da OMS. A 8.ª (1965), a 9.ª (1975) e a 10.ª (1989) revisões foram coordenadas e organizadas pela OMS e tiveram lugar em Genebra.

2. Até finais do século passado, cada país possuía um modelo diferente de certificado de óbito, facto que fez com que a Organização de Higiene da Sociedade das Nações constituísse uma comissão para o estudo deste problema. Em 1925 foi publicado um documento em que se sugeria a utilização de um modelo único.

No entanto, um modelo único só veio a ser aprovado pela Conferência Internacional para a Sexta Revisão Decenal realizada em 1948, tendo sido adoptado pela Assembleia Mundial de Saúde do ano seguinte. Além do *modelo internacional de certificado de causa de morte*, foi aceite e definido o conceito de causa básica de morte e foram estabelecidas as regras para a selecção desta causa, bem como as listas especiais para tabulação dos dados de morbilidade e de mortalidade.

O modelo internacional de certificado de causa de morte foi concebido de molde a que os clínicos indiquem de forma clara e sucinta não só o encadeamento das situações patológicas que levaram à morte, como de outras situações que, embora não podendo ser incluídas numa cadeia de causalidade directa, constituem «uma condição antecedente que preparou o caminho para a causa directa, quer através de lesão dos tecidos, quer por alterações da função, mesmo que o tempo que as separe seja longo».

A noção de causa básica é muito importante, pois é esta causa que é seleccionada e codificada e serve de base a todo o sistema de informação de mortalidade por causas. Corresponde a «doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte ou circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal».

O modelo de certificado de causa de morte foi adoptado por Portugal em 1 de Janeiro de 1955, competindo aos médicos que certificavam a morte indicar a causa e, ao mesmo tempo, seleccionar o código respectivo, consultando as listas abreviadas que existiam no verso dos certificados (150 rubricas ou 100 rubricas no caso de óbitos perinatais).

Só em 1980 é criado, no Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, um serviço de codificação de causas de morte. Isto significa que apenas a partir desta data temos no nosso país pessoal especializado a seleccionar a causa básica, de acordo com as regras da OMS, e a codificá-la, utilizando a lista detalhada a quatro caracteres.

Facilmente se compreende que o nível da qualidade do sistema de informação gerado será tanto maior quanto melhores forem os dados clínicos fornecidos pelos médicos (a partir dos quais será feita a selecção da causa básica) e que devem incluir não só o encadeamento das situações patológicas que levaram à morte como a indicação do intervalo de tempo que decorreu entre o aparecimento dessas situações e a morte.

Comentário

3. A Classificação Internacional de Doenças, ao longo das diferentes revisões, tem vindo a ser actualizada, de acordo com as necessidades dos utilizadores, nas áreas da morbilidade e da mortalidade, para além de conter novas situações patológicas, como, por exemplo, a doença dos legionários, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida, a doença de Alzheimer.

A classificação (CID-9) em vigor em vários países, um dos quais o nosso, está estruturada em 17 capítulos. O décimo-sexto é dedicado a sintomas, sinais e afecções mal definidas e «inclui sintomas, sinais, resultados anormais de laboratório ou outros procedimentos diagnósticos e estados mórbidos mal definidos em relação aos quais não foi registado nenhum diagnóstico classificado em outro lugar». Praticamente, todas as categorias deste grupo podem ser designadas como não especificadas de outro modo, de etiologia desconhecida ou transitórias.

Este capítulo é utilizado em todos os casos em que:

- i) Não foi possível fazer um diagnóstico mais específico, mesmo depois de averiguados todos os factos relacionados e disponíveis;
- ii) Os sinais ou sintomas verificados numa primeira consulta eram transitórios, não tendo sido possível estabelecer as causas;
- iii) Os diagnósticos provisórios não puderam ser comprovados por o doente não ter aparecido posteriormente;
- iv) Os casos foram enviados a outra consulta ou serviço;
- v) Não foi possível, por qualquer razão, chegar a um diagnóstico mais preciso;
- vi) Certos sintomas representam problemas importantes no tratamento médico e há o desejo de os classificar juntamente com a causa conhecida.

Como vemos, os óbitos aparecem referidos com códigos atribuídos a *sinais, sintomas e afecções mal definidas* sempre que a informação prestada pelos clínicos no certificado médico de causa de morte não é suficiente para permitir aos codificadores seleccionar uma causa básica, de acordo com as cerca de 800 rubricas incluídas nos 15 capítulos precedentes. Convém precisar que uma das alíneas incluídas neste grupo se destina a classificar os casos de «senilidade sem menção de psicose».

Considera-se que uma estatística de mortalidade em que a proporção de óbitos por estas causas mal definidas é elevada (15% ou mais) deve ser encarada com alguma reserva, pois é consequência da deficiência de dados no certificado médico de causa de morte, que pode ser devida ao conhecimento deficiente da história clínica e dos processos patológicos envolvidos ou resultar de outras causas.

Consultando as estatísticas de saúde da OMS, verifica-se que, nos países da União Europeia, a proporção mais elevada de óbitos classificados como causas/afecções mal definidas é a de Portugal, com 11,4%; destes, 5,2% foram atribuídos a senilidade e 6,2% às outras rubricas. Os valores mais baixos (0,4%) pertencem à Finlândia e à Irlanda. Entre estes extremos situam-se a Grécia, com 9,0%, a Dinamarca, com 6,4%, a Holanda, com 4,1%, a França, com 2,9%, a Alemanha, com 2,3%, a Itália, com 2,2%, e a Espanha, com 2,1%. No Japão encontramos 3,6% e nos EUA 1,2%.

Trabalhos como este, que foi efectuado no concelho de Cascais, são muito importantes e é desejável haver mais pessoas interessadas em estudar estes assuntos. Têm não só o mérito de chamar a atenção para o problema, como dão indicações sobre a forma de melhorar a situação e mostram que, com medidas simples e o bom desempenho de todos os intervenientes, se pode melhorar a qualidade do sistema de informação e das estatísticas.

☐ Bibliografia

- OMS
Manual da classificação internacional de doenças, 8.ª revisão.
- OMS
Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito, 9.ª revisão.
- OMS
Estatísticas de saúde mundiais, ed. 1995.

para a recolha de dados e determinar alguns dos factores condicionantes que intervêm na qualidade das estatísticas de mortalidade.

2. Finalidade e objectivos

2.1. Finalidade

Contribuir para a melhoria da qualidade das estatísticas de mortalidade, identificando alguns dos factores condicionantes e reduzir as causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais.

2.2. Objectivos

2.2.1. Objectivo geral

Contribuir para a diminuição das causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais.

2.2.2. Objectivos específicos

2.2.2.1. Verificar a adequação do preenchimento dos certificados de óbito cuja causa de morte é um sintoma, sinal ou afecção mal definida, de acordo com a informação disponível dos óbitos registados no concelho de Cascais no ano de 1992.

2.2.2.2. Identificar alguns dos factores condicionantes das estatísticas de mortalidade por causa de morte de sintomas, sinais e afecções mal definidas registadas no concelho de Cascais no ano de 1992.

2.2.2.3. Verificar a concordância existente entre a codificação da causa de morte referenciada nos verbetes de óbito registados no concelho de Cascais no ano de 1992 como sintoma, sinal ou afecção mal definida e a codificação posterior, processada de acordo com a informação disponível dos certificados de óbito e a informação adicional recolhida.

3. Materiais e métodos

3.1. Descrição e circuito do certificado de óbito

O certificado de óbito é um documento legal cujo preenchimento é da exclusiva responsabilidade do médico que certifica o óbito. A OMS internacionalizou, além de um modelo de certificado de óbito único, regras de preenchimento e de selecção de causa básica de morte, que vieram completar o efeito normalizador da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-9) actualmente em vigor.

