**ACURÁCIA DO PREENCHIMENTO DOS ATESTADOS DE
ÓBITO COM A VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA POR MEIO DAS
AUTÓPSIAS REALIZADAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2001.**

ANA MARIA SANCHES

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Epidemiologia da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do Grau de Doutor.

Área de concentração:
Epidemiologia

ORIENTADOR: PROF. DR. RUY LAURENTI

São Paulo

2003

Aos meus pais,

Erminio Rotondaro e Maria Rocco Rotondaro

Ao meu marido,

Jesus Sanches

À minha filha,

Luciana Rotondaro Sanches

Com todo meu amor.

Ao Professor Dr. Ruy Laurenti,

*pela confiança que depositou em mim, aceitando ser meu orientador, minha eterna
gratidão.*

Aos Professores,

Dr. Carlos Augusto Pasqualucci,

Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge,

Dr. Osvaldo Giannotti Filho,

Dr. Paulo Hilário Nascimento Saldiva,

*por terem me concedido a honra de tê-los como membros da banca e pelas
valiosas sugestões e contribuições dadas para que este trabalho fosse realizado.*

Agradecimentos

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e em especial aos do Departamento de Epidemiologia, pelos ensinamentos constantes durante a realização deste trabalho.

À equipe do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

Aos amigos do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” e especialmente à equipe da Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis.

À equipe do Núcleo de Informações em Saúde e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Aos amigos do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Finalmente agradeço à *Akiko Ishy Kondo*, pelo excelente trabalho de digitação.

ÍNDICE

RESUMO	06
SUMMARY	07
1. INTRODUÇÃO	08
1.a. Estatísticas de mortalidade, causa básica de morte e acurácia na declaração da causa básica	08
1.b. Estudos sobre acurácia de dados de mortalidade	12
1.b.1. Laudos de autópsias como medida de acurácia dos diagnósticos	12
1.b.2. Informações nos atestados de óbito comparados com dados clínicos	14
1.b.3. Acurácia dos dados de mortalidade e diferenças no preenchimento de atestado de óbito por médicos	19
1.b.4. Diferenças na codificação de causa básica de morte	21
1.b.5. Outros tipos de estudos para a avaliação da acurácia de dados de mortalidade	22
2. OBJETIVO	24
3. MÉTODO	24
3.1. Desenho do Estudo	24
3.2. Objetos do Estudo	24
3.2.1. Atestados de Óbito	24
3.2.2. Prontuário Médico	24
3.2.3. Laudo das Autópsias	25
3.3. Amostra	25
3.4. Tratamento e Análise dos Dados	25
4. RESULTADOS	27
4.1. Perfil dos Pacientes	27
4.2. Análise das Histórias Clínicas, Laudos de Autópsias e Atestados de Óbito	31
4.2.1. Concordâncias	31

4.2.2. Discordâncias	37
5. DISCUSSÃO	130
6. CONCLUSÕES	132
7. SUGESTÕES	133
8. REFERÊNCIAS	134
9. ANEXOS	141

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo avaliar a acurácia na declaração da causa básica de morte nos atestados de óbito comparando-os com a história clínica e autópsia de casos de pacientes falecidos no ano de 2001 em um Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo do Município de São Paulo.

É um estudo transversal com delineamento observacional, aferição histórica e não controlado.

Os resultados demonstraram que, dos 258 óbitos estudados, 213 (82,5%) apresentaram concordância e 45 (17,5%) discordância na análise da história clínica x autópsia, história clínica x atestado de óbito e atestado de óbito x autópsia.

Dos 45 óbitos, 28 (62%) apresentaram discordâncias entre o atestado de óbito x autópsia e 17 (38%) concordâncias entre o atestado de óbito e autópsia.

Desses 28 óbitos, 27 apresentaram as causas consequenciais de morte da Parte I do atestado de óbito preenchidos incorretamente e apenas 1 (um) apresentou a causa básica de morte preenchido incorretamente.

Na Parte II do atestado de óbito não houve menção de fatores de risco como tabagismo, obesidade, etilismo e outros, quando referidos na história clínica. O mesmo ocorreu com os intervalos entre o início da doença e a morte.

Portanto, mesmo sendo considerados “padrão ouro”, os diagnósticos de autópsia, os atestados de óbito não foram preenchidos corretamente e portanto a acurácia de 100% que se esperava não foi atingida.

SUMMARY

This work intends to evaluate the accuracy of the basic cause of death declared on death certificates against the clinical history and the autopsy reports of deceased patients in the year 2001 at a University Hospital in the City of São Paulo.

It is a transverse study with observational delineation, historical gauging and not controlled.

The results showed that amongst 258 studied deaths 213 (82,5%) were consistent with the clinical history x autopsy, clinical history x death certificate and death certificate x autopsy and 45 (17,5%) were inconsistent with the clinical history x autopsy, clinical history x death certificate and death certificate x autopsy.

Amongst 45 deaths, 28 (62%) were inconsistent with death certificate x the autopsy and 17 (38%) were consistent with death certificate and the autopsy.

Amongst 28 deaths, 27 presented the causes of death in Part I of the death certificate filled incorrectly and only one presented the basic cause of death filled incorrectly.

In Part II of the death certificate there was no mention of risk factors as tobaccoism, obesity, alcoholism and others, when related in clinical history.

The same occurred with the intervals between the beginning of the illness and the death.

Therefore, although the autopsy diagnosis were highly considered, the death certificates had not been filled correctly and the 100% expected accuracy was not reached.

1. INTRODUÇÃO

1.a. Estatísticas de mortalidade, causa básica de morte e acurácia na declaração da causa básica

Há diversos usos de estatísticas de mortalidade em epidemiologia e Saúde Pública. Estatísticas de mortalidade têm sido usadas como um indicador de saúde para avaliar programas de saúde, em estudos retrospectivos e prospectivos e para delinear a magnitude da saúde e doença num determinado tempo e lugar e outros.

Apesar de vários usos, há críticas sobre os dados de estatísticas de mortalidade principalmente aqueles relacionados com a acurácia de informações médicas dos atestados de óbito. Os resultados de muitos estudos, como será mostrado neste trabalho, sustentam essa crítica.

Segundo Laurenti*, ao que tudo indica, o fato de se anotar a causa da morte quando da ocorrência deste evento iniciou-se no final do século XVI em Londres, na Inglaterra, durante a grande epidemia de peste: as autoridades administrativas da cidade tiveram a necessidade de conhecer quantos morriam pela doença. No final do século XVII a prática, agora rotina em muitas cidades européias, passou a ser um ato médico e não mais do pároco local. No início do século XVIII, começou a haver um “interesse científico” na comparação das causas de morte entre cidades, regiões e países. A grande crítica que se fazia era o fato de não haver uma definição universal da causa de morte nem um instrumento para a declaração desta causa por parte dos médicos, bem como um instrumental estatístico de uso internacional para apresentar as causas de morte.

* anotações de aula

Em 1893, houve um acordo internacional para o uso de uma Classificação de Causa de Morte, que passou a ter revisões periódicas a cada dez anos aproximadamente.

Atualmente estamos na décima revisão que é denominada “Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” mais conhecida pela sigla CID-10. Desde a CID-6, passaram a ser incorporadas na classificação, definições, normas, regras, etc. para a elaboração das estatísticas de mortalidade e assim, poder haver comparabilidade universal. Fortaleceu-se a obrigatoriedade do médico preencher o atestado de óbito segundo as definições e normas estabelecidas. Tal definição é válida até hoje na vigência da CID-10 e essa causa de morte foi denominada “causa básica de morte”. “É a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que conduziram à lesão fatal”.¹

O atestado de óbito, além de ser uma exigência legal, com várias finalidades, é fundamental para a elaboração das estatísticas de mortalidade. O “Modelo Internacional de Declaração Médica de Causa de Morte” apresenta a parte médica da seguinte maneira: o médico deve declarar, na última linha da Parte I do atestado de óbito, a causa básica de morte e, acima dela, as complicações, a última das quais é chamada “causa terminal”. Na Parte II, do atestado médico devem ser declaradas outras causas que, a juízo do médico, contribuíram para a morte, porém, não entraram na cadeia entre a causa básica e a causa terminal.² (vide anexo B)

Embora existam normas e instruções para o médico preencher as declarações de óbito, incorreções e impropriedades na declaração das causas de morte pelo médico são freqüentes. Uma explicação seria a de

que raramente e de maneira correta isto é ensinado nas escolas médicas, e, muitas vezes, o médico vê pela primeira vez o atestado de óbito quando se vê na contingência de preenchê-lo em caso de morte de um cliente seu ou como plantonista em hospital.

A melhoria das informações sobre a causa de morte e, portanto, das estatísticas de mortalidade tem sido no Brasil uma das metas do “Centro Colaborador da OMS para a Classificação Internacional de Doenças” do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, que produziu e distribuiu, aos interessados, o livreto “O Atestado de Óbito”², abordando aspectos médicos, estatísticos e jurídicos.

Para este estudo, foram levantados na literatura científica, alguns trabalhos importantes que serão apresentados de uma maneira sintética, a seguir.

Vale ressaltar que em 1999, LAURENTI apresentou um trabalho no Workshop de Estatísticas de Mortalidade ocorrido em Hangan-Myanmar, onde abordou de uma forma muito interessante, inclusive com um grande levantamento bibliográfico o problema da acurácia da causa de morte declarado no atestado de óbito.

JOHN GRAUNT (1662), foi o primeiro a elaborar e publicar estatísticas de mortalidade e fez também observações sobre a qualidade dos dados. Em um trabalho intitulado “Lessons from John Graunt”, ROTHMAN³ descreve as observações de Graunt a respeito da acurácia dos dados de mortalidade onde inclui críticas aos registros, coleta de dados e dificuldade na atribuição de diagnósticos corretos nas causas de óbito.

Nesses casos o autor comenta que, concordando com o que já dizia Graunt, uma pessoa não treinada poderia usualmente determinar se

a morte foi devido a um enfraquecimento, “lepra” ou outros casos de lesões evidentes. Mas algumas causas de morte ele considerou de difícil identificação.

A comparação de estatísticas de causas de óbito ou estudos de análises de tendência temporal, dentro de um país ou entre países, que não são comparáveis internacionalmente, tem sido objeto de um grande número de estudos e publicações. O “Centro Colaborador da OMS para Classificação das Doenças” inclui como um de seus objetivos, a acurácia e comparação dos dados de mortalidade como uma preocupação constante e muitos estudos e trabalhos tem sido submetidos para discussão nos encontros anuais de “Centros Colaboradores da OMS”.

Para haver a comparabilidade de estatísticas de mortalidade, o primeiro grande passo foi providenciar uma classificação de causa de morte para todos os países. Isso foi obtido com o uso da Classificação Internacional de Doença em 1893. Outro importante passo necessário foi usar os mesmos atestados de óbito e regras internacionais para a seleção das causas básicas de morte. Esses dois pontos foram alcançados com a introdução da 6ª Revisão Internacional de Classificação das Doenças em 1950⁴.

Entretanto, não se pode dizer que há uma boa comparabilidade internacional, uma vez que por várias razões, as estatísticas de mortalidade ainda não são precisas.

A falta de acurácia nas estatísticas de causas de morte é devida por exemplo, a diagnóstico clínico, forma de preenchimento do atestado de óbito pelos médicos, a codificação das causas de morte e outros. Há vários tipos de estudos em todos esses casos e alguns exemplos desses estudos foram descritos em levantamentos bibliográficos preparados por GITTELSON e ROYSTON (1982)⁵.

Mais recentemente MONTEIRO⁶ fez uma boa revisão de referências bibliográficas a respeito de tipos de estudos relacionados com a acurácia de estatísticas de causa de morte.

MORIYAMA, LOY e ROBB SMITH⁷ numa monografia publicada em 1994 sobre a história da Classificação Internacional das Doenças e a Classificação das causas de morte fez observação sobre a acurácia dos atestados de óbito e a comparabilidade de dados de mortalidade.

Vários estudos publicados sobre acurácia de dados de mortalidade podem ser divididos nos seguintes tipos:

1.b. Estudos sobre acurácia de dados de mortalidade

Existem vários tipos de estudos para analisar a acurácia da declaração da causa básica de morte.

1.b.1. Laudos de autópsias como medida de acurácia dos diagnósticos

Os diagnósticos de autópsias foram consideradas como “padrão ouro” de comparação do diagnóstico clínico e causa de morte anotado no atestado de óbito.

Um dos primeiros estudos mencionados por MORIYAMA, LOY e ROBB SMITH⁷ foi feito por CABOT (1900) onde refere que “autoridades dos registros estavam menos interessados na acurácia das informações de diagnósticos obtidos nos atestados de óbito do que na obtenção de uma declaração específica de causa de morte”.

WELLS (1923)⁸ estudou 3712 necrópsias e naqueles casos de neoplasias ele encontrou um erro de 35,5% nos diagnósticos clínicos; o autor enfatizou que estatísticas vitais eram inúteis nos casos de câncer.

Um dos estudos mais importantes em todas as bibliografias relatadas comparando os achados de autópsia e as estatísticas de causa de morte é o estudo de SWARTOUT e WEBSTER⁹ no Hospital Geral de Los Angeles, com 8080 autópsias desde 1933 a 1937. Os diagnósticos de causas de morte antes e depois da autópsia mostraram uma concordância de 79% no total de casos e 89% nos casos de câncer. Outros estudos mostraram os resultados para os casos de câncer.^{10, 11, 12}

Em um grande número de países, foram feitos estudos comparando-se os achados de autópsias e as causas de morte registradas nos atestados de óbito. Há variação de concordância das taxas: Pohlen e Emerson em New York e New Jersey observou 96% para tuberculose pulmonar e 55% para miocardite crônica¹³; HEASMAN e LIPWORTH¹⁴ na Inglaterra e Wales acharam ao todo uma concordância de 45% para o Japão, Suécia e Tchecoslováquia. KAGAN e colaboradores¹⁵, observaram que a mortalidade por hemorragia cerebral foi superestimada nas estatísticas nacionais e subestimada nos casos de trombose cerebral e embolismo.

Num estudo em Jerusalém, ABRANSON e colaboradores¹⁶ concluíram que atestados de óbito mostraram ser uma boa fonte de informações para neoplasias malignas, embora não para todas as localizações e houve limitações nos casos de lesões, miocárdicas, doenças cerebrovasculares, embolia pulmonar e úlcera péptica.

Há muitos estudos publicados sobre a comparação entre os achados de autópsias e os diagnósticos clínicos registrados nos atestados de óbito. Geralmente todos os autores assumiram que as autópsias mostraram ser um referencial muito bom para a avaliação da qualidade de informações médicas nos atestados de óbito e alguns autores, como por exemplo RON e colaboradores¹⁷ fizeram observações sobre a

existência de alguns dados clínicos que são importantes para determinação de causas de morte mas não são avaliados por patologistas que efetuaram a autópsia. Além disso, o patologista também pode cometer erros.

DESSMON e colaboradores¹⁸ em um trabalho cujo objetivo era determinar o grau de concordância entre a causa clínica de morte com diagnóstico de autópsias em um hospital de nível terciário no período de 1994 a 1995 verificaram que avanços na tecnologia diagnóstica não diminuíram o valor das autópsias. A discordância entre a causa clínica de morte e o diagnóstico após autópsia foi de 19,8%. Em 44,4% dos casos discordantes, o conhecimento correto do diagnóstico poderia ter alterado a terapia e que o estudo de autópsias pode servir como um valioso monitor de controle de qualidade na acurácia dos diagnósticos.

Outro ponto que necessita ser mencionado é que, mesmo se para todas as mortes que ocorreram fossem efetuadas autópsias, isto não significa que a acurácia de 100% possa ser atingida.

É necessário lembrar que nem todos os patologistas sabem como preencher corretamente as informações médicas nos atestados de óbito, mesmo que eles tenham todos os achados das autópsias.

1.b.2. Informações em atestados de óbito comparados com dados clínicos

É possível avaliar a acurácia da informação nos atestados de óbito, fazendo-se uma comparação entre o atestado de óbito “original” e um outro feito com a reconstrução das causas básicas de morte com toda a sequência conforme intercorrências clínicas obtidas por registros médicos, intervenção médica, resultados de todos os tipos de exames e

em muitos casos entrevistas com as famílias da pessoa doente e, quando existir, resultados das autópsias.

Há muitas publicações com resultados desse tipo de estudo e entre eles alguns exemplos podem ser citados.

Na Inglaterra, ALDERSON e MEADE¹⁹ compararam a principal condição tratada em hospital com a causa básica de morte declarada no atestado de óbito e descobriu-se uma discrepância de 39%.

No Havaí, SCHWARTZ²⁰ estudando a mortalidade, descobriu que erros grosseiros na classificação de causas de morte com os atestados de óbito foi de 20%.

GLITTLESOHN e LENNING²¹ observou 72% de concordância na comparação dos atestados de óbito com uma relação de 9724 altas do Banco de dados do Hospital de Vermont (USA).

LAURENTI²², comparando os atestados de óbito com os dados de registros médicos em hospitais da cidade de São Paulo, observou uma concordância de 62,3%. O mesmo autor em outro estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, verificou que o número de mortes maternas foi 2,24 vezes mais alto que o informado no atestado de óbito original. Estudos em outros estados do Brasil mostraram uma inexatidão nos atestados de óbito.^{23, 24, 25 e 26}

ROJAS²⁷, na Venezuela, PAÑELLA e colaboradores²⁸, na Espanha e MOUSSA e colaboradores²⁹, no Kwait também encontraram imprecisões nas informações médicas de acordo com as causas básicas de morte quando comparados os atestados de óbito original, com as informações de registros médicos dos hospitais.

PUFFER e GRIFFITH³⁰ realizaram um grande estudo em 11 áreas urbanas nas Américas e uma na Inglaterra investigando mortalidade de adultos de 15 a 74 anos. Os resultados das causas

uniformemente recolhidas em todas as cidades, através de uma central de codificadores baseados na informação do atestado de óbito foi referido como classificação original e aquelas recolhidas por uma central de revisão ou referidas com toda informação adicional clínica foi denominada como classificação final. Para cada cidade e para o total de casos, tabulações foram preparadas mostrando as classificações finais através da classificação original de 74 causas ou grupos de causas.

Ambas, a original e final foram avaliadas nos 42648 óbitos, e permaneceram no mesmo grupo de causa original e final 64% ou 28.422 óbitos.

A tabela 1 mostra para cada uma das 12 cidades, o número de óbitos incluídos numa amostra estudada e a concordância entre a classificação original e final com o parecer final de causa básica de morte através da classificação original para adultos de 15 a 74 anos em cada cidade.

