

O USO DE FERRAMENTAS DE ANÁLISE DE ÓBITOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE ÓBITO HOSPITALAR

Lucas Eduardo Santos¹; Hellen Karinna Monteiro²; Diana Costa Lobato³; Edgar de Brito Sobrinho⁴; Adriana de Oliveira Lameira Veríssimo³

¹Graduação, ^{2,3}Especialização, ^{4,5}Mestrado

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA),

^{2,4,5}Hospital Adventista de Belém,

³Faculdade Metropolitana da Amazônia

l_edu@outlook.com

Introdução: A partir do século passado o desenvolvimento tecnológico modificou o estilo e a perspectiva de vida do ser humano. O envelhecimento trouxe profundas modificações na morbimortalidade da população. As doenças crônicas degenerativas superaram as doenças infectocontagiosas como o principal causa de morte. Bem como, os hospitais ganharam novas tecnologias no campo do tratamento e do suporte de vida. As instituições de saúde aumentaram em número e firmaram-se, na cultura ocidental, como referência para o tratamento de doenças. Entretanto, a maioria dos óbitos passou a ocorrer nessas instituições. Na região Metropolitana de Belém, no ano de 2013 dos 11.827 óbitos, 8.451 foram hospitalares¹. A necessidade de desenvolver um controle da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais tornou-se evidente. Com o objetivo de identificar a ocorrência de eventos adversos e as eventuais mortes evitáveis, a Comissão de Análise de Óbitos (CAO) foi uma determinação do Ministério da Saúde exigida a todos os hospitais e clínicas que realizam procedimentos médicos(. Formada por uma equipe multidisciplinar interna, a comissão desempenha o importante papel de verificar possíveis falhas nos principais procedimentos hospitalares, prevenindo assim novas mortes. Cujas finalidades primordiais da comissão de análise de óbitos dos hospitais é garantir a segurança dos pacientes. O conceito de 'mortes evitáveis' foi proposto por diferentes autores que a revisaram, bem como seu uso como ferramenta útil para o monitoramento do impacto das ações de saúde sobre o risco de morte das populações². Dentre as ferramentas de análise de óbitos, temos as Declarações de óbitos (DO) e o Protocolo de Londres (PL). A DO é documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). A DO é composta de três vias auto-copiativas, pré-numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, cuja emissão é um ato legal e de responsabilidade médica. O Protocolo de Londres é a versão revista e atualizada do original "Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos" de 2002. Os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando à sua melhoria. **Objetivos:** Verificar a classificação dos óbitos conforme as ferramentas DO e PL, assim como identificar um perfil de morbimortalidade em um Hospital Privado NO município de Belém. **Métodos:** Este foi um estudo do tipo transversal em um hospital privado do município de Belém. Foram incluídos no estudo todos os pacientes internados no hospital de estudo que faleceram no período de junho de 2015 a abril de 2016. Os dados foram colhidos por meio da auditoria das Declarações de óbitos e de seus respectivos prontuários e Protocolo de Londres que foi aplicado pelos membros da CAO. Foram avaliados os dados referentes aos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos dos pacientes, assim como a causa do óbito conforme o atestado de óbito. Foram auditadas as avaliações e investigações qualitativas oriundas da aplicabilidade do Protocolo de Londres pelos membros da CAO, que classifica os óbitos como esperados ou não e como evitáveis ou não. A relação de pacientes que morreram no Hospital do estudo foi obtida mensalmente por meio das estatísticas do sistema informatizado desse