O certificado de óbito dispõe para a informação clínica de uma área dividida em duas partes, parte I e parte II, sendo as duas completadas por outra destinada ao registo do intervalo aproximado entre o início da doença e a morte.

A parte I inclui os registos de:

- a) *Causa directa* — causa que directamente conduziu à morte;
- b) *Causa antecedente intercorrente* — estados patológicos antecedentes que ocasionaram a causa registada em a);
- c) *Causa básica de morte* — sucessão dos estados patológicos.

Estas três alíneas permitem estabelecer a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziriam directamente à morte.

A parte II destina-se ao registo de outra condição mórbida significativa que tenha influenciado desfavoravelmente o curso do processo patológico, contribuindo deste modo para a morte do indivíduo, sem estar relacionada com a doença ou situação patológica que causou directamente a morte (DGS, 1980).

Quando existe mais de uma patologia, as alíneas são preenchi-

das com várias informações e, neste caso, há necessidade de aplicar regras de selecção que permitam determinar a cadeia de acontecimentos e seleccionar a causa básica de morte. Esta sucessão deve ser lógica, clínica e não apenas temporal.

Se a causa de morte for informada de forma correcta, não haverá necessidade da aplicação das regras de selecção por parte do codificador.

O conceito de causa básica de morte é definido internacionalmente como sendo a causa ou lesão que desencadeou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que contribuíram para a lesão fatal (causa externa).

Este conceito é de primordial importância, dado que as nossas estatísticas de mortalidade derivam da causa básica informada. Esta deve ser registada no certificado de óbito de forma inequívoca, permi-

tindo a selecção do diagnóstico correcto, o qual será codificado e posteriormente integrado nas estatísticas de mortalidade.

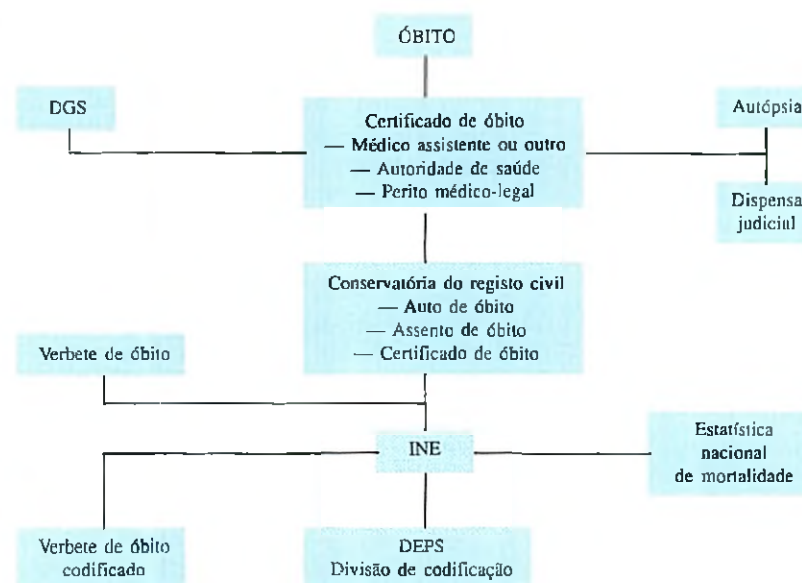
O fluxograma representado na Figura 1 pretende dar a conhecer o circuito de informação percorrido por um certificado de óbito.

Após a ocorrência do óbito, a sua declaração deve ser corroborada pela apresentação do certificado de óbito em impresso de modelo fornecido pela Direcção-Geral da Saúde (INE, 1975).

O certificado de óbito poderá ser preenchido pelo médico assistente ou outro, pela autoridade de saúde ou por um perito médico-legal. Qualquer destas entidades, se o entender, poderá requerer autópsia clínica ou médico-legal, a qual poderá ocorrer ou ser dispensada por ordem da autoridade competente para o decidir (delegado do procurador da República).

O certificado de óbito é registado na conservatória do concelho onde ocorreu o óbito, sendo

Figura 1
Circuito oficial do certificado de óbito em Portugal



lavrado o auto e o assento do mesmo. A transcrição da informação constante do certificado de óbito é feita por um administrativo para o *verbetes de óbito*, instrumento do sistema de notação do Sistema Informático Nacional de Estatística, distribuído pelo INE às conservatórias do registo civil. Este instrumento é posteriormente devolvido ao INE, onde é identificado pelo número de série, de caderneta e unidade e pelo número do registo da conservatória. Posteriormente é enviado para a Divisão de Codificação do DEPS, onde é feita a codificação da causa básica de morte.

Este sistema de codificação é de responsabilidade médica e é executado por técnicos com formação específica, que tratam a informação médica constante do verbete com aplicação ou não das regras de selecção.

Após a codificação, o verbete é remetido ao INE para tratamento informático, dando origem às publicações estatísticas de mortalidade. Durante o tratamento informático, os dados são validados, isto é, o programa informático permite verificar incompatibilidades entre os dados introduzidos e solicitar a sua correcção. Um exemplo desta situação é o de um óbito do sexo masculino cuja causa de morte foi uma neoplasia do útero. Este processo, que é inerente ao sistema de apuramento, se não funcionar em pleno, poderá deixar escapar erros que afectarão resultados finais.

Em todo este circuito podem considerar-se fontes de erro o incorrecto preenchimento do certificado de óbito, a qualidade da informação prestada pelo médico que o preenche (que pode influenciar o diagnóstico da causa de morte), erros ou omissões na anotação da causa de morte e erros de codificação.

3.2. Tipo de estudo

O estudo realizado foi um estudo qualitativo, descritivo e transversal.

Decorreu no concelho de Cascais entre Novembro de 1993 e Fevereiro de 1994.

3.3. Universo e amostra do estudo

O universo do estudo foi constituído por 1375 óbitos ocorridos no ano de 1992 e registados na Conservatória do Registo Civil de Cascais.

A amostra incluiu 41 casos, correspondentes a todos os óbitos ocorridos no ano de 1992, registados na Conservatória do Registo Civil de Cascais e cuja causa de morte foi um sintoma, sinal ou afecção mal definida. Em termos percentuais, representam 2,9% da totalidade dos óbitos ocorridos neste concelho durante o período de tempo em estudo.

3.4. Descrição do estudo

O fluxograma representado na *Figura 2* pretende, de uma forma esquemática, dar a conhecer as diferentes etapas seguidas durante o estudo. Este teve origem no INE, onde foi possível a consulta dos verbetes de óbito registados na Conservatória do Registo Civil de Cascais relativos ao ano de 1992 e codificados como sintoma, sinal e afecção mal definida. Foi possível o acesso a uma listagem inicial correspondente a 40 verbetes, através da qual se pode identificar caso a caso, pelo número de entrada e registo atribuído pelo INE, o código da causa básica de morte, data de nascimento e a data do óbito.

Na Conservatória do Registo Civil de Cascais, e com base nos dados referidos, identificaram-se

os certificados de óbito correspondentes. Comparou-se a listagem, os verbetes disponíveis e os casos anotados, confrontando-os. Os dados dos vários certificados foram transcritos para um suporte de informação, de forma a uniformizar a recolha dos dados. Verificou-se a existência de casos de morte com e sem processo judicial, o que condicionou uma abordagem metodológica diferente.

Através da morada e telefone constantes do certificado de óbito foi possível estabelecer um contacto pessoal com os médicos responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito, tendo a informação colhida sido registada em suporte de informação criado para o efeito.