Tabela 1. Número de porcentagem de óbitos com classificação final de causa básica de morte com divergência na classificação original na faixa etária de 15 a 74 anos em cada cidade.

Cidade	Óbitos	Com mudanças na classificação da causa básica de morte	
		Número	Porcentagem
Cali (Colômbia)	3298	1493	45,3
Guatemala (Cidade)	3422	1545	45,1
México (Cidade)	3544	1382	39,0
Santiago (Chile)	4321	1680	38,9
Bogotá (Colômbia)	3629	1281	35,3
São Paulo (Brasil)	4361	1532	35,1
Ribeirão Preto (Brasil)	1016	344	33,9
La Plata (Argentina)	3556	1021	28,7
Lima (Peru)	4378	1212	27,7
Caracas (Venezuela)	2999	810	27,0
São Francisco (USA)	3865	1005	26,0
Bristol	4262	921	21,6

Fonte: Referência 30

Através de outros resultados, ficou demonstrado que doenças infecto-parasitárias tiveram um discreto aumento de 5% na classificação final em relação à classificação original.

As neoplasias malignas responsáveis por aproximadamente 20% dos óbitos estudados, houve um aumento de menos 5% através de informações adicionais.

As mudanças nos números de óbitos por doenças cardiovasculares mostraram um decréscimo de menos de 1%. Contudo é importante comentar que somente 68% das classificações finais para as doenças cardiovasculares estavam no mesmo grupo da lista dos 74 grupos da classificação original, 19% mudaram entre os diversos grupos de doenças cardiovasculares e 13% na classificação final foram incluídos nos outros grupos de causas, ou seja, 14 óbitos foram excluídos do grupo das doenças cardiovasculares dos 100 óbitos na classificação final no grupo.

Muitas mudanças ocorreram no grupo das doenças respiratórias relatadas com a presença frequente de condições respiratórias em pessoas que sofriam de outras doenças, assim sendo o número total de mortes foi alterada de 2990 para 2598. Nas doenças do sistema digestivo o número de mortes originalmente classificados no grupo ultrapassou o número de classificação final em apenas 6%.

A maior mudança ocorreu nas causas maternas. As mortes relatadas para esse grupo de causas aumentaram em todas as cidades, exceto em São Francisco. O número de óbitos classificados originalmente como causas maternas foi 26% menor que o número de óbitos na classificação final.

Quando as causas de morte eram apresentadas segundo os capítulos da CID não houve grandes diferenças como mostra a tabela 2

para neoplasias malignas e doenças do aparelho digestivo para cada cidade. Entretanto, quando doenças específicas ou categorias foram consideradas as diferenças entre as classificações originais e finais às vezes foi muito alta.

Tabela 2. Classificação original e final de neoplasias malignas (1) e doenças do sistema digestivo (2), com inclusões e exclusões nos óbitos de faixa etária de 15 a 74 anos em cada cidade.

Cidade		Original	Exclusões	Inclusões	Final
Bogotá	(1)	623	137	159	654
	(2)	290	87	94	297
Bristol	(1)	1043	120	196	1119
	(2)	119	23	33	129
Cali	(1)	583	188	218	612
	(2)	219	86	79	212
Caracas	(1)	661	125	142	678
	(2)	201	70	72	203
Guatemala	(1)	513	154	240	599
	(2)	689	513	163	339
La Plata	(1)	987	105	138	1020
	(2)	241	73	93	261
Lima	(1)	949	234	255	970
	(2)	331	78	69	322
México	(1)	523	126	162	559
	(2)	715	295	308	728
Ribeirão Preto	(1)	165	35	49	179
	(2)	50	20	20	50
São Francisco	(1)	809	88	132	853
	(2)	410	251	299	458
Santiago	(1)	741	185	184	740
	(2)	783	300	300	783
São Paulo	(1)	818	196	200	822
	(2)	274	114	125	285

Fonte: Referência 30

Outro estudo importante a ser mencionado foi elaborado por PUFFER e SERRANO³¹ onde são relacionadas amostras de mortalidade

infantil incluindo 27 áreas (urbanas e rurais) da Argentina, Brasil, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, El Salvador, Jamaica, México e Estados Unidos da América.

Um dos sub produtos desse estudo foi a análise da acurácia das causas de morte preenchidas nos atestados de óbito. Como no estudo anterior, os resultados da comparação entre “original” e “final” mostraram menores diferenças quando agrupadas por capítulos da CID e grandes diferenças quando foi considerada uma doença isoladamente.

1.b.3. Acurácia dos dados de mortalidade e diferenças no preenchimento de atestado de óbito por médicos

Quando a acurácia dos dados de mortalidade é discutida uma questão aflora: Todos os médicos sabem o caminho correto para preencher o atestado de óbito? Se o mesmo conjunto de histórias clínicas é conhecido por médicos diferentes, eles preenchem os atestados de óbito da mesma forma?

Não há muitos estudos com esse objetivo. Um dos mais interessantes foi feito por DORN e HORN (1941)³² e divergências foram notadas.

Entre as possíveis explicações eles mencionaram a causa de morte mal definida, dificuldade para o médico em resumir a causa de morte para preencher o atestado de óbito, família solicita reter alguma informação de causa de morte; em casos de câncer, a metástase é informada como uma causa básica de morte e outras.

DIEHL e GAU (1982)³³ mandaram dez histórias clínicas sumárias para médicos de quatro diferentes áreas da Inglaterra para verificar se diferenças regionais de mortalidade eram reais ou eram devidas aos médicos quando preencheram o atestado de óbito. Outros

estudos com diferentes caminhos mas com o mesmo objetivo foi feito nos EUA por MORYANA e colaboradores³⁴ e também por BANDGDIWALA e colaboradores.³⁵

Outros estudos realizados em outros países podem ser mencionado como o de GRUBB e colaboradores³⁶ no Egito, HECKMANN e colaboradores³⁷ que analisaram a forma de preenchimento dos atestados de óbito em regiões do Sul do Brasil e CORRAL e NOBOA³⁸ no Equador, onde a qualidade de informação nos atestados de óbito e nos casos de câncer, foi melhor na capital do país que nas áreas rurais.

Na reunião de “Centros Colaboradores para a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde”, foram apresentados estudos sobre a qualidade dos atestados de óbito e dois deles comparando a qualidade de informação e o atestado médico. Um deles é o do Centro Colaborador da França², onde realizaram um estudo baseado na codificação de um grupo de dez histórias de casos que cobriram uma larga lista de condições clínicas, certificados por uma amostra randomizada de 600 médicos.

Os resultados mostraram que de uma forma geral a qualidade dos atestados foram satisfatórios. O Centro Colaborador de Moscou, apresentou um estudo no qual comparou o atestado médico e a causa da morte numa área urbana com 434.000 habitantes e um distrito com 384.000 habitantes de uma grande cidade. Os resultados mostraram que a qualidade dos registros de causas de morte foi melhor no distrito, do que na grande cidade.

1.b.4. Diferenças na codificação de causa básica de morte

Apesar de existirem regras internacionais para a seleção e codificação de causas básicas de morte é importante saber que os codificadores nem sempre as usam corretamente.

Esse fato é responsável por uma imprecisão nas estatísticas de mortalidade e vários estudos foram feitos sobre isto.

O Centro Colaborador da Classificação das Doenças em Português³⁹ em 1985 fez uma avaliação de 47 codificadores dos 20 estados brasileiros. Todos os codificadores receberam um conjunto semelhante de atestados de óbito. Os resultados mostraram uma média de 61% de codificação correta (variando de 38% a 81%).

KELSON e FAREBROTHER (1987)⁴⁰, estudou a codificação de causas de morte na Comunidade Econômica Européia para casos de câncer. Os autores deram dez casos clínicos (5 deles, casos de câncer) para 406 médicos de 8 países, pedindo a eles para preencherem os atestados de óbito de acordo com o sistema oficial de codificação de seu país e a revisão foi feita na Organização Mundial da Saúde. Houve aumento na codificação de câncer dos seguintes lugares: bexiga, estômago e melanoma; houve discrepâncias nos casos de câncer de útero e mesotelioma.

Outros estudos a este respeito também foram feitos entre eles e é possível mencionar PERCY e DOLMAN⁴¹, PERCY e MUIR⁴² e LAURENTI¹⁹.

Na reunião dos Centros Colaboradores da Organização Mundial da Saúde, em Beijing, 1992, o “Centro Brasileiro”⁴ apresentou um estudo no qual foi comparado um conjunto de atestados de óbito

codificado por codificadores brasileiros e japoneses, mostrando algumas discrepâncias na codificação.

1.b.5. Outros tipos de estudos para a avaliação da acurácia de dados de mortalidade

É possível mencionar outros tipos de estudos relacionados com a acurácia de dados de mortalidade. Um tipo de estudo é o “estudo de cohort” no qual a cohort de pessoas com uma doença é seguida e quando o óbito ocorre o atestado é analisado. Não somente a acurácia de causas de morte podem ser medidas mas também a subnotificação de mortalidade infantil e perinatal como apresentado no estudo de BARROS e colaboradores.⁴³

MAYER e colaboradores⁴⁴ fizeram uma avaliação de causas informadas nos atestados de óbito na cohort de veteranos da guerra do Vietnã. Eles observaram um aumento de 90% em todos os casos de morte devido a acidentes de trânsito, suicídios, homicídios e uma diminuição nas outras causas.

A avaliação da qualidade do atestado de óbito em casos de pessoas incluídas nos registros de doenças é uma boa metodologia para o estudo da acurácia das estatísticas de mortalidade. Exemplos desse tipo de estudo são aqueles de BREAUX e PEREZ em St. Louis (USA, 1964)⁴⁵; RUTGVIST em Stockhom (1985)⁴⁶ e DEMERS e colaboradores em Seattle e Tocowa (USA, 1992)⁴⁷.

Outro tipo de estudo é a identificação de casos de doenças específicas seguidas pela análise de atestados de óbito. CHIO e colaboradores⁴⁸ na Itália fizeram um estudo com casos de esclerose amiotrófica lateral e concluíram que as estatísticas de mortalidade para

essas doenças são satisfatórias para serem usadas em estudos epidemiológicos.

Outras metodologias foram adotadas por GITTELSON e SEMMING em Vermont (USA, 1978)⁴⁹, e GARRUCHO e colaboradores na Espanha.⁵⁰

2. OBJETIVO

Avaliar a acurácia na declaração da causa básica de morte nos atestados de óbito comparando-os com a história clínica (prontuário médico) e a autópsia de casos de pacientes falecidos no ano de 2001 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo do Município de São Paulo.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo: trata-se de um estudo transversal com delineamento observacional, aferição histórica e não controlado.

3.2. Objetos do Estudo:

3.2.1. Atestados de Óbito: foram obtidos através de consultas feitas no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 2001. Foi analisada a parte da declaração do médico no atestado de óbito cujos diagnósticos foram anotados numa planilha onde constou a descrição da qualidade do preenchimento do atestado de óbito.

3.2.2. Prontuário Médico: foi feita uma leitura dos prontuários médicos, obtidos pela consulta no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital ano de 2001. Os dados colhidos foram anotados numa planilha onde constaram as iniciais do paciente, idade, sexo, cor e evolução clínica com as anotações da causa considerada básica de morte assim como as doenças associadas ou não à causa básica.

3.2.3. Laudo das Autópsias: foram transcritas numa planilha onde constam como diagnóstico final, a causa básica de morte e as doenças associadas ou não à morte, das autópsias realizadas no Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, à qual pertence o Hospital, no ano de 2001.

3.3. Amostra: em 2001 ocorreram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (onde se supõe que haja por parte dos docentes uma preocupação constante em dar orientações aos estudantes de medicina e médicos para preencherem corretamente o atestado de óbito) 61.754 internações, das quais 3428 resultaram em óbito. Destes, 1170 foram encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbitos da Capital de São Paulo da Universidade de São Paulo (SVO). Como não foram considerados os casos de óbitos atendidos no pronto-socorro do hospital e os que foram encaminhados ao Instituto Médico Legal de São Paulo por não apresentarem história clínica, foram analisados retrospectivamente 258 prontuários médicos dos pacientes internados nas enfermarias do referido hospital que preencheram os requisitos necessários à pesquisa, ou seja, história clínica, autópsia e atestado médico.

3.4. Tratamento e Análise dos Dados: foram avaliadas inicialmente as hipóteses diagnósticas levantadas durante a internação dos 258 pacientes contidas em seus prontuários médicos. A seguir, analisou-se o preenchimento da parte I e II do atestado de óbito, cujos diagnósticos foram comparados com os laudos de autópsias considerados como “padrão ouro”.

Os diagnósticos nas 3 análises foram comparados entre si, ou seja, história clínica x atestado de óbito, história clínica x autópsia e atestado de óbito x autópsia, e as discordâncias foram comentadas caso a caso.

Os diagnósticos foram classificados de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e armazenados no Sistema de Processamento de Texto, Banco de Dados e Estatísticas para Epidemiologia em micro computadores do Centro de Controle de Doenças de Atlanta (EPIINFO 6).

4. RESULTADOS

4.1. Perfil dos Falecidos. Analisando-se as variáveis sexo e faixa etária obtidos nos prontuários de 258 pacientes, obteve-se um perfil, cujos resultados estão expressos em 4 tabelas que seguem abaixo.

Observa-se, na tabela 1 que, dos 258 pacientes, 146 (56,6%) são do sexo masculino e 112 (43,4%) do sexo feminino.

Tabela 1: Frequência e percentagem de óbitos, segundo sexo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Sexo	Frequência	%
Feminino	112	43,4
Masculino	146	56,6
Total	258	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Na tabela 2, observa-se que os pacientes estão mais concentrados na faixa etária de 40 a 69 anos com uma frequência de 116 (44,7%). Entretanto a faixa etária de 40 a 69 anos compreende 30 idades e dessa maneira houve em média, 3,8 casos por idade. Dessa forma, a idade que concentrou mais casos foi os menores de 1 ano.

Tabela 2: Frequência e percentagem de óbitos, segundo faixa etária, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
<1	33	13,4
1 – 9	3	1,2
10 – 39	55	21
40 – 69	116	44,7
70 – 99	51	19,7
Total	258	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Nas tabelas 3 e 4 observa-se que, se não considerarmos os casos menores de 1 ano, os pacientes continuam mais concentrados na faixa etária de 40 a 69 anos e em ambos os sexos, sendo 65 (46,1%) do sexo masculino e 51 (43,6%) no sexo feminino.

Tabela 3: Frequência e percentagem de óbitos de sexo feminino, segundo faixa etária, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
<1	15	12,8
1 – 9	2	1,7
10 – 39	27	23,1
40 – 69	51	43,6
70 – 99	22	18,8
Total	117	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Tabela 4: Frequência e percentagem de óbitos de sexo masculino, segundo faixa etária, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
<1	18	12,8
1 – 9	1	0,7
10 – 39	28	19,9
40 – 69	65	46,1
70 – 99	29	20,5
Total	141	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Do total dos 258 óbitos verificou-se que em 45 (ou 17,4%) havia discordância entre a história clínica e autópsia.

Como 45 (ou 17,4%) dos 258 óbitos apresentaram discordâncias entre a história clínica, a autópsia e o preenchimento correto do atestado de óbito, serão analisados caso a caso a seguir.

Primeiramente foram analisadas as variáveis sexo e faixa etária onde obteve-se um perfil desses óbitos cujos resultados a exemplo dos anteriores, estão expressos em 4 tabelas que seguem abaixo.

Observa-se na tabela 5 que dos 45 pacientes, 23 (51%) são do sexo feminino e 22 (49%) do sexo masculino.

Tabela 5: Frequência e percentagem de óbitos, com discordâncias de diagnósticos, segundo sexo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Sexo	Frequência	%
Feminino	23	51
Masculino	22	49
Total	45	100

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Observa-se na tabela 6 que, 29 (65%) dos pacientes encontravam-se na faixa etária de 40 a 69 anos.

Tabela 6: Frequência e percentagem de óbitos, com discordâncias de diagnósticos, segundo faixa etária, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
10 – 39	6	13
40 – 69	29	65
70 – 99	10	22
Total	45	100

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Observa-se na tabela 7 e 8 que na faixa etária de 40 a 69 anos ocorreram 7,3% mais óbitos de pacientes do sexo masculino e na faixa de 10 a 39 anos 8,3% mais óbitos de pacientes de sexo feminino.

Tabela 7: Frequência e percentagem de óbitos, com discordâncias de diagnósticos, segundo sexo feminino, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
10 – 39	4	17,4
40 – 69	14	60,9
70 – 99	5	21,7
Total	23	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

Tabela 8: Frequência e percentagem de óbitos, com discordâncias de diagnósticos, segundo sexo masculino, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001.