hospital pelos membros da CAO. Os casos controversos foram discutidos em suas reuniões mensais e extraordinárias. Seguindo-se a deliberação da Portaria do Ministério da Saúde Nº. 312 de 2 de maio de 2002, considerou-se como óbito hospitalar aquele que ocorreu após o paciente ter dado entrada com vida no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Resultados e Discussão: No período estudado foram registrados 228 óbitos. Observou-se um pico maior incidência de óbitos no mês de dezembro, provavelmente devido à influência da sazonalidade climática que aumenta às chances de agravo a saúde na população, consequência do pico sazonal de atendimento no período chuvoso, por doenças das vias aéreas inferiores³. A faixa etária que apresentou maior taxa de mortalidade (25%) foi de indivíduos com 80 anos ou mais. O que confere com o perfil demográfico brasileiro, cujo nas últimas décadas a população brasileira está ultrapassando os 80 anos de idade. A conquista da crescente longevidade humana é um fato positivo do desenvolvimento da sociedade moderna, mas a OMS adverte não ser suficiente acrescentar anos à vida, devendo-se acrescentar mais vida aos anos conquistados. Emerge aí uma demanda quando se observa que o sub estrato de idosos mais idosos, os chamados da quarta idade, tendem a fragilizar-se, integrando a estimativa de 85% daqueles que sofrem no mínimo de uma doença crônica, dos quais pelo menos 10% em condições de comorbidades que levam ao óbito⁴. Quanto aos aspectos relacionados à mortalidade nas unidades assistenciais observou-se maior incidência das mortes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo 41% da UTI¹. Os desfechos clínicos na UTI têm sido extensamente estudados sendo frequentemente descritos em termos de mortalidade, de um modo geral, as UTI tem recebido cada vez mais pacientes em idade avançada, com doenças crônicas agudizadas, que exigem tratamentos complexos muitas vezes para pacientes com quadro clínico comprometido e de prognósticos reservados, o que descreve bem o perfil de atendimento da UTI 1, destacada com o maior índice de mortalidade. Observou-se que apenas 41% dos óbitos passou pela CAO e foi investigado através do Protocolo de Londres, caracterizando a maioria (64%) dos óbitos como justificados, dos óbitos classificados como inesperado, 63% foram óbitos com evidências para Evitabilidade, apenas 18% não evitáveis e 18% evitáveis. Em análise dos óbitos justificáveis detectou-se que em sua grande maioria está relacionado aos cuidados paliativos corroborando com a literatura estudada. Diante desse cenário, definem-se cuidados paliativos como uma modalidade terapêutica interdisciplinar destinada às pessoas com enfermidades avançadas, progressivas e incuráveis que suscitaram em óbitos justificados⁵. Ademais, sabe-se que as estimativas de óbito evitável podem contribuir para a tomada de decisões considerando-se os indicadores de qualidade da atenção à saúde, ou seja, a morte evitável pode derivar, em algum grau, indicadores sensíveis à qualidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, que, por sua vez, podem acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção². Sob esse ponto de vista, o óbito evitável ou com evidências para evitabilidade podem ser compreendido, circunstancialmente, como um "evento sentinela", constituindo-se em um dos métodos para vigilância à saúde.

Conclusão: Reconhecendo algumas limitações como as falhas de registros em prontuários e dificuldade de acesso às informações do projeto terapêutico frente aos casos, mesmo com o auxílio da Comissão de Análise de Óbitos, sugere-se a necessidade de um melhor planejamento sobre o registro em prontuários e conseqüentemente, nas Declarações de Óbitos. Recomenda-se ainda a investigação dos óbitos pelos serviços e gestores da saúde, com a utilização de uma classificação com enfoque de evitabilidade. Nesse sentido, a classificação de Protocolo de Londres representa uma proposta de análise simples e confiável, focada no potencial de reflexão sobre a evitabilidade dos óbitos e sua relação com a qualidade da assistência.

Lembrando que a identificação de óbitos que se pode prevenir, como resultado de falhas no sistema de saúde, a qualidade da assistência e o reconhecimento de que elevadas taxas de mortalidade estão intimamente relacionadas com o desempenho dos serviços de saúde, chamam à responsabilidade os gestores da saúde, no sentido de proverem serviços de qualidade para a população. Desta maneira, é possível concentrar os esforços das políticas e o planejamento da saúde sobre o papel e o impacto dos serviços na morbimortalidade de seus pacientes.

Referências:

1. BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Óbitos por Residência por Região de Saúde (CIR) segundo Região de Saúde/Município. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pa.def> .> Acesso em: 20/05/2016
2. MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; (12)3:765- 776.
3. ANDRADE, ET AL. Sazonalidade climática e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com doença respiratória, Goiânia/Go. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia* 11 (20): 99-105, Jun/2015 p.99
4. POLARO, ET AL. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev. bras. enf.* vol.66 no.2 Brasília Mar./Apr. 2013. Disponível em: Acesso em: 05/06/2016.
5. ANDRADE L. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: ANCP; 2009. p. 221-223.