Relativamente aos casos de morte onde existia processo judicial, foi necessário fazer a identificação destes processos. Esta foi efectuada com base nos elementos constantes de um documento anexo ao certificado de óbito, nomeadamente número de ofício, número de processo, identificação da secção e data respectiva. Foi necessário consultar os seguintes documentos:

- Declaração da Polícia de Segurança Pública;
- Identificação da autoridade de saúde;
- Identificação do delegado do procurador da República;
- Auto de reconhecimento do cadáver;
- Auto de inquirição das testemunhas;
- Relatório da autópsia;
- Resultado dos exames toxicológicos;
- Conclusão final da causa de morte da competência do perito médico-legal.

Esta informação foi recolhida com base num suporte de informação.

O contacto com os familiares foi efectuado inicialmente a partir da identificação da residência constante do certificado de óbito. A recolha de informação foi feita, aplicando um questionário por entrevista, com o objectivo de obter toda a informação pertinente para cada caso. Foi possível também identificar o médico assistente de cada falecido.

Após a autorização para consulta dos processos clínicos disponíveis, a recolha dos elementos foi

efectuada aplicando um outro suporte de informação. Nos casos em que se verificou a inexistência do processo clínico ou informação clínica insuficiente foi efectuada uma entrevista ao médico assistente de cada falecido, o qual, de uma forma geral, cedeu os dados possíveis.

No caso com história de internamento anterior e ida à urgência hospitalar houve necessidade de recorrer ao Hospital Distrital de Cascais com o objectivo de consul-

tar fichas de urgência, processos clínicos nos casos em que houve internamento noutro serviço. Também neste caso a recolha de informação foi feita com base num suporte de informação criado para o efeito.

Findas todas as recolhas de informação referidas, foi compilada, de uma forma resumida, toda a informação colhida para cada caso. Foi elaborada uma matriz que possibilitou o registo de todas as variáveis pertinentes para o estudo.

Por outro lado, com base num suporte de informação, foi possível resumir para cada caso os elementos essenciais para o processo de codificação desenvolvido na etapa final.

A partir destes elementos, e com apoio técnico da responsável pela Divisão de Codificação do DEPS, atribuiu-se uma causa básica de morte para cada caso e efectuou-se a sua codificação.

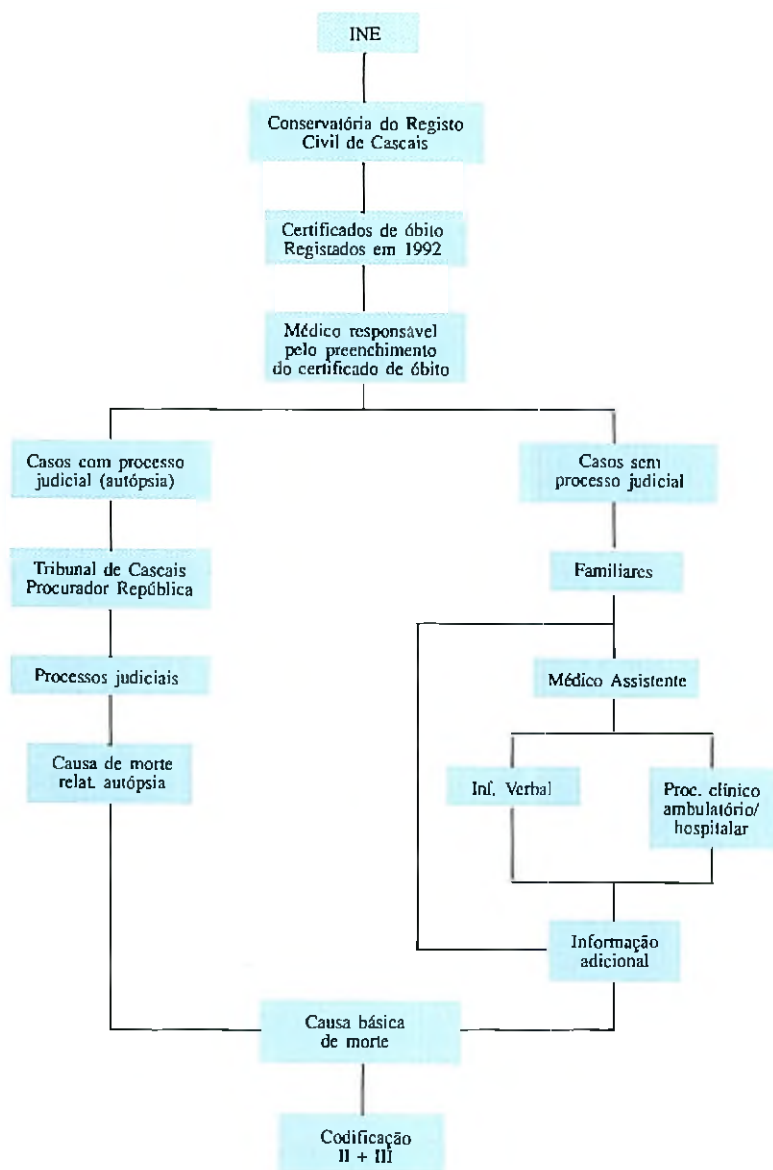
Em primeiro lugar, procedeu-se à codificação da causa básica constante do certificado de óbito e, em seguida, efectuou-se a nova codificação com base nesta última causa e informação adicional.

Finalmente, e apurados os elementos referentes às três codificações, foi possível efectuar a sua comparação através de uma matriz que resume para cada caso a causa básica de morte, registada no verbete, certificado de óbito e a que foi atribuída após a recolha de informação adicional e seus respectivos códigos.

3.5. Criação e descrição dos suportes de informação

Tendo em conta a heterogeneidade da informação a recolher, elaborei um conjunto de suportes de informação adequados às diferentes fontes de informação que lhes serviram de base.

Figura 2
Desenho geral do estudo



Ficha 1 — Certificado de óbito

A cada certificado de óbito foi atribuído um número de caso para melhor identificação, número que consta desta ficha. Inclui também a data de recolha dos dados e o número de registo do certificado.

Inclui elementos de identificação do falecido, data e local do óbito, identificação do médico que preencheu o certificado, causa de morte e, para os casos em que foi requerida a autópsia, o registo do número de ofício, processo, secção e data do mesmo. Estes últimos elementos facilitam o acesso directo ao processo judicial correspondente, arquivado no tribunal.

Ficha 2 — Processo judicial

É constituída pela identificação do caso e nome do falecido. Permite o registo da informação colhida a partir da declaração da PSP, a identificação da autoridade de saúde, do delegado do procurador da República, das testemunhas de reconhecimento do cadáver e das outras testemunhas, o registo dos depoimentos relativos às circunstâncias do óbito, de elementos conclusivos do relatório da autópsia, resultado do exame toxicológico, e da conclusão médico-legal da causa de morte.

Ficha 3 — Processos clínicos em ambulatório

Relativamente a este suporte, as suas fontes de informação foram os processos clínicos em ambulatório, nos quais se incluem os processos familiares adoptados nos centros de saúde e as fichas clínicas utilizadas em consultórios privados.

É constituído por uma primeira parte onde são registados elementos de identificação do indivíduo falecido. Uma segunda parte permite o registo de todas as informa-

ções clínicas passíveis de serem recolhidas e pertinentes para cada caso. O número total de consultas, o espaçamento temporal das mesmas e a data da última consulta permitem ter uma noção do acompanhamento da doença e principalmente se este foi até à fase terminal da mesma. As variáveis que integram este suporte de informação foram deixadas em aberto, tendo em conta a heterogeneidade da informação.