Faixa Etária	Frequência	%
10 – 39	2	9,1
40 – 69	15	68,2
70 – 99	5	22,7
Total	22	100,0

Fonte: Dados de Prontuários Médicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Município de São Paulo, 2001

4.2. Análise das histórias clínicas, laudos de autópsias e atestados de óbito.

4.2.1. Concordâncias: neste item, estão relacionados os 213 óbitos, segundo faixa etária, que apresentaram concordância nas 3 fontes de análise, com as respectivas causas imediata e básica de óbito contidas no atestado de óbito. Quando não houve menção da causa imediata, o espaço foi tracejado. (vide anexo A)

FAIXA ETÁRIA	<1 ano
CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
insuficiência respiratória	hérnia diafragmática congênita
septicemia	prematuridade
-----	anóxia intra-uterina
anóxia intra-uterina	hipertensão arterial crônica materna
-----	rubéola congênita
Kernicterus	imaturidade
edema cerebral	cardiopatia congênita complexa
insuficiência respiratória	malformação congênita
-----	malformações congênitas
-----	malformações congênitas
-----	malformações congênitas
-----	malformação congênita
insuficiência respiratória	prematuridade
broncopneumonia	prematuridade
pulmão de choque	hérnia diafragmática
indeterminado	malformação congênita
-----	malformação congênita
prematuridade	doença de membrana hialina
prematuridade	hemorragia meníngea
-----	malformações congênitas
-----	malformações congênitas
edema cerebral	malformação do sistema nervoso central
-----	anóxia intra-uterina
insuficiência respiratória	enterocolite necrotizante
hemorragia intracraniana	prematuridade
hemoperitônio	hepatopatia
insuficiência respiratória	prematuridade extrema
sepse	prematuridade extrema

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

 choque séptico

sepsse

<1 ano

CAUSA BÁSICA

malformação fetal esquelética grave
 aganglianose congênita
 malformações congênitas
 prematuridade
 anóxia intra-uterina

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

choque séptico
 necrose gangrenosa de ceco e reto
 sepsse

1 – 9 anos

CAUSA BÁSICA

leucoencefalomalácia cerebral
 gastroenterite aguda
 aplasia de medula óssea

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

indeterminado
 cor pulmonale
 septicemia
 hemorragia intracraniana
 insuficiência respiratória
 hemorragia pulmonar
 insuficiência respiratória
 meningite purulenta
 pneumonite intersticial

septicemia
 septicemia
 broncopneumonia

cor pulmonale
 coma
 broncopneumonia abscedada
 pulmão de choque

pulmão de choque
 aspergilose pulmonar

encefalite necrótica multifocal
 choque hipovolêmico

10 – 39 anos

CAUSA BÁSICA

anemia falciforme
 hipertensão pulmonar
 adenocarcinoma de ceco operado
 Síndrome Hellp
 infarto hemorrágico pulmonar
 lúpus eritematoso sistêmico
 leucemia mielóide aguda
 transplante renal
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 indeterminada
 carcinoma de colo uterino operado
 úlcera gástrica perfurada operada
 esclerodermia
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 hipertensão pulmonar
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 acidente vascular cerebral hemorrágico
 insuficiência renal crônica
 anemia aplásica
 broncopneumonia
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 hepatopatia colestática

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

choque anafilático
 septicemia
 insuficiência respiratória
 choque hipovolêmico
 metástases pulmonares
 broncopneumonia bilateral
 falência de múltiplos órgãos e sistemas
 disseminação pulmonar
 hipertensão intracraniana
 hipertensão intracraniana
 insuficiência respiratória
 pulmão de choque
 sangramento generalizado
 sepse
 discrasia sanguínea
 edema cerebral
 indeterminada
 choque séptico
 choque hipovolêmico
 broncopneumonia
 septicemia
 metástases pulmonares
 choque hemorrágico
 insuficiência respiratória aguda
 choque séptico

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

insuficiência respiratória
 broncopneumonia
 septicemia
 septicemia
 falência de múltiplos órgãos
 hemorragia digestiva alta
 choque hipovolêmico

 isquemia mesentérica
 choque séptico e hipovolêmico

10 – 39 anos**CAUSA BÁSICA**

lúpus eritematoso sistêmico
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 lúpus eritematoso sistêmico
 aneurisma dissecante de aorta roto
 carcinoma de mama operado
 Linfoma de Burkitt
 pré-eclâmpsia

 tuberculose pulmonar
 doença de Hodgkin
 acidente vascular cerebral hemorrágico
 insuficiência hepática
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 púrpura trombocitopenica
 epilepsia
 mieloma múltiplo
 craniofaringioma recidivado e operado
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 leucemia linfóide aguda
 doença de Hodgkin
 síndrome mielodisplásica
 carcinoma de mama operado
 cirrose hepática por vírus da hepatite c
 leucemia linfóide aguda T
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

40 – 69 anos**CAUSA BÁSICA**

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 encefalopatia indeterminada
 doença linfoproliferativa
 leucemia linfóide aguda
 cirrose hepática por vírus C operado
 alcoolismo crônico
 cirrose hepática
 edema e amolecimento cerebral difuso
 melanoma maligno
 cirrose hepática

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

pulmão de choque
 choque hipovolêmico
 choque hipovolêmico
 pulmão de choque

 septicemia
 broncopneumonia
 edema pulmonar
 insuficiência respiratória
 pulmão de choque
 indeterminada
 acidente vascular cerebral
 hemorrágico
 broncopneumonia
 edema cerebral difuso
 septicemia
 histoplasmose disseminada
 falência de múltiplos órgãos
 broncopneumonia
 insuficiência respiratória
 insuficiência respiratória
 caquexia
 insuficiência respiratória
 sepse
 pulmão de choque
 broncopneumonia
 pneumopatia intersticial
 broncopneumonia

 insuficiência respiratória
 insuficiência respiratória
 pulmão de choque
 caquexia
 pulmão de choque
 broncoaspiração
 caquexia
 broncopneumonia
 choque séptico
 hemorragia pulmonar
 pulmão de choque
 hemorragia digestiva alta

40 – 69 anos**CAUSA BÁSICA**

acidente vascular cerebral hemorrágico
 cirrose
 úlcera crônica bulbar perfurada e operada
 deiscência de sutura de anastomose
 pancreatojejunal
 hemorragia cerebral intraparenquimatosa
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 cirrose hepática
 tuberculose pulmonar
 megacólon chagásico
 lupus eritematoso sistêmico
 hipertensão arterial

 carcinoma neuroendócrino de pulmão
 neoplasia de glândula pineal operado
 amolecimento cerebral hemorrágico
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 esclerodermia
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 diabetes mellitus
 broncopneumonia
 neoplasia maligna de estômago
 doença pulmonar obstrutiva crônica
 Síndrome Consumptiva
 neoplasia da cabeça de pâncreas
 edema pulmonar
 miopatia inflamatória ativa
 cirrose hepática
 doença policística
 linfoma não-Hodgkin estágio IV
 cirrose hepática
 carcinoma espinocelular de boca operado
 neoplasia maligna de fígado
 carcinomatose
 Granulomatose de Wegener
 hepatite C
 abscesso anal drenado
 hepatopatia crônica por vírus C

FAIXA ETÁRIA**CAUSA IMEDIATA**

amolecimento cerebral roto
 choque séptico
 choque hipovolêmico
 edema agudo de pulmão
 acidente vascular cerebral
 hemorrágico
 choque misto
 bronco aspiração

aneurisma roto de aorta abdominal

septicemia
 broncopneumonia bilateral
 broncopneumonia
 broncopneumonia bilateral
 choque hipovolêmico
 caquexia
 edema cerebral

 infarto cerebral hemorrágico
 edema pulmonar
 insuficiência respiratória
 insuficiência respiratória
 edema pulmonar
 sepse
 choque hipovolêmico
 sepse
 broncopneumonia
 infarto agudo do miocárdio
 metástases hepáticas
 septicemia
 insuficiência hepática
 choque hipovolêmico
 hipertensão intracraniana
 insuficiência respiratória
 caquexia
 falência de múltiplos órgãos
 choque hipovolêmico

insuficiência respiratória
 acidente vascular cerebral

40 – 69 anos**CAUSA BÁSICA**

aneurisma de artéria cerebral comunicante
 neoplasia gástrica operado
 infarto hemorrágico cerebral
 leucemia mielóide crônica agudizada
 hipertensão arterial

transplante hepático por cirrose por vírus C
 carcinoma espinocelular de orofaringe
 operado

Síndrome de Angústia Respiratória do
 Adulto (SARA)

diabetes mellitus
 arteriosclerose
 doença pulmonar obstrutiva crônica
 cirrose hepática
 neoplasia maligna de vias biliares
 adenocarcinoma de ovário
 hipertensão arterial

hemorragia digestiva
 endocardite

tromboembolismo pulmonar

Doença de Chagas

hemotórax à direita

doença linfoproliferativa

cirrose hepática

cirrose hepática

aterosclerose generalizada

cirrose hepática

arteriosclerose coronariano

tabagismo

diabetes mellitus

adenocarcinoma de cólon sigmóide

insuficiência hepática

arteriosclerose generalizada

carcinoma espinocelular de esôfago

neoplasia maligna disseminada

infarto hemorrágico cerebral

carcinoma invasivo de colo uterino
 avançado

neoplasia maligna de pâncreas operado

hipertensão arterial

FAIXA ETÁRIA

40 – 69 anos

CAUSA IMEDIATA

hemorrágico
insuficiência respiratória

CAUSA BÁSICA

neoplasia maligna de pulmão

FAIXA ETÁRIA

70 – 99 anos

CAUSA IMEDIATA

pielonefrite aguda
tromboembolismo pulmonar

choque hipovolêmico e séptico
edema pulmonar
broncopneumonia bilateral
edema pulmonar
infartos múltiplos
edema agudo de pulmão
infarto cerebral isquêmico
broncopneumonia bilateral
choque séptico
tumor hepático metastático
sepse
sepse
insuficiência respiratória

sepse
choque hipovolêmico
broncopneumonia
miocardiosclerose
choque
infarto do miocárdio
infarto isquêmico occipital esquerdo
indeterminada
edema pulmonar
choque séptico
acidente vascular cerebral
hemorrágico
indeterminada
pulmão de choque
abdômen agudo
choque séptico
insuficiência respiratória

CAUSA BÁSICA

diabetes mellitus
adenocarcinoma de próstata
infarto agudo do miocárdio
aneurisma de aorta abdominal operado
infarto agudo do miocárdio
arteriosclerose generalizada grave
insuficiência cardíaca congestiva
aneurisma roto de aorta abdominal
neoplasia maligna de reto
diabetes mellitus
doença pulmonar obstrutiva crônica
obstrução arterial crônica operado
tumor de laringe operado antigo
broncopneumonia
artrite reumatóide
fibrose pulmonar
edema pulmonar
pneumopatia crônica
Doença de Chagas
carcinoma broncogênico
arteriosclerose coronariana
hérnia inguino-escrotal estrangulada
hipertensão arterial
arteriosclerose generalizada
leucemia linfóide aguda
hipertensão arterial
hérnia femoral à esquerda encarcerada
infarto do miocárdio

arteriosclerose generalizada
edema agudo de pulmão
cirrose pós-necrótica por vírus C
diabetes mellitus
doença pulmonar obstrutiva crônica

FAIXA ETÁRIA

70 – 99 anos

CAUSA IMEDIATA

insuficiência respiratória
 insuficiência respiratória
 septicemia
 septicemia
 pulmão de choque
 choque hemorrágico
 sepse

CAUSA BÁSICA

neoplasia maligna de pulmão
 arteriosclerose de aorta
 dermatite bolhosa
 perfuração intestinal
 neoplasia de estômago
 cirrose hepática
 broncopneumonia
 cor pulmonale

4.2.2. Discordâncias: a seguir serão analisadas e comentadas os 45 casos que apresentaram discordâncias nas análises.

Caso nº01

Idade: 23

Sexo: Feminino

Data do óbito: 24/07/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 23 anos. No 7º mês de gestação apresentou crise convulsivo tônico-clônica generalizada, sendo submetida a cesárea 3 dias após o quadro. Sem história de doença hipertensiva específica da gestação. Teve alta com hidantal e permaneceu assintomática por 3 semanas. Procurou Pronto Socorro do Hospital das Clínicas dia 29-05-01 com nova crise convulsivo tônico-clônica, tratada. Evoluiu em estado de mal convulsivo com indicação de UTI. Utilizou tionembutal e outras drogas anticonvulsivantes. As crises epiléticas foram confirmadas no eletroencefalograma. tomografia computadorizada de crânio com lesões hipoatenuantes e ressonância magnética com lesões sugestivas de vasculite. Sorologias negativas. Exame de líquido apenas com aumento de proteínas. Evoluiu com focos infecciosos pulmonar e urinários, sendo isolados agentes hospitalares. Choque séptico e óbito.

Lauda da Autópsia:

I- Vasculite indeterminada.

A- Lesões hipercrômicas pouco elevadas de 0,3 a 0,5cm de diâmetro em face, tronco e membros superiores.

B- Síndrome convulsiva a esclarecer - (Aguardar laudo final) - Encéfalo de 1180g.

1- Broncopneumonia abscedada em pulmão direito (500g), com áreas de hemorragia em lobo médio.

a- Congestão visceral.

b- Fígado do choque (2930g) - Congestão e necrose centrolobular. Colestase moderada.

c- Baço de 160g congesto e pouco reativo.

c1- Pontilhado esbranquiçado em baço - Reatividade de polpa branca (?) Esclerose periarteriolar?. Aguardar laudo final.

d- Gastrite de estresse.

e- Necrose tubular aguda (?) - rim direito = 200g e rim esquerdo=220g.

e1- Focos de hemorragia em pelve renal.

e2- Petéquias em cápsula renal.

e3- Anasarca.

e3.1- Ascite.

e3.2- Derrame pleural.

e3.3- Edema de membros.

f- Linfonodos reacionais no mediastino.

2- Broncopneumonia focal terminal em pulmão esquerdo – (350g).

II- Antracose pulmonar e linfonodal.

III- Cicatriz abdominal supra-púbica (cesárea).

A- Cicatriz transversal em útero.

1- Área de erosão endometrial (leito placentário?) - Aguardar laudo final.

IV- Discreta hipertrofia de ventrículo esquerdo (coração de 300g).

V- Arteriosclerose.

A- Lipoidose de aorta.

VI- Manobras de Sustentação.

A- Traqueostomia.

1- Traqueíte aguda.

B- Venopunções centrais subclávias direita e esquerda.

C- Cistite traumática.

Declaração de Óbito :

PARTE I a: Choque séptico
 b: Broncopneumonia com abscesso
 c: Síndrome convulsiva
 d: Encefalopatia indeterminada

PARTE II

Puerpério

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta vasculite que não consta no prontuário médico e no atestado de óbito não foi mencionada, portanto há discordância nas 3 análises.

Caso nº02

Idade: 27

Sexo: Feminino

Data do óbito: 19/04/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de sexo feminino, 27 anos, com antecedente de doença reumática a esclarecer e histerectomia há 02 anos devido a hemorragia no pós parto normal. Vinha tratando a doença de forma irregular e chegou ao Pronto Socorro deste hospital relatando crises de tosse, dispneia, dor torácica, febre, eritema malar e artralgia. Durante internação obteve diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico e hipertensão pulmonar primária severa. Evoluiu com artrite, lesões cutâneas maculopapulares, paniculite e furúnculo em nádega direita.

No 25º dia de internação hospitalar passou a apresentar crises de sudorese, sensação de sufocamento, tonturas e fenômeno de Raynaud. No 32º dia de internação hospitalar passou a referir dor torácica e lombar intensas e novo furúnculo em nádega esquerda para o qual vinha usando Keflex. No 39º dia de internação hospitalar cursou com dor epigástrica, vômitos, dores torácicas, hepatomegalia, atralgias e leucocitose com desvio para esquerda, ocasião esta em que havia sido suspensa anticoaguloterapia. Foi transferida para UTI-Pneumologia para passagem de catéter de Swanganz porém evoluiu com fadiga respiratória e posterior parada cardiorespiratória irreversível no 43º dia de internação hospitalar.

Realizou biópsia de lesão cutânea que revelou paniculite lúpica (B-1145/01).

Laudo da Autópsia:**I- Lupus Eritematoso Sistêmico.****A- Paniculite lúpica (B-1145/01).****1- Furúnculos em nádegas.****a- Pielonefrite aguda bilateral.****b- Abscesso subfrênico em hipocôndrio direito.****b.1- Septicemia.****B- Hipertensão pulmonar primária.****1- Lesões enegrecidas em bases pulmonares bilateralmente de aspecto hemorrágico compatíveis com infarto pulmonar.****a- Pulmões diminuídos de volume; o esquerdo pesou 200g e o direito pesou 225g.****C- Pericardite.**

- I- Aderências pericárdicas ao epicárdio com difícil descolamento.
 II- Manobras de Sustentação.
 A- Laringotraqueíte aguda traumática.
 B- Orifícios de punção venosa em membros e região cervical direita.
 III- Ausência cirúrgica de útero e anexos.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Septicemia
 b: Lupus eritematoso sistêmico
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolia pulmonar que não consta no prontuário médico e no atestado de óbito não foi mencionada, portanto há discordância nas 3 análises.

Caso nº03

Idade: 39

Sexo: Masculino

Data do óbito: 09/08/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 39 anos, HIV positivo, com diagnóstico há 6 meses, procurou Pronto Socorro deste serviço no dia 08/08/01 com queixa de hematúria, dispnéia, edema de membros superiores e membros inferiores havia 10 dias. Havia 1 semana piora da dispnéia, tosse com catarro esbranquiçado e febre (manteve febre no último ano). Estava fazendo quimioterapia para tratar Sarcoma de Kaposi, sendo última sessão no dia 14/07/01.

No Pronto Socorro chegou com insuficiência respiratória grave necessitando IOT. Apresentou queda de pressão arterial, seguido de parada cardiorespiratória em assistolia reversível no primeiro momento mas irreversível logo a seguir sendo constatado óbito às 16:40 do dia 09/08/01.

Obs: Referia Tuberculose tratada (?), fazia uso de Efovriz, Estavidina e 3 tomografias computadorizadas por causa do HIV.

Tabagista de 1 maço ao dia durante 20 anos aproximadamente negava etilismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou Cardiopatia.

Laudo da Autópsia:**I- Tuberculose com disseminação miliar.****A- Tuberculose Pulmonar.**

1- Áreas nodulares amareladas extensas de até 6 cms, de diâmetro em parênquima pulmonar bilateral.

a- Insuficiência respiratória grave.

B- Baço aumentado de volume (1.600g).

1- Nodulações amareladas múltiplas.

C- Múltiplas nodulações generalizadas.

1- Peritoneal.

2- Gânglios hilares.

a- Pulmonares.

b- Esplênicos.

c- Peripancreáticos.

II- Sarcoma de Kaposi.

A- Lesões vinhosas raras em pele.

B- Pulmões, direito e esquerdo.

1- Nódulos vinhosos numerosos (0,6 a 1 cms).

III- Arteriosclerose.

A- Coronárias armadas.

IV- Hepatomegalia (3.300g).

Fígado congesto sem modulações.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Tuberculose Pulmonar
 b: Disseminação miliar.
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tuberculose que não consta no prontuário médico, mas consta no atestado de óbito, portanto há discordância entre a história clínica e autópsia e história clínica e atestado de óbito.

Caso nº04

Idade: 40

Sexo: Masculino

Data do óbito: 08/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 40 anos com antecedente de etilismo e tabagismo crônicos, deu entrada no Pronto Socorro com quadro de anasarca há 15 dias. Ao exame físico apresentava ascite, o Rx de tórax revelou cardiomegalia com cefalização de tronco, infiltrado em lobo superior direito pulmonar. Evoluiu na unidade de terapia intensiva com diminuição do nível de consciência, sudorese, pressão arterial inaudível e parada cardiorespiratória não responsivo às manobras indo à óbito.

Lauda da Autópsia:**I- Miocardiopatia dilatada a esclarecer.****A- Trombose em ventrículo esquerdo, ventrículo direito, átrio direito.****1- Tromboembolismo pulmonar.****2- Infarto pulmonar bilateral.****a- Derrame pleural 800ml.****a1- Aderência em pulmão direito.****3- Infarto esplênico.****B- Afilamento de ponto de ventrículo esquerdo com áreas de fibrose.****C- Congestão passiva crônica do fígado.****1- Ascite 2000ml.****2- Anasarca.****II- Etilismo.****A- Esteatose hepática.****B- Gastrite enantematosa com áreas de hemorragia na mucosa gástrica.****III- Manobras de sustentação.****A- Orifício de punção renais central sub claviclar direita.****B- Orifícios de punção renais em membros superiores.****C- Orifícios de punção na região inguinal bilateral.**

Declaração de Óbito:

- PARTE I

a: Infarto pulmonar
b: Tromboembolia pulmonar
c: Trombose em ventrículo esquerdo, ventrículo direito, átrio direito.
d: Miocardiopatia dilatada
- PARTE II

Hepatopatia alcoólica

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☒	☐

No laudo da autópsia consta tromboembolia pulmonar que não consta no prontuário médico, havendo concordância apenas no atestado de óbito com autópsia.

Caso nº05

Idade: 42

Sexo: Feminino

Data do óbito: 14/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 42 anos, em acompanhamento na reumatologia por dermatopolimiosite, em uso de prednisona e azatioprina. Apresenta há 1 semana febre e queda do estado geral. Admitida no Pronto Socorro em iminência de parada cardíaco-respiratória, estabilizada e encaminhada à unidade de terapia intensiva. Evoluiu em parada cardiorespiratória e óbito.

Últimos exames: Hb= 6g/dl; 500 leucócitos; 22.000 plaquetas

Lactato = 90 e bicarbonato < 10.

U= 90 Cr= 1,7 K= 5,4 CPK= 1927* CK-MB= 224*

DHL= 7954 * TGO= 1285* TGP= 330*

TTPA: R > 8 TP= 15%.

Laudo da Autópsia:**I- Dermatopolimiosite (dados clínicos e laboratoriais).**

A- AP- 45-1919-1 - Biópsia de músculo compatível com dermatopolimiosite em atividade.

B- AP- 14-6945-2 - Biópsia de pele compatível com lúpus eritematoso sistêmico ou dermatopolimiosite.

C- Imunossupressão (corticoterapia e azatioprina).

1- Tuberculose miliar.

a- Pulmões congestos, com múltiplos pontos branco-amarelados de 0,2cm de diâmetro, em bronquíolos e parênquima (pulmão direito = 750g e pulmão esquerdo = 730g).

a1- Derrame pleural bilateral.

b- Fígado de 1850g, com múltiplos pontos esbranquiçados de 0,1cm em cápsula principalmente, e em parênquima.

b1 - Coagulopatia (dados clínicos, contribuindo para item d1).

c- Baço de 430g, pouco reativo, com pontilhado esbranquiçado de 0,1cm em cápsula e parênquima.

d- Choque séptico.

d1- Insuficiência renal aguda (dados clínicos).

d1.1- Anasarca

d1.1.1- Ascite

d1.1.2- Edema de membros.

d1.1.3- Derrame pleural.

d2- Congestão hepática e necrose centrolobular.

d3- Gastrite de estresse com úlceras rasas em fundo.

2- Pancitopenia.

- a- Leucopenia (contribuindo para item I.C).
- b- Anemia (dados clínicos, contribuindo para item 1-C-d).
- c- Plaquetopenia (contribuindo para item d1).
 - c1- Equimoses em orifícios de venopunção.
 - c2- Hematoma em fúrcula de 2cm.

3- Hirsutismo.

D- Úlcera circunferencial em ceco, de bordas elevadas, de 5cm de extensão, com perda de estratificação da parede aos cortes. (Neoplasia? Tuberculose?).

1- Hemorragia digestiva - conteúdo sanguinolento de cólon - (contribuindo para item 1-C-2-b).

E- Úlcera em ombro esquerdo de 3cm (isquêmica?).

II- Septos fibrosos em tireóide.

III- Infarto esplênico pequeno.

IV- Lesão nodular endurecida em trompa direita, de 0,9cm.

V- Manobras de sustentação.

A- Úlceras esofágicas rasas.

B- Traqueíte ulcerada.

C- Cistite traumática.

D- Esteatose leve.

Declaração de Óbito:

PARTE I

- a: Tuberculose miliar
- b: Dermatopolimiosite
- c:
- d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tuberculose que não consta no prontuário médico, havendo concordância apenas no atestado de óbito com autópsia.

Caso nº06

Idade: 42

Sexo: Masculino

Data do óbito: 13/01/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 42 anos, deu entrada no Pronto Socorro dia 06/02/01 com história de cefaléia holocraniana há 15 dias, de forte intensidade. Há 4 dias episódio de síncope e há 3 dias episódio de emese pós-cefaléia. Há 1 semana crise tônico-clônica.

Exame neurológico normal.

Imagem: tomografia computadorizada crânio com imagem cística com efeito de massa frontal esquerda realizada craniotomia frontal esquerda dia 08/02/01 para ressecção de lesão.

Congelação: (08/02): Provável glioma de baixo grau com processo inflamatório ou apenas processo inflamatório.

No primeiro pós-operatório apresentou bradicardia instabilidade hemodinâmica e óbito.

Laudo da Autópsia:

I- (AP 46-7277-1) - Oligodendroglioma.

A- Neurocirurgia

- 1- Brecha cirúrgica de 10x10 cm em parênquima cerebral frontal à esquerda. (Encéfalo de 1350g).
 - a- Micro: Áreas de necrose e hemorragia em tecido cerebral, margens livres do tumor.
- 2- Craniotomia frontal.
- 3- Orifício do dreno.
- 4- Pulmões de 300g cada, com áreas de atelectasia.
- 5- Tromboembolismo pulmonar: Áreas de edema, hemorragia e infarto pulmonar, com presença de trombos.
 - a- Arritmia cardíaca pós-operatória (dados clínicos).
 - b- Congestão visceral.
 - b1- Rins congestos (rim esquerdo de 300g e rim direito de 350g).
 - b2- Fígado congesto.
 - b3- Baço congesto (300g).

II- Aterosclerose Moderada.

A- Aorta com placas ateromatosas não complicadas.

B- Coronárias discretamente armadas - sem evidência de obstrução ou infarto (coração de 700g).

C- Arteriolosclerose renal.
 III- Manobras de Sustentação.
 A- Cistite traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Tromboembolismo Pulmonar
 b: Oligodendroglioma
 c:
 d:

PARTE II
 Arritmia cardíaca (dados clínicos)

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico, havendo concordância apenas no atestado de óbito com autópsia.

Caso nº07

Idade: 44

Sexo: Masculino

Data do óbito: 06/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente do sexo masculino, 44 anos, com história de cirurgia há 2 anos para retirada de “cisto sebáceo” (SIC) em axila esquerda que evoluiu com infecções recorrentes do local da incisão cirúrgica tendo sido internado diversas vezes para tratamento. Deu entrada neste hospital há 90 dias com lesão ulcerada em axila esquerda com bordas necróticas e aspecto infectado, com exposição de feixe vascular. Evoluiu com ruptura de artéria axilar e foi submetido a cirurgia de rotação de retalho, que evoluiu no pós-operatório para deiscência e sepse por *Pseudomonas* MR. No 40º dia de internação hospitalar evoluiu com novo episódio de sangramento e coagulopatia, foi transferido para unidade de terapia intensiva onde permaneceu hipotenso e instável hemodinamicamente, culminando com o óbito.

Laudo da Autópsia:**I- Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células do tipo B.**

A- Lesão ulcerada axilar esquerda extensa medindo 15x10cm de bordos elevados amarelados e friáveis com enxerto de músculo peitoral com secreção amarelada em cavo axilar, acompanhando a borda inferior da lesão nota-se incisão cirúrgica recente extensa desde axila esquerda até flanco inferior direito, passando pela linha axila média esquerda, flanco esquerdo e hipogástrico e com deiscência da sutura. A microscopia das bordas da lesão revelaram infiltração linfomatosa em derme e celulite aguda purulenta em organização.

1- Esplenite aguda.

a- Infartos esplênicos.

b- Baços acessórios reacionais.

2- Pleurite aguda e crônica em lobo superior de ambos pulmões com aderências.

a- Derrame pleural bilateral.

3- Septicemia.

a- Linfadenite reacional.

b- Medula óssea reacional.

c- Broncopneumonia focal.

d- Hepatite transinfeciosa.

e- Nefrite intersticial.

- e.1 - ascite volumosa
- f- Dano alveolar difuso.
- g- Congestão polivisceral.
- 4- Lesão ulcerada em coxa esquerda (área doadora de enxerto).
- B- Infiltração linfomatosa em pulmão esquerdo.
- II- Doença pulmonar obstrutiva crônica
 - A- Antracose
 - B- Fibrose pulmonar focal.
 - C- Enfisema subpleural.
- III- Arteriosclerose.
 - A- Aorta.
 - B- Coronárias.
- IV- Hipertensão Arterial Sistêmica.
 - A- Hipertrofia de ventrículo esquerdo.
- V- Manobras de Sustentação.
 - A- Cistite traumática aguda.
 - B- Uretrite traumática aguda.
 - C- Traqueite traumática aguda.
- VI- Ausência cirúrgica de vesícula biliar.

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Septicemia
 - b: Neoplasia maligna indiferenciada
 - c:
 - d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta linfoma não Hodgkin difuso de grandes células do tipo B que não consta no prontuário médico. Há 2 anos feito diagnóstico de cisto cebáceo. Há discondância nos 3 itens.

Caso nº08

Idade: 43

Sexo: Masculino

Data do óbito: 25/09/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 43 anos, paraplégico, internado há longa data (6 meses) por úlcera de pressão que evoluiu para fascíte necrotizante. Submetido a amputação de membro inferior direito. Dificil controle fecal já que não foi derivado trânsito intestinal. Paciente vinha com cuidados clínicos, acamado e submetido a debridamentos seriados. Não fazia uso de medicação anti-trombótica. Apresentou parada cardíaco-respiratória súbita e óbito.

Laudo da Autópsia:

- I- Paraplegia crônica secundária a lesão de medula espinhal por arma branca. (Dados de prontuário).
 - A- Atrofia de musculatura em membro inferior direito.
 - B- Úlcera de pressão crônica em região sacral, com extensão para nádegas e região genital, com necrose de partes moles e infecção secundária.
 - 1- Fascíte necrotizante (Dados clínicos).
 - a- Amputação de membro inferior esquerdo.
 - 2- Embolia séptica pulmonar.
 - a- Hemorragia alveolar focal.
 - b- Congestão e edema pulmonar.
 - c- Congestão centro-lobular hepática.
 - d- Infartos subendocárdicos múltiplos e focais.
 - 3- Amiloidose sistêmica secundária - Hialinização de artérias com deposição de substância amielóide coloração positiva para Vermelho Congo e refringência à luz polarizada.
 - a- Rins Granulosos, pálidos, com atrofia cortical.
 - a1- Acometimento glomerular.
 - b- Coronárias e ramos.
 - c- Vasos esplênicos.
 - d- Vasos hepáticos.
- II- Carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado disseminado, de sítio primário não identificado.
 - A- Linfangite carcinomatosa pleural.
 - 1- Derrame pleural bilateral.
 - a- Pleurite crônica.
 - B- Carcinomatose peritoneal.

1- Infiltração do diafragma, levando a aderências com o fígado e o baço.

2- Ascite volumosa.

III- Arteriosclerose.

A- Aorta.

B- Coronárias.

1- Miocardiosclerose.

C- Nefrosclerose.

IV- Antracose pulmonar e linfonodal.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Insuficiência respiratória

b: Edema pulmonar

c: Fasceíte necrotizante (operado)

d: Paraplegia

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar e câncer de pulmões que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº09

Idade: 47

Sexo: Masculino

Data do óbito: 27/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 47 anos, portador de hepatite B crônica há 8 anos e antecedente de etilismo. Tem antecedente de úlcera duodenal com hemorragia digestiva alta em 1994. Internou no Hospital das Clínicas com quadro de melena e hematêmese de 4 horas de evolução. Fez endoscopia digestiva alta que mostrou varizes esofágicas subcárdicas (esclerosadas) e deformidade bulbar com estenose bulbar devido a cicatriz. Evoluiu com novo episódio de hemorragia digestiva alta e nova endoscopia digestiva alta mostrou varizes de esôfago com sinal de rotura recente (nova escleroterapia). Apresentou queda do nível de consciência (encefalopatia hepática?), internou na unidade de terapia intensiva mas, não houve melhora e evoluiu para óbito.

Lauda da Autópsia:

- I- Cirrose hepática com moderada atividade de origem viral (vírus da hepatite B).
 - A- Fígado diminuído de volume, com macro e micronódulos. Peso= 1100g.
 - B- Hipertensão portal.
 - 1- Trombose da veia porta
 - a- Tromboembolismo pulmonar.
 - 2- Varizes esofagianas.
 - a- Hemorragia digestiva alta.
 - a1- Choque.
 - a1.1- Congestão pulmonar.
 - a1.2- Congestão meníngea.
 - a2- Medula óssea reacional.
 - a3- Múltiplos focos de necrose nos nódulos cirróticos hepáticos (colaborando com patologia do item I.C).
 - b- Escleroterapia.
 - bl- Abscesso em submucosa de esôfago.
 - 3- Baço esclero congestivo.
 - C- Insuficiência hepática.
 - 1- Coagulopatia.
 - a- Múltiplas petéquias em epicárdio.
 - b- Áreas de hematomas em língua.
 - 2- Colestase.
 - a- Icterícia cutâneo mucosa.
 - b- Impregnação biliar em miocárdio.
 - c- Impregnação biliar em parênquima renal.

3- Ascite.

D- Broncopneumonia em lobo inferior com dano alveolar difuso.

II- Alcoolismo crônico (colaborando com o item I).

III- Arterioesclerose.

A- Artérias coronárias.

B- Aorta

C- Artérias cerebrais.

D- Rim vascular.

IV- Úlcera duodenal cicatrizada.

V- Nódulo prostático de 1,0cm de diâmetro.

A- Hiperplasia nodular prostática.

VI- Antracose.

A- Pulmões.

B- Linfonodos mediastinais.

VII- Manobras de sustentação.

A- Traqueíte aguda com áreas de ulceração.

B- Hematoma em musculatura cervical direita.

C- Equimoses em áreas de venopunção.

D- Cistite aguda.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Hemorragia digestiva alta

b: Varizes esofagianas

c: Hipertensão portal

d: Cirrose pelo vírus da hepatite B

PARTE II

Alcoolismo crônico

Trombose de veia porta

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim

Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº10

Idade: 48

Sexo: Feminino

Data do óbito: 30/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 48 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, hipertensão arterial, diabetes mellitus e fibrose pulmonar. Há 2 dias com náuseas, vômitos, dor abdominal difusa e sudorese. À entrada, glicemia de 530mg%, feita hipótese de descompensação diabética. Ainda à entrada, apresentava choque de causa indeterminada que culminou com parada cardíoro-respiratória revertida. Transferida para unidade terapia intensiva, parâmetros hemodinâmicos compatíveis com choque cardiogênico. Apresentou nova parada cardiorespiratória em assistolia e óbito.

Últimos exames: DHL= 2687* CPK= 897* CK-MB=142* TGO= 366* TGP= 142*.

Laudo da Autópsia:**I- Lupus eritematoso sistêmico - Dados clínicos.**

A- Bronquiolite crônica com destruição do parênquima pulmonar adjacente e substituição por fibrose com áreas de reepitelização com formação de cistos. (pulmão direito = 615g e pulmão esquerdo = 425g)

B- Hipertensão pulmonar.

1- Aterosclerose de artéria pulmonar.

2- Microtrombos em circulação pulmonar.

3- Cor pulmonale (800g).

a- Dilatação e hipertrofia de ventrículo direito.

b- Dilatação de átrio direito.

c- Dilatação de ventrículo esquerdo.

cl- Trombose apical de ventrículo esquerdo.

c.1.1- Infarto extenso de ventrículo esquerdo recente.

c.1.1.1- Choque cardiogênico

c.1.1.1.1- Congestão pulmonar

c.1.1.1.2- Edema pulmonar

c.1.1.1.3- Congestão hepática e necrose centrolobular

c.1.1.1.4- Congestão renal

c.1.1.1.5- Ascite

c.1.1.1.6- Derrame pleural

c.1.1.1.7- Congestão meníngea

c.1.1.1.8- Congestão de adrenais.

d- Hepatomegalia (2230g)

C- Corticoterapia (?).

1- Obesidade centripeta.

a- Estrias abdominais e em coxas.

2- Afilamento de adrenais.

3- Medula óssea hipocelular para idade.

4- Esteatose hepática discreta.

II- Arteriosclerose generalizada.

A- Aorta com placas.

B- Aterosclerose coronariana.

1- Miocardiosclerose.

C- Rins vasculares.

1- Nefrosclerose, arteriosclerose e arteriolosclerose, infiltrado linfomononuclear inespecífico.

2- Cisto de retenção à direita.

D- Aterosclerose cerebral.

E- Baço esclero-atrófico.

III- Hipertensão Arterial Sistêmica (colaborando para item 1-B-3-c).

IV- Diabetes Mellitus (contribuindo para item II).

A- Nefropatia diabética: Glomerulosclerose nodular focal.

V- Senilidade.

A- Ovários e tubas uterinas atroficos.

VI- Leiomioma em corpo uterino.

VII- Cistite crônica inespecífica.

VIII- Manobras de sustentação.

A- Equimoses em venopunção.

B- Cistite traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Infarto agudo do miocárdio

b: Cardiopatia dilatada

c: Hipertensão pulmonar

d: Lupus eritematoso sistêmico

PARTE II

Diabetes mellitus

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta bronquiolite que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº11

Idade: 51

Sexo: Feminino

Data do óbito: 01/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 51 anos, submetida a retirada de Glioblastoma multiforme têmporoparietal direita há 4 meses em outro serviço. Há 2 meses com rebaixamento progressivo do nível de consciência e piora de hemiparesia esquerda. Há 8 dias submetida a nova craniotomia por recidiva tumoral, tendo sido retirado parcialmente. Apresentou broncopneumonia e pneumotórax tratados. Óbito no 8º pós-operatório.

AP: 48-1851-2 - Glioblastoma multiforme.

Laudo da Autópsia:**I- Glioblastoma multiforme (AP: 48-1851-2).**

A- Craniotomia fronto-temporal direita.

B- Tromboembolismo pulmonar- Infarto pulmonar hemorrágico em cunha em lobo inferior de pulmão direito.