Ficha 4 — Processo clínico hospitalar

Este suporte de informação apresenta, para além de variáveis de identificação, outras relativas à informação clínica a recolher. Para facilidade da recolha dos dados agrupei alguma informação em determinados itens.

Exemplo: diário clínico — é importante a recolha de dados relativos à sintomatologia, doenças diagnosticadas, dados de exame objectivo, exames auxiliares prescritos.

Ficha 5 — Processo de codificação

Este suporte foi elaborado pela necessidade de resumir, em cada caso, os dados relevantes para o processo final, que inclui, por um lado, a atribuição da causa básica de morte, com base na informação adicional, e, por outro, a codificação da mesma.

É constituído por elementos de identificação do falecido, local do óbito, causa de morte e respectivo código (elementos constantes do verbete e do certificado de óbito), o que permite a sua comparação e detecção de eventuais discrepâncias.

Engloba também a identificação do médico responsável pelo preenchimento do certificado de óbito e/ou médico assistente do

falecido e, finalmente, foi criado um espaço em aberto destinado ao registo da causa básica de morte atribuída e respectivo código.

Questionário aos médicos

É constituído pela identificação do falecido e do médico responsável pelo preenchimento do certificado de óbito. É composto por cinco perguntas fechadas, todas dicotómicas.

Pretendi, com estas questões, conhecer a importância atribuída pelo médico aos dados de mortalidade e a necessidade de formação específica sentida relativamente ao preenchimento dos certificados de óbito.

Questionário aos familiares do morto

É constituído por elementos de identificação relativos ao indivíduo falecido. É composto por dezanove perguntas, das quais treze são fechadas e seis abertas. Pretendi, com este suporte, recolher a informação possível que, conjuntamente com dados colhidos junto do médico e processos clínicos existentes, pudesse contribuir para um melhor esclarecimento da eventual causa de morte.

3.6. Ensaio piloto

Com o objectivo de uniformizar e facilitar a recolha de informação das diferentes fontes de informação, alguns dos suportes de informação foram submetidos a uma pré-aplicação com a finalidade de testar a adequação dos suportes de recolha de dados, verificar o rigor do preenchimento dos processos clínicos e identificar dificuldades que pudessem ser corrigidas numa fase posterior. Foram aplicados antes da recolha dos dados a uma população que não fez parte do estudo constituída por

cinco médicos a trabalhar num centro de saúde localizado fora da área abrangida pelo estudo, a familiares de três falecidos pertencentes aos ficheiros dos médicos referidos (cujo óbito tinha decorrido no ano de 1991).

3.7. Tratamento e análise da informação

Através de uma matriz de dados foi resumida toda a informação recolhida por aplicação dos diferentes suportes de informação. Desta forma tornou-se mais fácil obter uma visão global do estudo com base no registo das diferentes variáveis relevantes para o mesmo. Relativamente ao tratamento dos dados, foram tratados de uma forma descritiva e apresentados segundo frequências absolutas e relativas.

Os dados inerentes à última etapa do estudo, resultantes das

codificações efectuadas, foram resumidos numa segunda matriz. Esta permitiu uma visão global e para cada caso, conhecer a causa básica de morte e respectivo código constante do verbete de óbito (salvo os casos em que não tive acesso ao respectivo verbete), do certificado de óbito e, finalmente, da causa básica de morte atribuída com base nesta última e informação adicional.

Após obtenção de todos os dados, estes foram objecto de uma análise de comparação (Figura 3).

A interpretação deste fluxograma permitiu uma reflexão sobre a «qualidade» do processo de codificação, da transcrição da informação constante do certificado de óbito para o verbete e ainda de um alerta para o clínico que preenche o certificado de óbito e da importância da qualidade da informação registada neste documento.

Após a segunda codificação, que, como foi visto, se fez com

base na informação registada no certificado de óbito (coincidente ou não com a informação registada no verbete respectivo), determinei uma taxa de concordância, dada pelo quociente ($B/A \times 100$), em que:

A = número de causas de morte registadas no *verbete de óbito* e codificadas como um sintoma, sinal ou afecção mal definida;

B = número de causas de morte registadas no *certificado de óbito* e codificadas como um sintoma, sinal ou afecção mal definida.

Esta taxa reflecte a importância da correcta transcrição da informação e da existência ou não de uniformidade do processo de codificação.

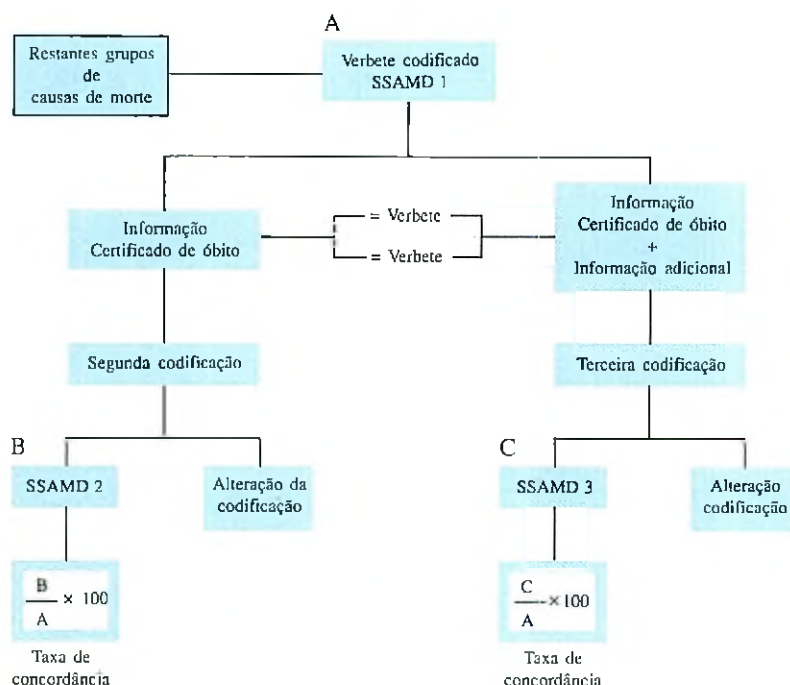
Após a terceira codificação, que, como foi referido, se fez com base na informação contida no certificado de óbito e simultaneamente na informação adicional colhida durante o estudo, foi possível determinar uma taxa de concordância diferente ($C/A \times 100$), em que:

A = número de causas de morte registadas no *verbete de óbito* e codificadas como um sintoma, sinal ou afecção mal definida;

C = número de causas de morte registadas no *certificado de óbito* e codificadas como um sintoma, sinal ou afecção mal definida, tendo em conta toda a *informação adicional* apurada durante o estudo.

Esta taxa permitiu verificar a importância que a informação adicional assume durante o preenchimento do certificado de óbito, pelo

Figura 3
Esquema da análise da informação



SSAMD — Sintoma, sinal e afecção mal definida

que deve ser considerado um factor determinante do mesmo.

4. Resultados

Os resultados apresentados foram obtidos pela aplicação dos vários suportes de informação às diferentes fontes que lhes serviram de base, referentes a 41 casos de morte codificados como um sintoma, sinal ou afecção mal definida.

4.1. Dos 1375 óbitos ocorridos no concelho de Cascais, referentes ao ano de 1992, 3.0% representam o grupo de sintomas, sinais e afecções mal definidas (Fig. 4).

4.2. Caracterização básica das 41 causas de morte por sintomas, sinais e afecções mal definidas no concelho de Cascais no ano de 1992.

Das 41 causas de morte, 48,8% pertenciam ao sexo masculino e em 46,3% da totalidade dos casos a idade dos falecidos era superior a 70 anos.

Verificou-se a existência de processo judicial em 66% da totalidade das causas de morte (27) e destas apenas foram requeridas 14 autópsias.