1- Edema pulmonar.

2- Congestão visceral.

a- Pulmões.

b- Fígado.

bl- Necrose centro-lobular.

c- Rins

d- Baço

3- Focos de esteatonecrose pancreática.

II- Arteriosclerose.

A- Aterosclerose de aorta.

B- Aterosclerose coronariana.

C- Atrofia pancreática.

III- Hipertrofia de ventrículo esquerdo.**IV- Antracose pulmonar e linfonodal.****V- Cisto de retenção renal de 0,5 cm de diâmetro.****Vi- Manobras de sustentação.**

A- Úlcera esofágica em terço superior de 1cm de diâmetro.

B- Traqueíte traumática ulcerada.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Tromboembolismo pulmonar
 b: Glioblastoma multiforme
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tromboembolismo que não consta no prontuário médico, porém há concordância no preenchimento do atestado de óbito e autópsia.

Caso nº12

Idade: 50

Sexo: Feminino

Data do óbito: 06/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 50 anos, foi transplantada em dezembro de 2000 devido insuficiência renal crônica terminal por glomerulopatia crônica. Já possuía 2 transplantes prévios, sendo a 1ª perda por trombose vascular e a 2ª perda (1994) por rejeição vascular. Atualmente o rim transplantado vinha com boa evolução com creatinina em torno de 0,9, quando em 18/05/01 foi trocado a imunossupressão (AZA por MMF) devido quadro de hepatopatia (sorologias virais negativos), evoluiu com piora da função renal (creatinina 1,8), porém com hemograma com 21% de bastões. Foi pulsada com 3 gramas de metil prednisolona, internando no dia 30/05/01 devido quadro de insuficiência respiratória aguda, sendo entubada. Evoluiu com choque refratário e lactato elevado com parada cardio respiratória e óbito.

Exames: lavado broncoalveolar, cultura, pesquisa de fungos e P.carinii negativos.

Laudo da Autópsia:**I- Glomérulopatia crônica.**

A- Dados clínicos de prontuário.

B- Rim direito pesando 50 gramas e esquerdo pesando 40 gramas, com atrofia difusa e substituição gordurosa. Rins terminais com tireoidização de túbulos.

C- Transplante renal.

c.1- Rim transplantado pesando 400 gramas e com aspecto normal macro e microscópico.

c.2- Imunossupressão.

c.2.1- Hepatopatia aguda com necrose centrolobular compatível com toxicidade a droga.

c.2.1.1- Esteatose: Fígado com coloração acastanhada.

c.2.2- Lesão ulcerada de 0,5cm em estômago.

c.2.3- Linfadenite crônica granulomatosa com extensa área de necrose caseosa por micobactéria.

c.2.4- Pneumonite crônica granulomatosa com extensa área de necrose caseosa por micobactéria.

c.2.4.1- Pulmão direito pesando 800g, contendo nódulos puntiformes na pleura e uma área de cavitação de 3,5cm.

c.2.4.2- Pulmão esquerdo pesando 900g, com extensa área esbranquiçada e friável acometendo lobo inferior.

c.2.5- Citomegalovirose pulmonar

c.2.6- Candidíase pulmonar em cavitações

c.2.7- Traqueíte ulcerada por cândida

D- Hipertensão arterial sistêmica.

1- Hipertrofia acentuada de ventrículo esquerdo.

2- Hipertensão pulmonar.

a. Congestão passiva crônica hepática

II- Arterioesclerose.

A- Aterosclerose complicada de aorta e coronárias.

B- Aneurisma em artéria cerebral (tronco).

III- Manobras de sustentação.

1- Traqueíte traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Insuficiência respiratória

b: Pneumonia bilateral

c: Imunossupressão

d: Transplante renal.

PARTE II

Hipertensão arterial

Aterosclerose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tuberculose e infecção por fungos que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises. A causa básica foi a doença inicial “glomerulopatia crônica”.

Caso nº13

Idade: 53

Sexo: Feminino

Data do óbito: 05/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente do sexo feminino, 53 anos, foi admitida no Pronto Socorro em 24/05/01 com queixa de dor torácica há 2 semanas e febre há 8 dias. Tinha história de hipotireoidismo em tratamento com Puran T4 e histerectomia há 6 anos por mioma. Na internação apresentava hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Evoluiu com piora do quadro, com prostração, picos febris e insuficiência respiratória, com início de antibioticoterapia empírica com vancomicina em 04/06. Foi transferida para a unidade de terapia intensiva, mas foi a óbito em 05/06/01.

Laudo da Autópsia:

- I- Doença linfoproliferativa
 - A- Linfonodos aumentados
 - 1- Peripancreáticos
 - 2- Mesentéricos
 - B- Infiltração hepática
 - 1- Insuficiência hepática
 - a- Ascite
 - b- Congestão pulmonar
 - C- Infiltração renal
 - D- Infiltração esplênica
- II- Pólipos em estômago
- III- Cistos em ovários
- IV- Ausência cirúrgica do útero
- V- Medidas de suporte
 - A- Hematoma em locais de venopunção

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Insuficiência hepática
 b: Infiltrado hepático
 c: Doença linfoproliferativa
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
História Clínica x Atestado de Óbito
Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

Na história clínica é relatada hipotireoidismo que não consta no atestado de óbito. Há concordância no atestado de óbito com autópsia.

Caso nº14

Idade: 62

Sexo: Masculino

Data do óbito: 02/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 62 anos, com diagnóstico de cirrose por Vírus B, por álcool e história de tuberculose tratado há 7 anos. Paciente deu entrada neste hospital devido a icterícia, rebaixamento do nível de consciência. Evoluiu com encefalopatia hepática, hipercalemia, insuficiência renal aguda, edema em membro inferior esquerdo. O paciente foi a óbito em 02/03/2001 às 17:50 hs.

Laudo da Autópsia:**I- Adenocarcinoma de pâncreas**

Pâncreas pesando 250g apresentando múltiplos pontos amarelados e massa de linfonodos de coloração castanho-esbranquiçada e endurecido.

A- Metástases hepática

Fígado pesando 3kg apresentando lobo hepático substituído por fibrose e necrose e múltiplos nódulos esbranquiçados em lobo esquerdo sendo o maior de aproximadamente 2,0cm. Observa-se linfonodos adjacentes de coloração esbranquiçada com focos amarelados de necrose.

1- Insuficiência hepática.

a.1- Icterícia (dados clínicos e laboratoriais)

a.1.1- Encefalopatia hepática (dados de prontuário)

B- Metástase pulmonar

Pulmão direito pesando 300g apresentando nódulos subpleurais de coloração acastanhada de até 0,8cm. Pulmão esquerdo: pesando 450 com nódulos subpleurais de até 1,0 cm com retração central superficial e necrose amarelada na região central.

C- Metástase em linfonodos subpleurais e pancreáticos**D- Imunodepressão****1- Broncopneumonia**

a.1- Insuficiência respiratória

E- Trombose em membro inferior esquerdo**II- Manobras de suporte.****A- Cistite traumática.**

Declaração de Óbito:**PARTE I**

a: Metástases subpleurais e em linfonodos

b: Hepatocarcinoma

c: Cirrose hepática por vírus da hepatite B

d:

PARTE II**Comentários:****CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim

Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta adenocarcinoma de pâncreas que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº15

Idade: 68

Sexo: Masculino

Data do óbito: 26/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 68 anos, hipertenso e etilista, procurou Pronto Socorro dia 10/01/2001 com quadro de 20 dias de disúria, polaciúria e edema de membros inferiores, associado a emagrecimento de 15kg. Há 6 meses, tosse produtiva e dispnéia. Constatada Insuficiência Renal Crônica terminal e pneumopatia a esclarecer. Iniciada diálise durante internação.

Evoluiu febril, com hemocultura positiva para *S. epidermidis* e choque séptico. Outros diagnósticos: gastrite erosiva hemorrágica e hipotireoidismo.

Exames: U= 215 e Cr= 14,4 (à entrada).

ANCA (-) Complemento (-) FAN (-).

tomografia computadorizada do tórax: Múltiplos nódulos pulmonares confluentes em roseta, indicando preenchimento alveolar.

USG: Derrame pleural cisural.

tomografia computadorizada do crânio e líquido cefaloraquidiano: normais.

Laudo da Autópsia:**I- Etilismo.****A- Hepatopatia alcoólica.**

1- Esteatose hepática - Fígado de 1815g, amarelado.

2- Cirrose hepática alcoólica - Fígado endurecido com septos.

a- Microscopia: Cirrose hepática caracterizada por septos fibrosos centro-centro e centro-porta, delimitando nódulos. Presença de proliferação biliar e corpúsculos de Mallory. Infiltrado inflamatório crônico inespecífico discreto.

b- Insuficiência hepática

b1- Ascite

bl.1- Serosite esplênica crônica fibrosa.

b2- Derrame pleural bilateral.

b3- Derrame pericárdico.

b4- Hidrocele.

B- Desnutrição.

1- Tuberculose pulmonar.

a- Pulmões com peso de 670g (esquerdo) e 610g (direito), armados, com crepitação diminuída à palpação, com múltiplos nódulos

esbranquiçados coalescentes, de aspecto caseoso, em região pósterobasal bilateralmente.

al- Microscopia: Processo inflamatório crônico específico, caracterizado por múltiplos granulomas, de diversos tamanhos, por vezes confluentes em cavitações, com necrose caseosa central, infiltrado inflamatório linfomonoplasmocitário periférico, células epitelióides e presença de células gigantes multinucleadas. O processo é altamente sugestivo de tuberculose pulmonar. Pesquisa de BAAR negativa.

b- Emagrecimento (15kg em 6 meses- dados clínicos).

c- Sepses.

c1- Esplenite aguda.

c2- Medula óssea reativa.

c3- Gastrite de estresse: pontilhado vinhoso difuso com úlceras rasas de infarto da mucosa.

c3.1- Hemorragia digestiva (dados clínicos).

c4- Congestão pulmonar.

c5- Congestão e necrose centrolobular hepática.

II- Arteriosclerose generalizada complicada. (Contribuindo para item III-2)

1- Aorta com placas ateromatosas calcificadas e ulceradas em porção abdominal.

2- Coronárias com aterosclerose moderada.

a- Miocardiosclerose.

b- Depósito de lipofuscina em fibras miocárdicas.

3- Arteriosclerose cerebral moderada.

a- Atrofia cortical difusa leve (encéfalo de 1170g).

4- Arteriosclerose leve de artérias renais.

5- Infiltração gordurosa do pâncreas (105g).

III- Hipertensão Arterial Sistêmica. (Contribuindo para item II)

1- Espessamento de ventrículo esquerdo (coração de 290g).

2- Rins vasculares.

a- Rins pequenos: 125g (D) e 130g (E), com superfície finamente granulosa, e cicatrizes irregulares, apagamento e afilamento da camada cortical.

al- Microscopia: glomerulosclerose, arteriolosclerose e atrofia tubular renal.

b- Insuficiência renal crônica.

IV- Hiperplasia nodular benigna da próstata.

A- Bexiga de esforço.

V- Senilidade.

A- Aumento da gordura de pelvis renais.

B- Calcificações de granulações aracnoideas em meninges.

VI- A- Tireoidite crônica atrófica.

1- Infiltrado linfomonocitário crônico inespecífico e perda de parênquima glandular normal.

VII- Manobras de sustentação.

- A- Traqueíte aguda fibrino-leucocitária ulcerada.
- B- Cistite traumática.
- C- Orifícios para acesso venoso central.
- D- Equimoses em orifícios de venopunção.
- E- Edema de membros.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Seps
 b: Tuberculose Pulmonar
 c: Cirrose hepática alcoólica
 d:

PARTE II
 Insuficiência renal crônica
 Arteriosclerose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tuberculose pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância do atestado de óbito com autópsia.

Caso nº16

Idade: 69

Sexo: Feminino

Data do óbito: 23/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 69 anos, sexo feminino deu entrada no Pronto Socorro com queixa de dor abdominal há 20 dias, apresentando vômitos, emagrecimento de $\pm 10\text{kg}$ em 01 mês, hipotensão, e descoramento de mucosas. Evoluiu com rebaixamento súbito de consciência e parada cardiorespiratória com padrão eletrocardiográfico de fibrilação ventricular.

Laudo da Autópsia:**I- Arteriosclerose.****A- Coronariana**

1- Infarto do miocárdio antigo em septo interventricular.

a- Coração globalmente aumentado de volume pesando 510g e com afinamento de parede ventricular esquerda em ápice.

a.1- Infarto agudo do miocárdio recente em parede anterior de ventrículo esquerdo com trombose extensa em endocárdio correspondente.

II- Hemorragia digestiva alta.

A- Intestino delgado com mucosa difusamente hiperemiada e conteúdo sanguinolento além de parede intestinal fina facilmente perfurável.

B- Estômago com mucosa intensamente hiperemiada e conteúdo sanguinolento.

1- Descoramento de mucosas conjuntivais e orais.

III- Senilidade.

A- Baço escleroatrófico.

B- Útero atrófico.

IV- Manobras de sustentação.

A- Cistite aguda traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Infarto agudo do miocárdio
 b: Arteriosclerose
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia consta infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há concordância nas 3 análises.

Caso nº17

Idade: 68

Sexo: Masculino

Data do óbito: 08/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 68 anos, previamente hígido, com história de 9-10 meses de protrusão de globo ocular direito e diminuição da acuidade visual e dor em região peri-orbitária direita. Feito diagnóstico de meningeoma de asa de esfenóide direita que foi ressecado. Durante o ato cirúrgico apresentou sangramento volumoso, coagulopatia e plaquetopenia. Manteve-se estável, com débito liquórico pelo nariz.

Em 01/05/01 foi realizada derivação lombar extensa, sendo então, transferido para o instituto de psiquiatria, sem débito nasal. No 9º pós-operatório apresentou pico febril com cianose e tremores e, novamente, débito nasal. Foi introduzido ceftriaxone com discreta melhora. Há 01 dia do óbito o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória súbita, com queda do GCS de 14 para 7. À IOT, saída de secreção sanguinolenta. O paciente apresentava PA inaudível, taquicardia e taquidispnéia, sem reversão do quadro clínico, apesar de manobras adotadas evoluindo para óbito em 08.05.01.

Exames: líquido cefaloraquidiano (07-05-01 pela DLE): 92 células, 25 hemácias; 59% Ly; 32% Neutrófilos; prot 175; glicose 46: Pandy fortemente positivo.

Laudo da Autópsia:**I- Meningioma operado.**

A- Anátomo patológico em análise.

B- Cicatriz cirúrgica em região temporo - frontal direita.

1- Craniotomia.

2- Meninges congestionadas e purulentas.

a- Pneumonia bilateral em fase de hepatização.

b- Sepses.

C- Tromboembolismo em artéria pulmonar direita, ocluindo 80% da luz.

1- Pulmão direito congestionado e congesto, peso 1450g; esperado. 450g.

II- Arteriosclerose.

A- Aorta com placas calcificadas.

B- Coronárias escleróticas.

1- Infarto antigo septal.

C- Rins com superfícies finamente granulosas.

- III- Hemangioma hepático com 1,0cm em lobo quadrado.
 IV- Tiróide (peso 40g). Com nódulos calcificados.
 V- Próstata com áreas esbranquiçadas e pardas, endurecidas.
 A- Metástases sub pleurais.
 VI- Nódulo submucoso em fundo gástrico, 1,5cm.
 VII- Doença diverticular dos cólons.
 VIII- Pólipo séssil de 1,0cm em ceco.
 IX- Manobras de sustentação.
 A- Traqueíte traumática.
 B- Cistite traumática.
 C- Gastrite do stress.
 Nota: SNC guardado para estudo.

Declaração de Óbito:

- PARTE I a: Seps
 b: Pneumonia bilateral
 c: Meningite purulenta
 d: Meningeoma (operado)
- PARTE II
- Tromboembolismo pulmonar

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar e carcinoma de próstata que não constam no prontuário médico. Com relação ao tromboembolismo há concordâncias nas 3 análises mas não em relação à próstata.

Caso nº18

Idade: 68

Sexo: Feminino

Data do óbito: 09/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 68 anos, portadora de miocardiopatia chagásica grave com insuficiência mitral importante em acompanhamento no Instituto do Coração, deu entrada nesse serviço no dia 30/04/01 para investigação de dor abdominal com aparecimento há 04 meses e síndrome consuptiva (emagrecimento de 20 kg nos últimos 4 meses). Havia iniciado tratamento para depressão grave.

No dia 09/05/01 pela manhã teve morte súbita presenciada, com óbito sendo constatado às 08:10 hs.

Exames: - tomografia computadorizada do abdomen: normal

- endoscopia digestiva alta: normal

- programado colonoscopia e enema, os quais não chegou a realizar.

Laudo da Autópsia:**I - Miocardiopatia chagásica.**

A- Dados clínicos e de prontuário.

B- Coração dilatado pesando 600g (V. N. até 360g).

bl- Infarto agudo do miocárdio septal e em parede anterior do ventrículo esquerdo.

C- Fígado com lobulação evidente.

II- Aterosclerose.

A- Lipidose aórtica.

B- Rim com superfície granulosa.

III- Depressão grave.

A- Dados clínicos e de prontuário.

B- Caquexia.

IV- Manobras de sustentação

A- Gastrite de "stress".

B- Traqueíte traumática.

Nota - Mamas, tireóide, útero, ovários, endométrio, colo uterino, intestino delgado, intestino grosso sem tumores.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Infarto agudo do miocárdio
 b: Miocardiopatia chagásica
 c:
 d:

PARTE II
 Depressão grave
 Caquexia

Comentários:

CONCORDÂNCIA

	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☒	☐

No laudo da autópsia está mencionado infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há concordância com atestado de óbito e autópsia.

Caso nº19

Idade: 69

Sexo: Feminino

Data do óbito: 03/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 69 anos com antecedente de hepatopatia por vírus da hepatite C, hemorragia digestiva alta, varizes de esôfago peritonite bacteriana espontânea e Diabetes Mellitus e queda da própria altura há 30 dias.

Deu entrada nesse serviço em 25/02/01 com rebaixamento do nível de consciência. Durante a investigação observou-se hemograma infeccioso, acidose metabólica. A paciente evoluiu com rebaixamento progressivo de consciência e foi a óbito às 04:15 hs de 03/03/2001.

Laudo da Autópsia:**I- Hepatite crônica por vírus C**

A- Dados clínicos e laboratoriais

B- Cirrose hepática

B.1- Hipertensão portal

B.1.1- Varizes de esôfago

B.1.1.1- Hemorragia digestiva alta

B.2- Insuficiência hepática

B.2.1- Distúrbio de coagulação

B.2.1.1- Tromboembolismo pulmonar.

II- Diabetes mellitus

A- Dados clínicos e laboratoriais

B- Pielonefrite aguda

B.1- Broncopneumonia focal.

III- Aterosclerose

A- Coronária

A.1- Miocardioesclerose

A.2- Infarto agudo do miocárdio.

Declaração de Óbito:**PARTE I**

- a: Pielonefrite aguda
 b: hepatocarcinoma
 c: cirrose hepática por vírus da hepatite C
 d:

PARTE II

Diabetes mellitus

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia está mencionado infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº20

Idade: 74

Sexo: Masculino

Data do óbito: 09/04/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente de 74 anos, deu entrada no Pronto Socorro com quadro de rebaixamento do nível de consciência e hipoxemia. Esteve internado recentemente em 2 ocasiões por esse quadro, associado à broncopneumonia. Apresentava à internação 2 resultados de culturas positivas para *M. tuberculosis*, resistente a isoniazida, não tratada. Feita hipótese diagnóstica de doença pulmonar obstrutiva crônica + broncopneumonia, insuficiência vascular periférica, artrite reumatóide, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca direita. No 2º dia de internação, foi transferido para unidade de terapia intensiva com piora do quadro respiratório, elevação das enzimas hepáticas e hiperpotassemia. Fazia uso de RPM, PZA, Etambutol, Etionamida, apresentava alteração do TP, TGO, TGP; Rx tórax com infiltrado alveolar bilateral, traves fibróticas e suspeita de caverna em ápice direito; ultrassonografia de abdome com fígado aumentado de padrão de congestão, Ascite (+ ou - 1 litro); Derrame pleural. Ecocardiograma com sobrecarga de câmaras Direita. Evoluiu com hipotensão e parada cardiorespiratória não responsiva às manobras de ressuscitação.

Laudo da Autópsia:**I- Doença Pulmonar obstrutiva crônica.**

A- Bronquite crônica inespecífica

B- Enfisema panacinar extenso acometendo todos os lóbulos

C- Aderências pleurais bilaterais

D- Broncopneumonia abscedada

1- Consolidação em ambas as bases pulmonares, apresentando abscessos com conteúdo esverdeado, medindo de 1,2 a 2,0cm no maior eixo

2- Derrame pericárdico + ou - 250 ml.

E- Hipertensão pulmonar

1- Aterosclerose em artérias pulmonares

2- Hipertrofia de ventrículo direito

3- CPC de fígado

a. Ascite +ou - 3000ml

F- Tromboembolismo pulmonar

1- Dilatação do cone da pulmonar.

II- Tuberculose pulmonar resistente a INH, não tratada.

- A- Dados de cultura p/BAAR
- B- Áreas de provável reativação do processo em lobo superior direito
- III- Arteriosclerose
 - A- Aorta
 - B- Coronárias
 - C- Cerebrais
 - D- Pulmonares
- IV- Doença diverticular dos cólons
- V- Serosite
 - A- Cápsula hepática
 - B- Cápsula esplênica
- VI- Cicatrizes em superfícies renais bilaterais medindo 0,5cm de extensão a maior.
- VII- Nódulos:
 - A- Supra renal direita, amarelado, medindo 0,5cm de diâmetro
 - B- Tireóide: esbranquiçado, medindo 0,4cm de diâmetro.
 - C- Próstata
- VIII- Manobras de sustentação
 - A- Acesso venoso central, cervical direito.
 - B- Edema +++ em mãos, pés, face, bolsa escrotal
 - C- Equimoses em membros superiores, membros inferiores, tronco
 - D- Hematoma braço direito e esquerdo.
 - E- Bexiga urinária com edema e hemorragia.

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Tromboembolismo pulmonar
 - b: Broncopneumonia
 - c: Doença pulmonar obstrutiva crônica
 - d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

- História Clínica x Autópsia
- História Clínica x Atestado de Óbito
- Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia foi mencionado tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº21

Idade: 71

Sexo: Feminino

Data do óbito: 04/09/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 71 anos, antecedente de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva II/III, realizou em julho de 2001 ressecção de meningeoma de fossa posterior.

Evoluiu no pós-operatório com infecção da ferida cirúrgica e submetida a drenagem cirúrgica em 15/08/01 com retirada de pus. Apresentou boa evolução e foi encaminhada para Hospital de Suzano, onde permaneceu por 8 dias. Re-encaminhada ao Hospital das Clínicas em 02/09/01 por descompensação de insuficiência cardíaca congestiva, broncopneumonia hospitalar e insuficiência renal aguda. Em 03/09/01, evoluiu com piora do padrão respiratório e rebaixamento do nível de consciência, apresentando óbito em 04/09/01.

Laudo da Autópsia:**I- Meningeoma (operado).**

A- Anátomo-patológico nº 48-6440-9.

B- Tromboembolismo pulmonar.

1- infarto hemorrágico pulmonar.

a- Insuficiência respiratória.

C- Broncopneumonia.

1- Choque.

a- Baço esclero-atrófico.

II- Arteriosclerose.

A- Coronárias.

1- Infarto antigo do miocárdio em parede de ventrículo esquerdo de 2,0cm de diâmetro.

a- Insuficiência cardíaca.

B- Aorta.

C- Rim vascular:

1- Superfície externa granulosa.

2- Cistos de retenção.

III- Hipertensão Arterial Sistêmica.**IV- Obesidade (colaborando para patologia do item IB).****V- Cisto paratubário em tuba uterina esquerda medindo 0,5cm de diâmetro.****VI- Leiomioma intramural uterino medindo 2,0cm de diâmetro.**

VII- Pólipo endocervical (3,0cm no maior eixo).

A- Biópsia nº 46-6927-4.

VIII- Antracose.

A- Pulmões.

B- Linfonodos mediastinais.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Insuficiência respiratória

b: Infarto hemorrágico pulmonar

c: Tromboembolismo pulmonar

d: Meningeoma (operado)

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia foi mencionado tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº22

Idade: 78

Sexo: Masculino

Data do óbito: 03/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 78 anos, portador de cirrose hepática pelo VHC, esquistossomose e estenose aórtica. Há 2 semanas com aumento do volume abdominal, confusão mental e alteração do ciclo vigília-sono. Na ocasião, diagnosticada peritonite bacteriana espontânea (PBE). Há 1 dia com instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória. Evoluiu para choque irreversível e parada cardíaco-respiratória.

Laudo da Autópsia:

- I- Arterioscleose generalizada complicada.
 - A- Aorta com intensa aterosclerose com placas ulceradas.
 - B- Artéria mesentérica superior
 - 1- Trombose de artéria mesentérica.
 - a- Infarto hemorrágico agudo intestinal em 50cm de jejuno
 - al- Hemorragia na luz do intestino delgado necrótico
 - al.1- Choque hipovolêmico.
 - al.1.1- Necrose de supra-renais bilateralmente.
 - al.1.1.2- Dano alveolar difuso
 - al.1.1.3- Necrose tubular aguda
 - a2- Broncopneumonia recente com edema pulmonar em lobo inferior direito.
 - a3- Baço reacional
 - C- Estenose aórtica- Calcificação de valva.
 - D- Rins vasculares
 - 1- Cisto de retenção
 - E- Aterosclerose coronariana leve.
 - F- Infiltração gordurosa de pâncreas.
- II- Cirrose hepática ativa pelo vírus da hepatite C
 - A- Hipertensão portal
 - 1- Aumento do calibre de veia esplênica.
 - 2- Baço esclero-congestivo - 800g.
 - B- Varizes de esôfago
 - C- Insuficiência hepática
 - 1- Ascite sero-hemorrágica (4000 ml).
 - D- Broncopneumonias de repetição

- I- Pleurite crônica fibrosante à direita.
- III- Diabetes Mellitus (História).
- IV- Hipertensão Arterial Sistêmica (História)
- A- Hipertrofia de ventrículo esquerdo.
- V- Esquistossomose
- A- Dados clínicos
- VI- Tuberculose.
- A- Linfadenite granulomatosa com células gigantes e hialinização em linfonodo de hilo pulmonar.
- B- Granulomas isolados em intestino, fígado e pulmão (Pesquisa de BAAR negativa).

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Trombose de artéria mesentérica
- b: Aterosclerose generalizada
- c:
- d:
- PARTE II
- Cirrose Hepática pelo Vírus da Hepatite C
- Esquistossomose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta trombose mesentérica que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº23

Idade: 90

Sexo: Feminino

Data do óbito: 28/07/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 90 anos, com antecedentes de demência, fratura de colo de fêmur consolidada há 6 meses e trombose venosa profunda há 30 dias da admissão. Apresentava também confusão mental e fibrilação atrial com sopros. Foi submetida a anticoagulação e tratamento para broncopneumonia. Evoluiu com insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória progressiva e óbito.

Laudo da Autópsia:**I- Arteriosclerose generalizada.****A- Cerebrais com placas.**

1- Atrofia cortical difusa (encéfalo de 1120g).

a- Dilatação ventricular moderada.

B- Coronárias com placas.

1- Miocardiosclerose.

2- Infarto antigo em ápice cardíaco com afilamento de ponta (Aguardar laudo final).

3- Aterosclerose de aorta.

4- Aterosclerose grau de artéria esplênica.

a- Esclerose esplênica.

b- Infartos antigos de até 1cm de diâmetro em baço.

5- Rins vasculares (100g cada).

a- Cistos de retenção de 1,5cm de diâmetro à esquerda.

b- Aumento de gordura em pelvis renais.

6- Espessamento de endocárdio.

II- Hipertensão Arterial Sistêmica (contribuindo para item I).**A- Hipertrofia de parede de ventrículo esquerdo.****B- Cardiopatia dilatada (coração de 680g).**

1- Congestão e edema pulmonar.

a- Broncopneumonia em pulmão direito (670g).

al- Septicemia.

al.1- Esplenite aguda (280g).

al.2- Congestão visceral.

2- Derrame pleural.

a- Colapamento de pulmão esquerdo (250g).

3- Ascite.

4- Fibrilação atrial (dados clínicos) - Contribuindo para item II-B-1.

5- Congestão passiva crônica do fígado (1500g).

6- Edema de membros.

III- Antracose pulmonar e linfonodal.

IV- Cisto em pâncreas de 1,5cm de diâmetro.

V- Cicatriz de laparotomia antiga.

A- Ausência cirúrgica de útero e ovários.

VI- Cicatriz em coxa esquerda de 10cm antiga.

VII- Manobras de sustentação.

A- Punção venosa cervical esquerda.

B- Venopunções.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Broncopneumonia

b:

c:

d:

PARTE II

Cardiopatía dilatada

Arteriosclerose generalizada

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia foi mencionado infarto antigo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº24

Idade: 19

Sexo: Masculino

Data do óbito: 09/08/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 19 anos, procurou este serviço em 20/07/01, por quadro de descompensação respiratória importante. Relatava que era doente desde a infância com episódio de pneumonia aos 3 meses de idade com internação prolongada na época: 1 ano. Desde então segundo a mãe, faziam visitas frequentes ao Pronto Socorro e Hospitais para internação por problemas respiratórios. Relatava ainda que sempre teve: tosse produtiva com expectoração, chiado e dispnéia. Referia que há uns 3-4 meses vinha apresentando descompensação respiratória progressiva. Durante internação evoluiu com piora do quadro com diagnóstico de: Pneumonia crônica a/e bronquiectasias; cor pulmonale severo; derrame pericárdico volumoso. Aventada hipótese de tuberculose pulmonar, esta foi excluída por vários escarros negativos. À tomografia computadorizada ainda apresentava redução volumétrica de pulmão direito, desvio de estruturas mediastinais para direita, (dextrocardia) e opacidades em vidro despolido em lobos superiores e lobo inferior esquerdo e derrame pleural bilateral. Em 30/07 fez drenagem pericárdica cirúrgica a céu aberto e biópsia de pericárdio, indo após para unidade de terapia intensiva. Na unidade de terapia intensiva permaneceu em estado grave com dreno pericárdico por 11 dias culminando com sangramento volumoso ao redor do dreno e choque hipovolêmico com evolução para óbito constatado às 20:30 do dia 09/08/01.

Laudo da Autópsia:**I- Doença Pulmonar Intersticial Crônica.****A- Dados de prontuário.**

- 1- Pneumopatia crônica a/e.
- 2- Bronquiectasias.
- 3- Cor pulmonale severo.
- 4- Derrame pericárdico volumoso.
 - a- Drenagem pericárdica cirúrgica a céu aberto.
 - b- Biópsia de pericárdio.
 - c- Dreno pericárdico.
 - c.1- Sangramento ao redor do dreno.
 - c.1.1- Choque hipovolêmico.

B- Macro.

- 1- Coração sem malformações estruturais.
- 2- Cor pulmonale.
 - a- Hipertrofia de ventrículo direito
- 3- Trombo-embolo em ramo D de A. Pulmonar.
- C- Caquexia.
- D- Dedos de mãos e pés em “vidro de relógio”.
- E- Pulmão direito colabado.
- F- Pulmão esquerdo congesto com algumas áreas externas claras.
- G- Fígado e baço congestos.
- H- Cérebro edemaciado.
- II- Manobras de Sustentação.
 - A- Venopunções de membros superiores.
 - B- Traqueíte traumática.
 - C- Dreno torácico pericárdico.

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Cor pulmonale grave
 - b: Doença pulmonar intersticial crônica
 - c:
 - d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia foi mencionado tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº25

Idade: 33

Sexo: Feminino

Data do óbito: 23/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente do sexo feminino, 33 anos, encaminhada do ANCA com queixa de tosse, dispnéia e febre há 6 dias, queda do estado geral e há 1 dia escarro hemoptóico. Internou com diagnósticos de síndrome da imunodeficiência adquirida (há 4 anos, em tratamento), infiltrado pulmonar, tosse com escarros hemoptóicos e febre (broncopneumonia, tuberculose ou pneumocistose interrogados). Foi transferida para a unidade de terapia intensiva em 20/06/01 por piora do quadro respiratório. Arteriografia de 22/06 mostrava embolia em ramo de artéria pulmonar esquerda. No mesmo dia, após o exame, a paciente iniciou com hemoptise de início abrupto com choque hipovolêmico, com óbito em 23/06/01 às 01:00h.

Laudo da Autópsia:**I- Bronquiectasias****A- Infecções pulmonares recorrentes****1- Broncopneumonia em ambos os pulmões****a- Abscesso em pulmão direito****a.1- Choque séptico****a.1.1 - Necrose tubular aguda****a.1.2 - Fígado congesto****II- Síndrome da imunodeficiência adquirida (dados do prontuário contribuindo com item I.A)****III- Nódulo em linha média em pelve à esclarecer - tumor encapsulado, não aderido, medindo aproximadamente 4x4 cm com cisto com substância esbranquiçada e presença de fios de cabelo dentro do cisto****IV- Medidas de suporte****A- Petéquias em mucosa de bexiga****B- Traqueíte aguda traumática**

Declaração de Óbito:

- PARTE I

a: Choque séptico
b: Abscesso em pulmão esquerdo
c: Broncopneumonia
d:
- PARTE II

Síndrome da imunodeficiência adquirida

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia foi mencionado teratoma que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº26

Idade: 36

Sexo: Feminino

Data do óbito: 14/10/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente com diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida há 2 meses (CD4=6), em tratamento para tuberculose pulmonar e laringea. Há 1 semana da internação, piora respiratória, sendo internada neste serviço. Introduzido esquema 1, Bactrin ataque e antibiótico. Evoluiu com pneumotórax à esquerda drenado. Hoje, novo episódio de dessaturação e pneumotórax à direita evoluindo para parada cardiorespiratória.

Não tem diagnóstico do quadro respiratório, pois aguardava biópsia a céu aberto.

Laudo da Autópsia:**I- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.**

A- Dados clínicos e laboratoriais.

B- Tuberculose laringea (?) - Úlcera circular em terço inferior da traquéia - Aguardar laudo final.

1 - Linfonodos mediastinais e peripulmonares aumentados (Aguardar laudo final).

C- Broncopneumonia bilateral extensa. Pulmões pesados, armados e friáveis, com secreção purulenta.

1- Pneumotórax bilateral drenado (dados clínicos).

a- Cicatriz de dreno de tórax à esquerda em segundo espaço intercostal, linha hemiclavicular.

b- Cicatriz de dreno de tórax à direita, lateral.

2- Sepsis.

a- Congestão visceral.

b- Esplenomegalia - Baço não reativo (Aguardar laudo final).

c- Necrose tubular aguda bilateral.

d- Gastrite de estresse com úlcera rasa de 0,5cm em grande curvatura, no corpo.

D- Trombose pélvica extensa.

1- útero de volume pouco aumentado, congesto.

2- Tromboembolismo pulmonar em base de pulmão esquerdo, com hemorragia alveolar.

a- Hepatomegalia - Fígado congesto.

E- Miocárdio atrofico.

II- Antracose pulmonar e linfonodal.

III- Cicatriz de laparotomia antiga.

IV- Manobras de sustentação.

A- Venopunções.

B- Laringite traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Insuficiência respiratória

b: Broncopneumonia

c: SIDA

d:

PARTE II

Tromboembolismo pulmonar

Tuberculose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia foi mencionado tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº27

Idade: 46

Sexo: Feminino

Data do óbito: 29/11/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente internada no Pronto Socorro com quadro de cirrose hepática por Vírus C (Child C) na fila para transplante hepático, com história de 2 meses de confusão mental, tosse seca, aumento do volume abdominal não responsivo a diuréticos e necessitando paracenteses semanais. Procurou Pronto Socorro devido história de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas há 2 dias, sem distúrbios hidroeletrólíticos e com tomografia computadorizada de crânio e líquor normais. Paciente evoluiu com encefalopatia grave, hipotensão e choque, sendo necessário drogas vasoativas. Apresentou parada cardiorespiratória em assistolia dia 29/11/01 às 8:45 hs.

Laudo da Autópsia:

I- Cirrose hepática pelo vírus C.

A- Insuficiência hepática.

1- Ascite.

2- Derrame pleural.

3- Petéquias disseminadas.

4- Encefalopatia hepática (dados clínicos).

a- Convulsão (dados clínicos).

B- Hipertensão Portal.

1- Esplenomegalia.

2- Varizes esofageanas.

C- Foco de hepatocarcinoma (?).