Da totalidade das causas de morte estudadas, foram realizadas 21 entrevistas aos familiares dos falecidos e 12 entrevistas aos médicos assistentes dos falecidos (29,3%).

4.3. Resultados relevantes do estudo (Figuras 5 a 9)

4.4. Resultado da comparação das codificações

Relativamente aos dois processos de codificação efectuados na

última etapa do estudo, cujos dados são apresentados na segunda matriz, obtiveram-se os resultados apresentados nas Figuras 10 e 11.

4.5. Resultados do questionário aplicado aos médicos responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito

Relativamente ao suporte de informação aplicado por entrevista aos médicos responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito, verificou-se que metade dos médicos entrevistados não eram o médico assistente do falecido e, desses, 63% não o conheciam sequer.

A quase totalidade dos clínicos (94%) referiu nunca ter tido formação específica sobre o preenchimento do certificado de óbito, facto que lamentou, pois reconhece a sua utilidade.

5. Discussão

A escassez de estudos na área da qualidade sobre estatísticas de mortalidade, verificada após exaustiva pesquisa bibliográfica, tornou mais complexa a abordagem do tema.

Dada a heterogeneidade das fontes de informação existentes e da complexa rede de informação a colher, foi difícil delinear uma metodologia contínua e perfeitamente homogénea. Os diferentes casos que integraram o estudo foram abordados de diferentes formas:

- A) Casos com processo judicial e autópsia nos quais não se verificou a aplicação dos suportes de informação. O acesso à causa de morte foi directa, por consulta dos processos judiciais;
- B) Casos com processo judicial e dispensa de autópsia nos quais houve necessidade de

Figura 4
Distribuição das causas de morte por sintoma, sinal e afecção mal definida no concelho de Cascais, 1992

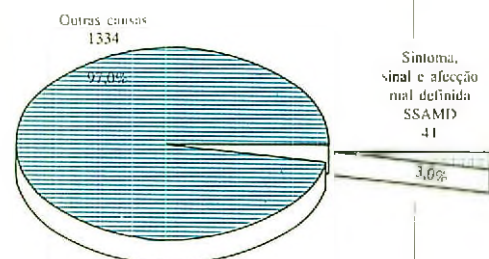
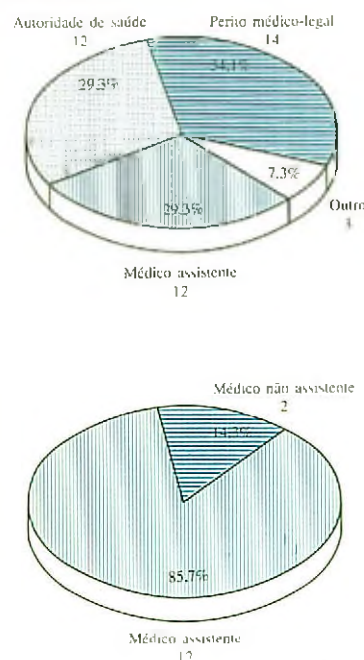


Figura 5
Médicos responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito (em baixo nos casos em que não houve processo judicial e no topo na totalidade dos casos)



- colher dados junto das restantes fontes de informação;
- C) Casos sem processo judicial em que se aplicaram todos os suportes de informação possíveis.

Por uma questão de validação do conteúdo da informação contida nos casos (A), foram escolhidos

Figura 6
Casos concordantes e discordantes relativamente ao registo no certificado de óbito e na informação disponível

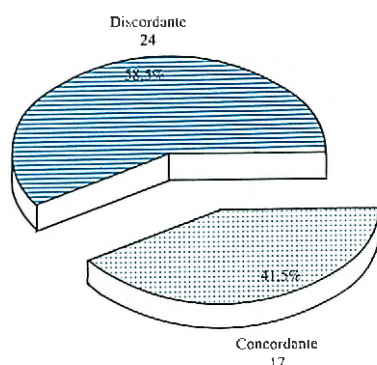
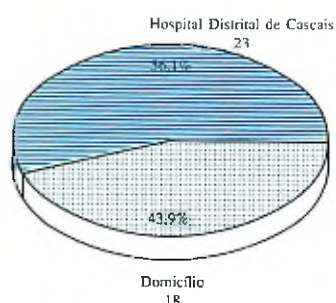
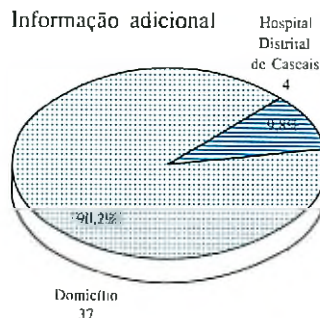


Figura 7
Distribuição das causas de morte segundo o local de ocorrência do óbito: certificado de óbito e informação adicional

Certificado de óbito



Informação adicional



dois, aleatoriamente, aos quais se processou a aplicação da metodologia seguida para os casos (B) e (C).

Os resultados foram concordantes; a informação contida nos processos foi idêntica à informação colhida por aplicação dos diferentes suportes de informação.

Figura 8
Mortes com e sem registo clínico

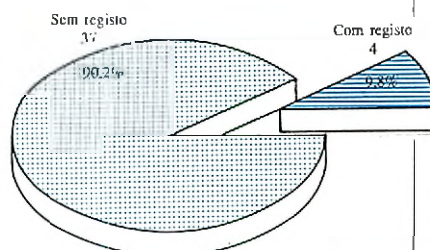
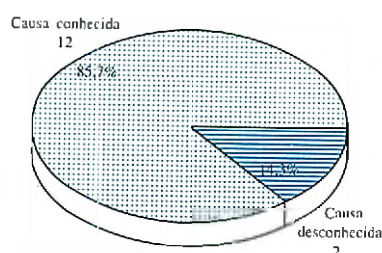
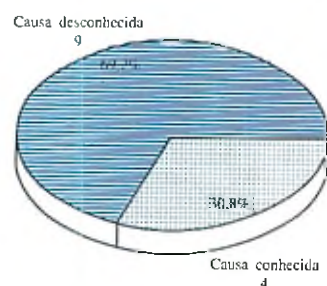


Figura 9
Apuramento da causa de morte nos casos em que houve processo judicial

Autópsia



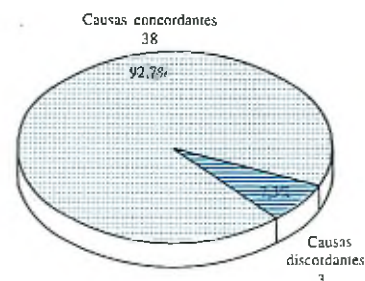
Dispensa de autópsia



A recolha dos dados foi efectuada por uma única investigadora, o que facilitou a abordagem das diferentes fontes de informação, eliminando a variabilidade interobservador.

O preenchimento de todos os certificados de óbito foi da responsabilidade do médico assistente em

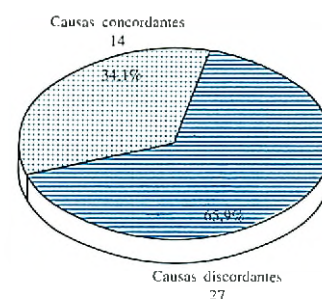
Figura 10
Causas de morte: comparação da concordância e discordância entre a primeira e a segunda codificação



Taxa de concordância = $38/41 \times 100 = 92,7\%$

Taxa de discordância = $3/41 \times 100 = 7,3\%$

Figura 11
Causas de morte: comparação da concordância e discordância entre a primeira e a terceira codificação



Taxa de concordância = $14/41 \times 100 = 34,1\%$

Taxa de discordância = $27/41 \times 100 = 65,9\%$

29,3%, e da autoridade de saúde em 29,3%, o que se justifica pelo facto de se verificar que, quando há dispensa de autópsia, é a autoridade de saúde concelhia que certifica o óbito por ordem do tribunal.

Em 34,1% o preenchimento foi da responsabilidade do perito médico-legal. Ao preencher o certificado, a informação de que dispõe é a que resulta da autópsia, que na maior parte dos casos se mostra não conclusiva, ficando pendente do resultado de exames complementares (exame toxicológico). A informação final relativa à causa de morte não consta do certificado de óbito, o qual é passado logo após a autópsia para ser entregue na conservatória, por exigências legais, ficando a informação pendente retida nos processos judiciais, arquivados no tribunal.

Perde-se, assim, uma informação valiosa que contribuiria para a diminuição do número de casos de morte desconhecida.

Verificou-se ainda que metade dos médicos responsáveis pelo preenchimento dos certificados de óbito não tinham sido o médico assistente do falecido e, destes, 63% nem sequer o conheciam.

Este facto realça a importância que o responsável pelo preenchimento do certificado de óbito desempenha, uma vez que é este, baseado no conhecimento que tem (ou não) do falecido, que pode efectuar (ou não) um correcto preenchimento do documento que serve de base aos dados estatísticos de mortalidade.

A adequação do preenchimento dos certificados de óbito que integraram o estudo com a informação adicional apurada foi verificada em apenas 17 dos 41 totais, não tendo sido possível colher informação suficiente para que se atribuisse uma causa de morte específica. Os factores que contribuíram para este facto foram vários: a inexistência de familiares ou conheci-

dos do falecido, do médico assistente, de registos escritos e até a confirmação por parte do médico ou familiares de que o processo de envelhecimento do falecido «naturalmente» o terá conduzido à morte.

Dos 13 casos de óbito em que houve processo judicial e sobre os quais se verificou dispensa de autópsia, o desconhecimento da causa de morte manteve-se em 69,2%. Questiono a não realização de autópsia em casos em que esta é incompreensivelmente dispensada, mesmo admitindo o problema da existência de peritos médico-legais disponíveis (o que não me parece constituir um problema do concelho de Cascais) e da pressão familiar, que constitui um forte impeditivo a este procedimento.

Dos 14 casos em que se verificou a autópsia, o desconhecimento da causa de morte manteve-se em dois deles, o que me leva a pensar em pormenores técnicos inerentes a todo o processo médico-legal. O tempo de espera entre a realização da autópsia, a recolha de vísceras para exame toxicológico, condições do seu armazenamento, o envio do material para o IML (todas as autópsias se realizaram em Cascais) e a efectivação do exame requerido são factores que podem afectar pela negativa os resultados finais.

A não existência de registos clínicos verificada neste estudo em 85,4% dos 41 casos traduz a «negligência» dos registos. São factores contribuintes a sobrecarga de trabalho a que o médico está sujeito, bem como o peso que os «papéis» representam no seu dia a dia, a falta de motivação necessária e a falta de reconhecimento do valor que certos dados podem assumir num contexto mais geral, nomeadamente a realização de estudos e o apuramento de resultados. Mesmo nos registos consultados verifica-se algum «laconismo»

de informação, o que, de certo modo, dificultou a execução do trabalho e exigiu uma busca mais exaustiva junto das restantes fontes de informação. É um exemplo desta situação o que se verificou relativamente aos registos domiciliários em que existe sub-registo dos mesmos.

Comparando os resultados relativos à ocorrência do óbito obtidos pela leitura do certificado de óbito e através da informação adicional apurada, é possível constatar uma diferença notória. Segundo o certificado de óbito, teriam falecido no hospital 56,1% dos 41 casos; após apuramento da informação, apenas 9,8% faleceram de facto no hospital. Os restantes 90,2% faleceram no domicílio. A justificação deste facto prende-se com o próprio sistema burocrático, que, não facilitando o processo inerente à ocorrência de um óbito no domicílio, conduz à adopção de alternativas para contornar a situação. Situação insólita é, naturalmente, a da existência de casos em que o óbito ocorre no domicílio, a autoridade de saúde é chamada ao local da ocorrência, verificando o óbito, mas a informação constante do certificado de óbito relativamente ao local de ocorrência do óbito refere ter sido um estabelecimento hospitalar.

O questionário aplicado aos médicos responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito não me permite tirar conclusões de todo inovadoras. Dos 16 médicos abordados (o universo é constituído por 17 médicos, mas um não foi inquirido por se encontrar reformado e ausente da sua residência habitual), apenas um referiu possuir conhecimentos suficientes para proceder a um correcto preenchimento do certificado de óbito. Os restantes reconheceram a sua incapacidade nesta matéria, baseada, por um lado, na abordagem insuficiente deste tema em termos curriculares e na inexistên-

cia de formação específica pelo menos até à data. Daí a pertinência da mesma, sentida por 94% dos médicos referidos.

Os resultados obtidos a partir dos processos de codificação a que os certificados de óbito foram submetidos permitem uma reflexão sobre outras fontes de erro que podem afectar pela negativa as estatísticas finais.

Foram englobados neste processo comparativo todos os casos aos quais corresponde um verbete. Tendo-se verificado a ausência de 11 verbetes, daí resultando a omissão da codificação atribuída inicialmente, decidi englobá-los neste processo, pois, embora não conheça o código específico, sei que foram englobados no grupo de causas de morte por sintoma, sinal e afecção mal definida, uma vez que faziam parte da listagem a que tive acesso logo no início do estudo.

Resta a dúvida relativamente a eventuais erros de transcrição.

O caso n.º 19 poderia ser mais um exemplo de deficiente transcrição de informação do certificado para o verbete de óbito. A informação nele registada é a de *insuficiência cardíaco-respiratória, cor pulmonar crónica, bronquite crónica e arteriosclerose*. A constar do verbete, seria lógico que a causa básica de morte codificada fosse idêntica àquela que foi escolhida no segundo processo de codificação. Deduzo então que, a não acontecer tal procedimento, e à semelhança de outro caso (n.º 8), a informação transcrita foi apenas a primeira, *insuficiência cardíaco-respiratória*, que é codificada no grupo dos sintomas, sinais e afecções mal definidas.

A taxa de concordância ($B/A \times 100$) obtida do quociente entre o número de causas de morte codificadas como um SSAMD na segunda codificação e o número de SSAMD na primeira codificação, que correspondem a 92,7%, permite concluir que houve uniformi-

dade no processo de codificação, uma vez que os códigos atribuídos em dois tempos diferentes se mantiveram, não se tendo verificado alteração no processo de transcrição.

Nos três casos discordantes (7,3%) houve erro de transcrição do certificado para o verbete de óbito. Vários problemas podem equacionar-se: modelo do verbete não semelhante ao modelo do certificado de óbito; grafia ilegível; falta de motivação do funcionário que transcreve a informação por desconhecimento da importância que esta assume; erros próprios do responsável pela transcrição.

Dos casos estudados, apresenta-se o caso n.º 8, que reflecte um erro de transcrição que condicio-

nou uma incorrecta atribuição da causa básica de morte (*Figura 12*).

O caso n.º 31 é exemplo de erro de transcrição e, simultaneamente, de informação médica deficiente relativamente à causa de morte. Este caso é um exemplo que permite concluir da importância que a especificidade da informação médica assume em termos de codificação (*Figura 13*).

O código atribuído no verbete diz respeito à única informação que dele consta. O erro de transcrição omite uma segunda causa de morte que é considerada na segunda codificação como sendo a causa básica de morte.