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Insuficiência hepática
 b: Cirrose hepática
 c: Hepatite pelo vírus C
 d:

PARTE II

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia foi mencionado hepatocarcinoma que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº28

Idade: 50

Sexo: Masculino

Data do óbito: 13/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 50 anos, há 3 meses com história de confusão mental e emagrecimento de 16Kg no período. Exames de imagem revelaram múltiplas lesões expansivas secundárias cerebrais, sendo uma de grandes proporções. Dia 09/02 foi submetido a craniotomia para retirada da lesão maior, e exame de congelação revelou Adenocarcinoma metastático. No 1º pós-operatório evoluiu com súbita anisocoria e rebaixamento do nível de consciência. Nesta ocasião, tomografia computadorizada revelou edema difuso. Nova abordagem cirúrgica dia 10/02/01 para DVE, sem sucesso.

Evoluiu em Glasgow 3, pupilas miofixas e instabilidade hemodinâmica. Antecedentes pessoais: tabagista.

Exames HIV (-).

Lauda da Autópsia:

I- Adenocarcinoma de padrão bronquioloalveolar de pulmão - tumor de 2,5cm de diâmetro, perolado, consistência firme, com áreas de necrose em região subpleural em lobo inferior de pulmão esquerdo.

A- Microscopia: Neoplasia maligna sólida, constituída na maior parte por células bem diferenciadas, que apresentam pleomorfismo nuclear, cromatina frouxa, e crescimento por atapeloamento de estruturas alveolares. Áreas de necrose tumoral.

B- Pleurite crônica e aderências locais.

C- Metástases cerebrais - nódulos disseminados de 0,1 a 0,5cm de diâmetro.

1- Neurocirurgia - craniotomia para retirada de metástase maior.

a- Edema cerebral.

al- Derivação ventricular externa - orifício de trepanação frontal à esquerda.

a2- Tromboembolismo pulmonar.

a2.1- Congestão visceral em:

a2.1.1- Rins

a2.1.2- Baço

a2.1.3- Fígado

a2.2- Hemorragia alveolar.

a2.3- Edema pulmonar.

D- Broncopneumonia focal terminal.

- E- Medula óssea hipocelular para idade.
- II- Arterioesclerose generalizada complicada.
- A- Aorta com placas calcificadas.
- B- Coronárias armadas.
- C- Atrofia pancreática leve.
- D- Glomerulosclerose.
- III- Tabagismo
- A- Metaplasia escamosa em traquéia.
- B- Displasia epitelial brônquica.
- IV- Hiperplasia nodular estromal da próstata.
- V- Fibrose periportal e esteatose grau I.
- VI- Manobras de sustentação.
- A- Discreta hemorragia em músculo esternocleidomastóide.
- B- Traqueíte moderada.
- C- Equimoses em mucosa gástrica por sonda.
- D- Cistite traumática.

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Tromboembolismo pulmonar
- b: Edema cerebral
- c: Metástases cerebrais (operado)
- d: Adenocarcinoma de padrão bronquioloalveolar
- PARTE II
- Arteriosclerose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

O paciente submeteu-se a uma craniotomia sem diagnóstico do tumor de pulmão. Não consta também no prontuário o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Há concordância entre atestado de óbito e autópsia.

Caso nº29

Idade: 50

Sexo: Masculino

Data do óbito: 08/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente do sexo masculino, 50 anos, internou em 04/05/01 com queixa de confusão mental, tosse há 6 meses e sudorese noturna. Internou com diagnósticos de hepatosplenomegalia febril à esclarecer, tosse e febre há 6 meses à esclarecer, sopro em foco mitral, derrame pleural à direita à esclarecer e confusão mental à esclarecer. Em 07/06/01 diagnosticou-se HIV+. Apresentou quadro de hemorragia digestiva alta em 07/05/01. Foi a óbito em 08/05/01 às 08:00h.

Laudo da Autópsia:**I- AIDS**

A - Tuberculose miliar - presença de granulomas com a identificação de bacilos álcool-ácido resistentes através do método de coloração Ziehl-Neelsen.

1- Lesões em baço

2- Lesões em mesentério

3- Lesões em fígado

4- Peritonite aguda

a- Ascite

a.1- Exudato fibrinoso

a.1.1- Fígado

a.1.2- Baço

a.1.3- Mesentério

B- Úlceras gástrica e colônica isquêmicas

C- Hepatite crônica ativa

D- Broncopneumonia

1- Hemorragia e congestão pulmonar

II- Arteriosclerose

A- Aterosclerose leve em aorta

Declaração de Óbito:

- PARTE I

a: Insuficiência hepática aguda
b: Peritonite aguda
c: Hepatite aguda
d:
- PARTE II

Síndrome de imunodeficiência adquirida
Tuberculose

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia		X
História Clínica x Atestado de Óbito		X
Atestado de Óbito x Autópsia	X	

No laudo da autópsia consta tuberculose pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº30

Idade: 56

Sexo: Masculino

Data do óbito: 21/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente 56 anos, etilista, com antecedente de insuficiência hepática deu entrada no Pronto Socorro em 16/02/2001 com rebaixamento do nível de consciência e epistaxe. Durante a internação evoluiu com insuficiência renal aguda, coagulopatia, hemorragia digestiva alta, alteração do nível de consciência. Em 18/02/2001 observou-se no raio X de tórax infiltrado reticulonodular bilateral. Em 20/02/2001 apresentou novo episódio de hemorragia digestiva alta foi submetido a endoscopia digestiva alta onde foi observado varizes esofágicas e foi realizado escleroterapia. Evoluiu com hipotensão e posterior choque. O óbito foi constatado às 8:30hs do dia 21/02/2001.

Laudo da Autópsia:**I- Alcoolismo crônico.****A- Cirrose hepática**

Fígado - pesando 1190g, de volume diminuído, lesão característica de cirrose micronodular, múltiplos nódulos pardo claro de aspectos diferentes, áreas de necrose.

Observa-se à microscopia, arquitetura lobular alterada caracterizada pela formação de nódulos, que são delimitados por tecido fibroso porta a porta, porta a centro, áreas de esteatose.

1- Hipertensão portal.

a- Esplenomegalia - Baço pesando 765g. Volume aumentado e de aspecto congesto.

2- Varizes esofágicas sangrantes.

a- Hemorragia digestiva alta.

al- Hipotensão postural.

a.1.1- Choque.

a.1.1.1- Dano alveolar difuso

a.1.1.2- Edema pulmonar

3- Coagulopatia, corroborando com item 2**B- Broncopneumonia bilateral.**

Pulmões: Pulmão esquerdo pesando 1005g, Pulmão direito pesando 1235g, apresentando serosite aguda discreta, antracose, enfisema subpleural. A microscopia observa-se material eosinofílico na luz brônquica contendo células inflamatórias, áreas de congestão, edema, dano alveolar difuso e células inflamatórias como neutrófilos no espaço alveolar.

II- Carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, grau I de pâncreas.

A- metástase para linfonodos peripancreáticos.

III- Adenocarcinoma de próstata grau 9 (5+4) de Gleason.

A- Hidronefrose bilateral.

IV- Manobras de sustentação.

A- Laringotraqueíte aguda ulcerada.

B- Esofagite aguda ulcerada, perda do epitélio com presença de fibrina, infiltrado inflamatório e congestão.

Aspecto macroscópico.

Rim direito pesando 190g , apresentando superfície finamente granulosa, lobulação fetal, congestão e dilatação da pelve renal .

Rim esquerdo pesando 190g, apresentando superfície finamente granulosa, lobulação fetal congestão e dilatação da pelve renal.

Pâncreas - 430g, consistência firme.

Esôfago - úlcera distal em área de esclerose de varizes.

Estômago - gastrite crônica.

Intestino delgado - presença de sangue no lúmen.

Intestino grosso - presença de sangue no lúmen.

Bexiga - apresentando edema e pontos hemorrágicos.

Linfonodo periaórtico - Volume aumentado, infiltrado por neoplasia com características de neoplasia epitelial com diferenciação neuroendócrina.

Coração pesando 430g, apresentando volume aumentado, dilatação global, hipertrofia do ventrículo esquerdo, coronárias armadas.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Hemorragia digestiva alta
b: Hipertensão portal
c: Cirrose hepática
d: Alcoolismo crônico

PARTE II

Broncopneumonia bilateral
Hidronefrose bilateral

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta neoplasia de pâncreas e de próstata que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº31

Idade: 58

Sexo: Masculino

Data do óbito: 25/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 58 anos, foi submetido a correção de aneurisma de aorta tóraco-abdominal tipo IV roto, foi na transperitoneal com enxerto aorto-aortico de Dacron 18 no dia 21/05/01. Evoluiu com choque cardiogênico em seguida misto (cardiogênico + séptico), com instabilidade hemodinâmica e insuficiência de múltiplos órgãos, sendo constatado óbito no dia 25/05/01 às 3:30 h.

Laudo da Autópsia:**I- Arterioesclerose grave generalizada.****A- Aorta contendo placas ulceradas em toda sua extensão.****a.1- Aneurisma de aorta toraco-abdominal operado.****a.1.1- Dados clínicos e de prontuário.****a.1.2- Presença de incisão cirúrgica xifopúbica suturada.****a.1.3- Presença de prótese em aorta infra-renal.****a.1.4- Presença de hematoma periaórtico extenso, peri-renal a esquerda e retrohepático.****a.1.4.1- Choque hipovolêmico.****a.1.4.1.1- Fígado de choque com congestão em área centrolobular.****a.1.4.1.2- Pâncreas com hematoma e área de esteatonecrose.****B- Coronárias com placas.****b.1- Infartos antigos e recentes em miocárdio de ventrículo esquerdo e septo.****C- Pontes de safena com placas.****c.1- Presença de cicatrizes em áreas de veias safenas magnas de ambos os membros inferiores.****D- Artérias renais com placas.****d.1- Áreas de infartos corticais em rim esquerdo.****d.2- Rins com superfícies granulosas.****E- Congestão visceral generalizada.****1- Congestão meníngea.****2- Congestão em lobos inferiores de pulmões direito e esquerdo.****3- Baço congesto.****4- Supra renais com medulares vinhosas.****5- Próstata com áreas vinhosas.**

II- Manobras de Sustentação.

- 1- Cistite traumática com edema e hemorragia.
- 2- Laringotraqueíte aguda com ulceração e pontos hemorrágicos.
- 3- Gastrite aguda de "stress".

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Choque hipovolêmico
 b: Hematoma retroperitoneal
 c: Aneurisma de aorta (operado).
 d: Arterioesclerose generalizada.

PARTE II

Infarto antigo do miocárdio
 Congestão visceral generalizada

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. O choque séptico relatado na história clínica não consta no laudo de autópsia.

Caso nº32

Idade: 61

Sexo: Feminino

Data do óbito: 16/10/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 61 anos, obesa, em 13º pós-operatório de hernioplastia epigástrica com tela, por encarceramento. Retornou ao Pronto Socorro por coleção purulenta sobre a tela e meningite (*S.aureus* multirresistente). Apresentou hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*. Choque séptico apesar de terapia com Vancomicina. Também houve agudização da insuficiência renal crônica, necessitando de diálise. Tomografia de abdome demonstrou microabscessos esplênicos. Suspeitou-se de endocardite, mas não foi confirmada.

Laudo da Autópsia:**I- Obesidade.****A- Hérnia epigástrica operada.**

1- Cicatriz de laparotomia recente de 20cm, com abertura de pontos e secreção purulenta em subcutâneo.

2- Infecção de tela de material sintético (dados clínicos).

a- Endocardite bacteriana - acometimento de valvas tricúspide e mitral.

al- Miocardite purulenta com abscessos.

a2- Infarto séptico renal à direita. Presença de pus em região cortical preenchendo cápsula renal.

a3- Microabscessos renais à esquerda.

a4- Infarto hemorrágico em lobo temporal esquerdo.

a4.1- Meningite (dados clínicos).

a5- Múltiplos infartos sépticos esplênicos.

a5.1- Serosite purulenta.

a5.2- Esplenite aguda.

b- Choque séptico.

b1- Tromboembolismo pulmonar à direita (Pulmão direito= 700g).

b2- Gastrite de estresse com úlceras rasas.

b3- Congestão visceral.

b4- Focos de hemorragia e esteatonecrose em pâncreas.

b5- Hemorragia endometrial.

B- Esteatose hepática (fígado de 2750g).

C- Colecistite crônica calculosa (cálculo misto único de 2cm x 1cm x 1cm).

D- Estrias abdominais.

II- Hipertensão Arterial Sistêmica.

- A- Hipertrofia de ventrículo esquerdo (550g).
 1- Dilatação difusa de câmaras cardíacas.
 a- Congestão e edema pulmonar.
 B- Nefroesclerose (Rins de 150g cada).
 III- Arterioesclerose generalizada.
 A- Aorta com placas.
 B- Coronárias armadas.
 C- Cerebrais com placas.
 IV- Bócio multinodular. Tireóide aumentada com nódulos de até 1,5cm de diâmetro com conteúdo colóide.
 V- Antracose pulmonar e linfonodal.
 VI- Gastrite crônica (aspecto mamelonado da mucosa).
 VII- Onicomiose em hálux direito e esquerdo.
 VIII- Cicatriz de pielonefrite crônica.
 IX- Manobras de sustentação.
 A- Traqueíte aguda ulcerada necrotizante.
 B- Cistite traumática.
 C- Venopunção centrais subclávias bilateralmente.
 D- Venopunções periféricas.
 E- Cicatriz de laparotomia antiga.
 Nota: Pesos dos órgãos: Coração 550g; Pulmão direito 700g; Pulmão esquerdo 550g; Baço 300g; Pâncreas 150g; Rins 150g cada; Fígado 2750g.

Declaração de Óbito:

- PARTE I a: Choque séptico
 b: Endocardite bacteriana
 c: Hérnia epigástrica (op).
 d: obesidade

PARTE II

Insuficiência renal crônica

Comentários:

CONCORDÂNCIA

- História Clínica x Autópsia
 História Clínica x Atestado de Óbito
 Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº33

Idade: 61

Sexo: Feminino

Data do óbito: 10/09/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente com história de neoplasia renal avançada, sem diagnóstico histopatológico, em investigação na urologia, deu entrada neste serviço em choque refratário e evoluiu com falência de múltiplos órgãos.

O óbito foi constatado às 18:15hs do dia 10/09/2001.

Laudo da Autópsia:

- I- Adenocarcinoma de pâncreas.
 - A- Múltiplas metástases.
 - 1- fígado
 - 2- baço
 - 3- cápsula renal
 - B- Imunodepressão.
 - 1- Endocardite infecciosa.
 - a.1- Septicemia.
 - a.1.1- Pulmão de choque.
 - a.1.2- Distúrbio da coagulação.
 - a.1.2.1- Hemorragia digestiva baixa.
 - C- Tromboembolismo pulmonar.
- I- Manobras de suporte.
 - A- Venopunção.
 - B- Punção venosa profunda.

Declaração de Óbito:

- PARTE I

a: Septicemia
b: Endocardite infecciosa
c: Múltiplas metástases
d: Adenocarcinoma de pâncreas
- PARTE II

Ateriosclerose
Hemorragia digestiva baixa

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia consta neoplasia de pâncreas e não renal como verificado na história clínica. Há presença também de tromboembolismo no laudo de autópsia. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº34

Idade: 66

Sexo: Masculino

Data do óbito: 19/04/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 66 anos, internado por quadro de dor em flanco há 1 mês, febre diária de até 40°C, emagrecimento de 5kg e anorexia. À investigação, nódulo hepático com áreas de necrose em lobo direito, cuja biópsia revelou hepatocarcinoma. Submetido a cirurgia há 30 dias, que confirmou massa em lobo hepático direito e implante neoplásico em diafragma. Realizado hepatectomia direita e ressecção de implante diafragmático. Utilizados drenos abdominais e de tórax. Evoluiu no pós-operatório com insuficiência hepática, insuficiência renal, encefalopatia hepática, broncopneumonia, sepse, coagulação intravascular disseminada e óbito.

Últimos exames: 18/04/01 - Leucócitos = 25,4 mil com desvio até metamielócito.

Plaquetas = 109 mil.

Glicemia = 9 mg% K=6,7 Uréia= 281 Creat= 7,3.

TTPA-R = 3,21 TP-INR = 3,3 BT = 26,1 BD = 23,1 BI = 3,0 pH arterial = 6,893

lactato = 82.

Ap: 47-2379-1 - Hepatocarcinoma Grau IV de Edmondson-steiner.

- Invasão vascular de pseudo-cápsula.
- Tecido hepático não - neoplásico com alterações secundárias na periferia da lesão.
- Infiltração por carcinoma hepatocelular anaplásico em diafragma.

AP: 46-8120-7 - Biópsia hepática - Carcinoma pouco diferenciado no fígado de padrão hepatocelular.

Laudo da Autópsia:

I- Hepatocarcinoma Grau IV de Edmondson-Steiner. (AP: 47-2379-1)

A- Hepatectomia direita.

- 1- Necrose hepática maciça. Tecido hepático remanescente de 1790g, constituído por lobo esquerdo e parte do lobo direito, de cor amarela, friável e amolecido por necrose tecidual.

a- Insuficiência hepática.

al- Impregnação biliar visceral.

- a1.1- Nefrose colêmica.
 - a2- Coagulopatia (contribuindo para itens VIII - C e D).
 - a2.1- Petéquias em tronco.
 - a3- Anasarca.
 - a3.1 - Ascite.
 - a3.1.1- Serosite esplênica.
 - a3.2 - Derrame pleural bilateral.
 - a3.2.1- Pleurite crônica bilateralmente.
 - a3.3- Edema de membros.
 - a3.4- Edema genital.
 - a3.5- Derrame pericárdico.
 - 2- Bloqueio e aderência de leito cirúrgico por alças intestinais.
 - a- Aderência peri-renal com fibrose cicatricial e células gigantes tipo corpo estranho.
 - 3- Coleção biliar pericoledociana com restos necróticos.
 - a- Sepses.
 - al - Necrose tubular aguda (Rins de 165g cada).
 - a1.1- Insuficiência renal.
 - a2- Congestão esplênica (Baço de 400g).
 - a3- Congestão encefálica (Encéfalo de 1215g).
 - a4- Dano alveolar difuso (Pulmão direito de 1255g, e pulmão esquerdo de 1080g).
 - a4.1- Broncopneumonia focal terminal.
 - a4.2- Focos de hemorragia alveolar.
 - a5- Medula óssea reacional, hiper celular às custas de série granulocítica.
 - 4- Cicatriz abdominal recente, subcostal direita com extensão subesternal.
 - 5- Orifício de dreno abdominal em fossa ilíaca direita.
 - 6- Orifício de dreno abdominal supra-umbilical.
 - 7- Orifício de dreno de tórax à direita.
 - B- Metástases para :
 - 1- Diafragma (AP:47-2379-1).
 - a. Pleurite fibrinosa pós-cirurgia em organização: Pontilhado branco-amarelado de 1mm de diâmetro em pleura.
 - C- Linfonodo com área cicatricial com necrose caseosa central e reação histiocitária leve, sugestiva de reativação de tuberculose. Pesquisa de BAAR por métodos histoquímicos resultou negativa.
- II- Hipertensão arterial sistêmica.
- A- Cardiopatia dilatada - Coração de 435g com dilatação difusa de câmaras e aumento da massa de ventrículo esquerdo.
 - 1- Microscopia, Hipertrofia de fibras cardíacas.
 - B- Nefrosclerose.
- III- Arteriosclerose.