O código 199.0 diz respeito a uma neoplasia maligna sem especificação da localização. O código

Figura 12

ERRO DE TRANSCRIÇÃO DA INFORMAÇÃO
DO CERTIFICADO PARA O VERBETE DE ÓBITO (exemplo)

Caso n.º 8

Sexo: feminino

Idade: 80 anos

Profissão: doméstica

Local do óbito: domicílio

Causa da morte (verbete):

I - a Caqueixa

7	9	9	4
---	---	---	---

I - b

I - c

Causa da morte (certificado de óbito):

I - a Caqueixa/diabética

2	5	0	7
---	---	---	---

I - b Diabetes

I - c Hipertensão arterial

Informação adicional:

Diabetes tipo II

Cardiopatia hipertensiva

Aneurisma ventricular pós-enfarte do miocárdio antigo

Causa básica atribuída: Enfarte do miocárdio antigo

4	1	2	9
---	---	---	---

final (152.9), atribuído à causa básica de morte escolhida após informação adicional, aplica-se a uma neoplasia maligna do intestino delgado. Como pode verificar-se, a simples localização da neoplasia permite uma atribuição de códigos diferente.

A taxa de concordância ($CA \times 100$) resultante do quociente entre o número de SSAMD (3), codificados na terceira codificação, e o número de SSAMD (1), correspondente a 34,1%, permite a comparação entre estes dois processos, da qual não podem tirar-se conclusões. No entanto, 65,9% dos casos estudados apresentam discordância de resultados, o que reflecte

a importância que a informação adicional assume quando faz parte integrante da informação do certificado de óbito.

Constitui um alerta para o clínico, dado que toda a informação existente e pertinente para cada caso de morte deve estar presente aquando do preenchimento do certificado de óbito.

O caso n.º 17 constitui um exemplo do correcto preenchimento de um certificado de óbito baseado, por um lado, na informação existente, mas que foi omitida (*Figura 14*).

Embora a amostra deste estudo fosse constituída pelas causas de morte codificadas como um sin-

toma, sinal ou afeção mal definida, foi importante ficar com a noção de que no universo do estudo existe um grupo, embora virtual, correspondente a todas as outras causas de morte que se presumem bem codificadas, sobre as quais também podem levantar-se questões relativas ao diagnóstico da causa de morte e sua correcta codificação.

5.1. Recomendações

Baseada nos principais factores condicionantes identificados no circuito de informação sobre a mortalidade, recomenda-se o alargamento deste estudo a nível distrital e a:

- Promoção de acções de formação específicas* dirigidas aos médicos sobre formas correctas de preenchimento do certificado de óbito e atribuição da causa básica de morte. Esta medida constitui uma tentativa para evitar erros, quer de omissão, quer de distorção, da informação relativa à morte de um indivíduo relativamente ao preenchimento do certificado de óbito;
- Promoção de acções de formação* aos funcionários das conservatórias relativamente a este tema. Penso ser necessária uma chamada de atenção para a importância da transcrição correcta da informação constante do certificado para o verbete de óbito;
- Revisão curricular* sobre a abordagem deste tema. Será uma tentativa para contribuir para a diminuição do grau de desconhecimento que é sentido pelos profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento do certificado de óbito;

Figura 13

ERRO DE TRANSCRIÇÃO E REGISTO DEFICIENTE DA INFORMAÇÃO MÉDICA DO CERTIFICADO DE ÓBITO (exemplo)

Caso n.º 31

Sexo: masculino

Idade: 61 anos

Profissão: eng. técnico (ref.)

Local do óbito: domicílio

Causa da morte (verbete):

I - a Insuficiência cardíaco-respiratória

7	9	9	4
---	---	---	---

I - b

I - c

Causa da morte (certificado de óbito):

I - a Insuficiência cardíaco-respiratória

I - b Neoplasia com ampla metastização

1	9	9	1
---	---	---	---

I - c Hipertensão arterial

Informação adicional:

Poliomielite, neurinoma acústico

Carcinóide do intestino delgado

Com metastização hepática

Correcto preenchimento do certificado de óbito e atribuição da causa básica:

I - a Insuficiência cardíaco-respiratória

I - b

I - c Neoplasia maligna do int. delgado

1	5	2	9
---	---	---	---

- d) *Alertar as autoridades administrativas locais a quem compete o preenchimento de um auto, nos casos de impossibilidade absoluta da comparência do médico, para a importância que o correcto registo da informação assume em todo o circuito de mortalidade;*
- e) *Promoção da transferência da informação resultante das autópsias, retida nos tribunais, para a instituição responsável pelo tratamento da informação médica constante dos certificados de óbito (Divisão de Codificação do DEPS);*

- f) *Promoção de contactos com os responsáveis pelas agências funerárias locais no sentido de alertar para a importância da informação resultante do correcto preenchimento dos certificados de óbito. Esta medida constitui uma tentativa para evitar a pressão exercida pelos agentes funerários junto do médico a quem compete o preenchimento do certificado de óbito, que conduz, frequentemente, ao registo de uma informação menos correcta.*

Referências bibliográficas

- LAURENTI, R., et al.
Registo dos eventos vitais: sua importância em saúde pública, São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, série «Divulgação» n.º 5, 1990, pp. 22, 24 e 29.
- LEITÃO, A. E.
Evolução recente da mortalidade em Portugal no grupo etário dos 15 aos 44 anos. «Saúde em Números», DGS, vol. 8, n.º 4, 1993, p. 29.
- MACMAHON, B., e PUGH, T. F.
Epidemiology: principles and methods, Boston: Little Brown & Co., 1970, p. 75.
- MORYAMA, I. M.
Problems in measurement of accuracy of cause-of-death statistics. «American Journal of Public Health», vol. 79, n.º 10, 1989, p. 1350.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Classificação internacional de doenças, 9.ª revisão, 1975, São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1975, p. 803.
- PORTUGAL, Ministério dos Assuntos Sociais, Direcção-Geral da Saúde
Certificado de óbito, seu correcto preenchimento, DGS, 1980.
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística, serviços centrais
Regulamento e classificação das doenças, traumatismos e causas de morte, OMS, 9.ª revisão, INE, 1975.
- SIRKEN, M., et al.
The quality of cause-of-death statistics. «American Journal of Public Health», vol. 77, n.º 2, 1987, p. 138.
- TRIFIRO, M. C.
Evaluation des statistiques de mortalité dans les pays de la Communauté Européenne, s. l., Université Catholique de Louvain, s. d.

Bibliografia

- ABRAMSON, J. H.
Survey methods in community medicine — an introduction to epidemiological and evaluative studies, 4.ª ed., Edimburgo: Churchill Livingstone, 1990.
- ABRANTES, A., et al.
Manual de métodos de investigação em saúde, Lisboa: APMCG, 1989.
- BAHN, M.
Introdução à epidemiologia, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- BARKER, D. J. P., e ROSE, G. A.
Epidemiology in medical practice, 3.ª ed., Nova Iorque: Churchill Livingstone, 1984.
- BENAVIDES, F. G., et al.
Quality of death certificates in Valencia, Spain. «American Journal of Public Health», vol. 79, n.º 10, 1979, pp. 1353-1354.
- CRAGLE, D. L., e FETCHER, A.
Risk factors associated with the classification of unspecified and of unexplained causes of death in an occupational cohort.

Figura 14

FORMA CORRECTA DE PREENCHIMENTO DO CERTIFICADO DE ÓBITO E ATRIBUIÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE MORTE (exemplo)

Caso n.º 17

Sexo: feminino Idade: 86 anos
Profissão: reformada Local do óbito: domicílio
Causa da morte (verbete): TEMPO

1 - a Insuficiência cardíaco-respiratória

--	--	--	--

1 - b

1 - c

Causa da morte (certificado de óbito): TEMPO

1 - a Senilidade

7	9	7	9
---	---	---	---

1 - b

1 - c

Informação adicional:

Há 4 anos houve fractura do colo fémur com grande incapacidade. Acamada. Escaras dos membros inferiores e bacia

Correcto preenchimento do certificado de óbito e atribuição da causa básica: TEMPO

1 - a Escaras de decúbito

?

1 - b Acamada

?

1 - c Fractura patológica do colo fémur

7	3	3	1
---	---	---	---

«American Journal of Public Health», vol. 82, n.º 3, 1992, pp. 455-457.

COORDENAÇÃO DO INTERNATO COMPLEMENTAR DE SAÚDE PÚBLICA
Noções práticas sobre a redacção de trabalhos escritos no internato complementar de saúde pública, CICSP, s. d.

DAVIES, M. J.
Unexplained death in fit young people.
«BMJ», vol. 305, 1992, p. 828.

DIAS, J. A.
Óbitos sem certificação médica em Portugal — uma situação a corrigir.
«Saúde em Números», DGCSP, vol. 6, n.º 1, Março de 1991.

FALCÃO, J. M.
Médicos sentinela: 9 passos em frente.
«Saúde em Números», DGCSP, vol. 5, n.º 3, Julho de 1990.

FLANDERS, W. D.
Inaccuracies of death certificate information.
«Epidemiology», 3 (1), 3-5, 1992.

GRUBR, G. S., et al.
A comparison of two cause-of-death classification systems for deaths among women of reproductive age in Menoufia, Egypt.
«International Journal of Epidemiology», vol. 17, n.º 2, 1988.

HANZLICK, R.
Improving accuracy of death certificates.
«Jama», vol. 209, n.º 22, 1993, p. 2850.

HEPBURN, W., e LUTZ, W.
Como fazer entrevistas e registos, Edimburgo: Associação Internacional de Epidemiologia, 1987.

HOLLAND, W. W., et al.
Health care and epidemiology, Londres: Henry Kimpton Publishers, 1978.

KELSON, M., e FAREBROTHER, M.
The effect of inaccuracies in death certification and coding practices in the European Economic Community (EEC) on international cancer mortality statistics.
«International Journal of Epidemiology», vol. 6, n.º 3, pp. 411-414.

LAURENTI, R.
Accuracy of causes of death statements on death certificates, São Paulo, Brasil. World Health Organization, 1991.

LAURENTI, R., et al.
Registo dos eventos vitais: sua importância em saúde pública. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, série «Divulgação», n.º 5, 1990.

LEADBEATER, S., e KNIGHT, B.
Reporting deaths to coroners — all the legal aspects of dying need re-examining.
«BMJ», vol. 306, 1993.

LEITÃO, A. E.
Evolução recente da mortalidade em Portugal no grupo etário de 15 a 44 anos.
«Saúde em Números», DGS, vol. 8, n.º 4, 1993.

LOCKERBIE, L., e LUTZ, W.
Como elaborar questionários, Edimburgo: Associação Internacional de Epidemiologia, 1986.

MACMAHON, B., e PUGH, T. E.
Epidemiology: principles and methods, Boston: Little Brown & Co., 1970.

MODELMOG, D., et al.
Accuracy of death certificates: a population-based, complete-coverage, one year autopsy study in East Germany.
«Cancer Causes and Control», Oxford, vol. 3, n.º 6, pp. 541-546.

MORAIS, J. J. P.
Breve análise da mortalidade por causas.
«Revista do Centro de Estudos Demográficos», Lisboa, INE, n.º 22, pp. 11-43, 1975 e 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
Classificação internacional de doenças, 9.ª revisão, 1975. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1975.

PINEAULT, R., e DAVELUY, C.
La planification sanitaire — concepts, méthodes, stratégies, 2.ª ed., Barcelona, Manon, S. A., y Salud y Gestión, 1990.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
Risco de morrer em Portugal, DGCSP, 1984.

SLATER, D. N.
Certifying the cause of death: an audit of wording inaccuracies.
«Journal of Clinical Pathology», vol. 46, pp. 232-234, 1993.

SMITH, G. S.
Development of rapid epidemiologic assessment methods to evaluate health status and delivery of health services.
«International Journal of Epidemiology», Grã-Bretanha, vol. 12, n.º 4, 1989.

TRIFIRO, M. C.
Evaluation des statistiques de mortalité dans les pays de la Communauté Européenne, s. l., Université Catholique de Louvain, s. d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Measurement of levels of health, WHO, European series, n.º 7, pp. 17-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Study of use of the senility on equivalent terms on medical certificates of causes the death, WHO, Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for Classification of Diseases, São Francisco, USA, 28 May-4 June, 1984.

□ Résumé

MORTALITÉ PAR SYMPTÔMES, MANIFESTATIONS ET AFFECTIONS MAL DÉFINIES DANS LE CONCELHO DE CASCAIS AU COURS DE 1992

Une étude du type descriptive et transversale qui a pris 41 causes de mort enregistrées dans le concelho de Cascais au cours de l'année 1992 et codifiées sous la forme de symptôme, manifestation ou affection mal définie a vérifié l'adéquation du remplissement des actes de décès en ce qui concerne l'information disponible et existante. Quelques facteurs importants dans le circuit du système d'information de l'acte de décès ont aussi été identifiés.

On a essayé de contribuer pour une meilleure qualité des statistiques de mortalité.

Pour achever ces objectifs, des différents supports d'information ont été utilisés (questionnaires et fiches), étant donné l'hétérogénéité des sources d'information qui leur ont servi de base (acte de décès, procès judiciaire, médecin responsable par le remplissement de l'acte de décès, les membres de la famille, le médecin de famille).

Les résultats obtenus ont permis de déduire qu'un des facteurs qui est décisif pour la qualité de nos statistiques de mortalité est le remplissement correct des actes de décès et la qualité de l'information y enregistrée.

Dans 65,9% des 41 causes de mort par symptômes, manifestations et affections mal définies on a trouvé des discordances entre l'enregistrement des notes de décès (information initiale) et l'enregistrement final de l'acte de décès avec l'information additionnelle.

Les résultats de cette étude ont contribué pour l'élaboration de quelques propositions d'intervention, dans le sens d'obtenir une meilleure qualité de nos statistiques de mortalité.

□ Summary

MORTALITY IN THE CONCELHO OF CASCAIS DUE TO SYMPTOMS, SIGNS AND NOT CLEARLY DEFINED AFFECTIONS IN THE YEAR 1992

By means of a descriptive and transversal type of study involving 41 causes of death registered in the concelho of Cascais, during the year of 1992, under the code name of a not clearly identified symptom, sign or affection, the adequacy of the filling of death certificates to the available and existing information is checked. Some of the existing and acting factors in the circuit of the information system of the death certificate were also identified.

An attempt to contribute to an improvement in the quality of mortality statistics was also made.

In order to reach these goals, some information items (such as questionnaires and records) were applied, due to the different sources of information that supported them (death certificate, judicial process, doctor in charge of the filling of the death certificate, family members, assistant doctor).

The results obtained allowed the deduction that one of the factors which interferes decisively in the quality of our mortality statistics is the correct filling of death certificates and the quality of the information registered there.

In 65,9% of the 41 causes of death by unclear symptoms, signs and affections, there was a discrepancy between the record of the death notes (initial information) and the final record of the death certificate plus additional information.

The results of this study were a contribution to the elaboration of some intervention proposals, in order to obtain a quality improvement in our death statistics.