A- Aterosclerose moderada de aorta.

B- Coronárias armadas.

1- Miocardiosclerose.

2- Depósito de lipofuscina em fibras cardíacas.

C- Arteriosclerose renal.

IV- Cisto em rim esquerdo de 1cm de diâmetro.

V- Antracose pulmonar.

VI- Cicatriz antiga em joelho esquerdo.

VII- Hiperplasia prostática benigna.

VIII- Manobras de sustentação.

A- Traqueíte.

B- Esofagite.

C- Hematomas em orifício de venopunção.

D- Hematomas cervical direito.

E- Cistite traumática.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Falência de múltiplos órgãos

b: Seps

c: Hepatocarcinoma grau IV (operado)

d:

PARTE II

Hipertensão arterial sistêmica

Arteriosclerose

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tuberculose pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº35

Idade: 69

Sexo: Feminino

Data do óbito: 19/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, apresenta à internação quadro de depressão há 18 anos, anemia e perda de peso há 9 meses.

Durante investigação diagnóstica aventou-se hipótese de mieloma múltiplo sendo iniciada avaliação. Evoluiu com piora da função renal, rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória necessitando de IOT.

Apresentou parada cardiorespiratória não responsiva às manobras de reanimação, indo à óbito.

Exames: Eletrof. Proteínas : - Soro : Presença de paraproteína na região Gama.

- Urina: Presença de paraproteína na região Gama.

Hemograma: Hb 8,6g/dl.

Ht 25,1%

Leucócitos 3400

N: 77,4 %

L: 16,3 %

M: 5,6 %

E: 0,2 %

B: 0,6 %

Laudo da Autópsia:**I- Mieloma múltiplo.**

A- Eletroforese de proteínas no soro e urina.

1- Paraproteína na região de Gamaglobulinas.

B- Medula óssea com infiltração plasmocitária.

1- Hipoplasia da série eritrócítica.

C- Tromboembolismo pulmonar à direita.

D- Broncopneumonia bilateral.

1- Edema pulmonar

2- Congestão.

a- Derrame pleural a direita.

3- Linfadenite aguda

4- Dano alveolar difuso

E- Caquexia.

II- Arteriosclerose grave.

A- Aorta com placas e trombos.

B- Coronárias com placas e trombos.

1- Infarto antigo do miocárdio.

2- Miocardioesclerose grave

C- Artérias renais com placas ateromatosas.

1- Rins vasculares.

D- Artéria esplênica com placas ateromatosas.

III- Esteatose hepática grau III.**IV- Pancreatite crônica****V- Manobras de sustentação**

1- Traqueíte.

2- Orifícios de punção venosa em membros superiores.

a- Equimoses e petéquias.

Declaração de Óbito:**PARTE I**

a: Insuficiência respiratória aguda

b: Broncopneumonia bilateral

c:

d:

PARTE II

Tromboembolismo pulmonar

Arteriosclerose grave

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim Não

	X
	X
X	

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº36

Idade: 71

Sexo: Masculino

Data do óbito: 11/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 71 anos, laringectomizado por carcinoma de hipofaringe com recidiva da doença (em quimioterapia, última dose há 1 semana).

Deu entrada no Pronto Socorro com disfagia incapacitante. Realizou gastrotomia e evoluiu no pós operatório com broncopneumonia e pancitopenia graves.

Em 11/05 cursou com rebaixamento do nível de consciência importante, insuficiência respiratória e choque são responsivo, sendo constatado óbito às 08:55hs.

Laudo da Autópsia:**I- Carcinoma de hipofaringe operado.****A- Dados clínicos e de prontuário.****B- Decidiva tumoral pós quimioterapia e radioterapia.****1- Dados clínicos e de prontuário.****2- Metástases pulmonares à direita.****a- Tromboembolismo pulmonar.****3- Pulmão de choque.****II- Manobras de sustentação****A- Cistite traumática.****B- Traqueíte traumática.****III- Gastrite de "stress"****A- Úlcera de 1,0 cm perfurada e suturada em antro gástrico.**

Declaração de Óbito:

- PARTE I
- a: Tromboembolismo pulmonar
b: Metastases pulmonares
c: Carcinoma de hipofaringe recidivado
d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia		X
História Clínica x Atestado de Óbito		X
Atestado de Óbito x Autópsia	X	

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há concordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº37

Idade: 75

Sexo: Masculino

Data do óbito: 29/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 75 anos, com diagnóstico de neoplasia maligna de esôfago há 01 ano, inoperável, fazendo quimioterapia paliativa. Foi admitido no PS com história de vômitos com sangue há 3 semanas da internação e edema em todo membro inferior direito diagnosticado como trombose venosa profunda em outro serviço e portanto em uso de e anticoagulante oral há 02 semanas. Há 01 semana da internação vinha apresentando dispnéia progressiva aos esforços que piorou bastante na ocasião da admissão. Os exames complementares revelaram Hb= 4,0; INR= 70,7; P02=67; Sat 02=93% e raio X de tórax com derrame pleural bilateral. Durante IOT cursou com parada cardiorespiratória não reversível e foi a óbito.

Laudo da Autópsia:**I- Neoplasia maligna de estômago disseminada.**

A- Infiltração neoplásica em retroperitônio, linfonodos periaórticos, mesocólon esquerdo meso do intestino delgado, além de toda espessura do corpo gástrico.

1- Dificuldade de retorno venoso por compressão tumoral.

a- Trombose venosa profunda em membro inferior direito.

a.1- Tromboembolismo pulmonar.

a.1.1- Insuficiência respiratória.

a.1.2- Falência cardíaca.

2- Ascite.

3- Linfonodos hepáticos infiltrados.

a- Colestase.

a.1- Bile mucosa.

B- Tumoração ulcerada em corpo gástrico com sinais de sangramento (Bormann III).

1- Hematêmese.

a- Anemia.

C- Caquexia.

1- Broncopneumonia discreta em região central de lobo inferior direito.

a- Pleurite crônica em pulmão esquerdo.

a.1- Derrame pleural.

III- Arteriosclerose moderada.

- A- Aórtica
- B- Coronárias armadas.
- 1- Miocardiosclerose.

IV- Glomerulonefrite crônica.

V- Senilidade.

- A- Infiltração gordurosa em pelve renal.
- B- Baço escleroatrófico.
- C- Tireóide atrófica.

VI- Colecistite crônica.

A- Cálculo único amarelado medindo 2cm de diâmetro em vesícula biliar.

Declaração de Óbito:

PARTE I

- a: Indeterminada
- b: Neoplasia maligna de estômago disseminada
- c:
- d:

PARTE II

Glomerulonefrite crônica, colecistite crônica

Comentários:

CONCORDÂNCIA

- História Clínica x Autópsia
- História Clínica x Atestado de Óbito
- Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº38

Idade: 77

Sexo: Feminino

Data do óbito: 05/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, FA crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica grave, deu entrada no Pronto Socorro 14/01/2001, com história de dor em membro inferior esquerdo que evoluiu para cianose do mesmo.

Foi submetida a embolectomia sem sucesso seguido de enxerto femuro-femural. Em 04/02 apresentou infecção em inguinotomias, rebaixamento do nível de consciência e hipóxia, evoluindo para parada cardiorespiratória sendo o mesmo revertido. Em 05/02 apresentou nova parada cardiorespiratória, evoluindo a óbito.

Laudo da Autópsia:**I- Aterosclerose generalizada****A- Obstrução arterial****1- Embolectomia****a- Deiscencia de cicatriz cirúrgica****al- Cicatriz infectada****B- Aorta com placas de aterosclerose ++****C- A. cerebrais com placas de aterosclerose ++****1- Atrofia cortical + acentuada no lobo occipital****D- Coronárias dilatadas por placas de ateroma.****II- Embolia gordurosa pulmonar****A- Atelectasia pulmonar****III- Úlceras gástricas tipo péptica + úlcera duodenal tipo péptico****A- Sangramento em conteúdo gastroduodenal****IV- DPOC****A- Enfisema pulmonar****Doença pulmonar obstrutiva crônica****V- HAS****A- Hipertrofia de ventrículo esquerdo****IV- FA crônica - dados de prontuário****V- MS.****A- Equimoses em pontos de veno punção****B- Cistite aguda traumática (SV)****1- Infecção sec. a trauma**

VI- Senilidade

A- Baço escleroatrófico

B- Infiltração gordurosa pâncreas

C- Atrofia fosca do miocárdio.

Declaração de Óbito:**PARTE I**

a: Seps

b: Aterosclerose generalizada

c:

d:

PARTE II

hipertensão arterial sistêmica, FA crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica

Comentários:**CONCORDÂNCIA**

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta embolia pulmonar gordurosa que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº39

Idade: 80

Sexo: Masculino

Data do óbito: 30/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino de 80 anos, admitido neste hospital no dia 27/03/2001 com história de disfagia progressiva e com diagnóstico endoscópico de compressão extrínseca de esôfago a esclarecer além de desconforto respiratório. Ao exame apresentava-se desidratado, taquidispnéico, com leucocitose (Leuco=20.800) e insuficiência renal. O raio X de tórax revelou broncopneumonia bilateral. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e hipotensão refratária ao uso de drogas vasoativas indo a óbito no 2º dia de internação hospitalar.

Lauda da Autópsia:**I- Tumor Maligno de Próstata Disseminado.**

A- Lesão expansiva esbranquiçada e endurecida em região posterior da próstata infiltrando parede da bexiga em toda sua espessura e linfonodos para aórticos em toda extensão de aorta abdominal e torácica e promovendo intensa aderência da parede aórtica a planos adjacentes.

1- Compressão extrínseca de esôfago por linfonodos para aórticos e por linfonodos do hilo pulmonar.

a- Broncopneumonia bilateral aspirativa.

b- Infarto pulmonar em lobo inferior de pulmão direito (940g).

bl- Pleurite aguda com deposição de fibrina em superfície pleural difusamente.

2- Infiltração retroperitoneal por neoplasia esbranquiçada envolvendo pâncreas e meso do intestino delgado e grosso.

a- Infiltração de ramos aórticos.

a.1- Infarto ileal.

a.1.1- Peritonite difusa.

a.1.1.1- Ascite.

3- Metástases pulmonares em pulmão esquerdo região central.

4- Pielonefrite crônica grave.

5- Metástases em coluna vertebral.

II- Senilidade.

A- Baço escleroatrófico.

B- Tireóide escleroatrófica.

III- Arteriosclerose moderada de aorta.

- IV- Manobras de sustentação.
A- Placas ulceradas em laringe.
B- Hiperemia de mucosa traqueal.
V- Hernia em parede abdominal de epigástrio.

Declaração de Óbito:

- PARTE I a: Infarto pulmonar infectado
 b: Tumor maligno de próstata
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA

- História Clínica x Autópsia
História Clínica x Atestado de Óbito
Atestado de Óbito x Autópsia

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº40

Idade: 86

Sexo: Feminino

Data do óbito: 08/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 86 anos, com antecedente de insuficiência coronariana crônica, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca congestiva. Paciente apresentou quadro de broncopneumonia domiciliar parcialmente tratada e foi trazida ao pronto socorro em insuficiência respiratória aguda sendo submetida a IOT. Evoluiu em choque, febril, enfisema de subcutâneo e óbito.

Últimos exames (07/05/01): 13,7 mil leucócitos sem desvio/84 mil plaquetas Na= 149.

U= 217 Creat= 3,1 CPK= 4856 Ck-MB= 81 TGO= 168 TGP= 225.

Laudo da Autópsia:**I- Arteriosclerose generalizada.**

A- Aorta com placas ateromatosas.

B- Aterosclerose coronariana: coronárias calcificadas com obstrução crítica.

1- Insuficiência coronariana crônica (contribuindo para item II-A).

a- Infarto focal antigo.

b- Área suspeita de infarto agudo subendocárdio (aguardar laudo final).

C- Aterosclerose cerebral.

1- Atrofia cortical (encéfalo de 1250g).

D- Baço de 110g esclero-atrófico.

E- Aumento de gordura em pelve renal.

II- Hipertensão Arterial Sistêmica.

A- Cardiopatia hipertrófica e dilatada (coração de 750g).

1- Congestão pulmonar (PD= 250g e PE= 350g).

2- Edema pulmonar.

3- Fígado de 1320g com congestão passiva crônica.

a- Área focal de infarto hepático (aguardar laudo final).

B- Nefrosclerose - rins de superfície finamente granulosa (RD= 200g e R= 200g).

III- Enfisema pulmonar.**IV- Cistos de retenção renal.****V- Cisto esplênico de 1cm de diâmetro (aguardar laudo final).****VI- Antracose pulmonar.**

VII- Cicatriz antiga subcostal direita de 8cm.

VIII- Manobras de sustentação.

A- Enfisema de subcutâneo.

B- Venopunções cervical direita e em membros.

C- Petéquias pleurais.

D- Petéquias em mucosa gástrica.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Insuficiência cardíaca

b: Cardiopatia dilatada

c: Insuficiência coronariana crônica

d: Arteriosclerose generalizada

PARTE II

Doença pulmonar obstrutiva crônica

Hipertensão arterial sistêmica

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim

Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº41

Idade: 40

Sexo: Feminino

Data do óbito: 15/02/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 40 anos, hipertensa, portadora de IRC dialítica e com antecedente de AVC há 4 anos, deu entrada no PS dia 05/02/2001 com quadro de febre há 3 dias, mal posicionamento do catéter venoso (infectado) há 2 semanas. À internação teve episódio de convulsão tônico-clônica generalizada. Evoluiu para choque de padrão misto (séptico e cardiogênico) e parada cardiorespiratória em assistolia. Suspeita de broncopneumonia à direita.

Exames: Cultura de catéter positiva para S. aureus.

Hemocultura positiva para S. aureus.

LCR - 21 células (4 Ly 3 Mo 93 Neu).

24 hemácias - proteína: 61 glicose 66 - gram ausente.

Imagem: Eco- doppler transesofágico - Ecos anômalos de morfologia bizarra e movimentação caótica aparentemente em bordas de folheto mitral - Sugestiva de vegetação mitral.

Tomografia computadorizada do crânio: AVC antigo.

Laudo da Autópsia:

I- Rins vasculares: Superfície granulosa, com aumento de gordura em pelve renal.

Pesos de 170g (direito) e 150g (esquerdo).

A- Micro: Intensa arteriolosclerose e glomerulosclerose renal.

1- Cistos de retenção.

B- Insuficiência renal crônica dialítica.

1- Infecção do catéter de diálise com cultura positiva para S. aureus.

a- Endocardite bacteriana de valva mitral: vegetações de 2cm em ambos os folhetos, acompanhadas por processo inflamatório agudo, com edema, congestão e infiltrado polimorfonuclear.

al- Septicemia.

al.1- Abscessos múltiplos, caracterizados por centro necrótico e halo hemorrágico, com infiltrado polimorfonuclear em:

al.1.1-Cérebro

al.1.2-Cerebelo

- al.1.3- Fígado
- al.1.4- Baço
- al.1.5- Rins
- al.1.6- Tireóide.
- al.1.7- Pulmões - Broncopneumonia de lobos pulmonares inferiores direito e esquerdo.
- al.1.8- Miocárdio.
- al.1.8.1- Pericardite com derrame serossanguinolento de grande volume e exsudato fibrinoso.
- al.2- Lesões papulares isquêmicas em extremidades de membros-êmbolos sépticos.
- al.3- Choque séptico.
- al.3.1- Baço reacional.
- al.3.2- Fígado reacional com áreas de necrose centrolobular.
- al.3.3- Coagulopatia (?).
- al.3.3.1- Petéquias pleurais.
- al.3.3.2- Hemorragia endometrial.
- al.4- Medula óssea reacional: Hiperplasia de série granulocítica.
- C- Hipertensão arterial sistêmica (contribuindo para item II).
 - 1- Hipertrofia acentuada de ventrículo esquerdo.
- II- Arteriosclerose generalizada e complicada.
 - A- Aorta com placas de ateroma calcificadas.
 - B- Placas em artérias cerebrais.
 - 1- Infarto cerebral antigo.
 - 2- Atrofia de córtex occipital.
 - C- Placas coronarianas.
 - 1- Miocardiosclerose.
- III- Obesidade.
 - A- Esteatose hepática microscópica.
- IV- Colesterolose em vesícula biliar.
- V- Adenoma em zona cortical de supra-renal esquerda de 1cm de diâmetro.
- VI- Manobras de sustentação.
 - A- Cistite traumática.
 - B- Traqueíte necrotizante.
 - C- Úlceras longitudinais em terço proximal de esôfago.
 - D- Equimoses em orifícios de punção.
 - E- Orifício para acesso venoso central em região inguinal direita.
 - F- Orifício para acesso venoso central infra clavicular direito.
 - 1- Trombose de veia cava superior.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Choque séptico
b: Endocardite bacteriana aguda
c:
d:

PARTE II

Insuficiência renal crônica dialítica
Hipertensão Arterial Sistêmica

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia consta adenomia de supra-renal que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº42

Idade: 48

Sexo: Masculino

Data do óbito: 03/05/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 48 anos, ex-tabagista e etilista, com história de cirrose por vírus C e hepatocarcinoma, em acompanhamento na lista do transplante hepático. Admitido em 13/05/01 com quadro de febre, dispnéia, náuseas e dor escrotal (hérnia escrotal comunicante). Também apresentava confusão mental.

Realizada paracentese com isolamento de E.coli, tratada. Evoluiu em insuficiência renal aguda dialítica, sepse, choque séptico refratário e insuficiência respiratória. Apresentou coagulopatia, encefalopatia hepática e óbito.

Últimos exames: Hb= 9,7 Ht= 25,3 Na=156 K=6,8 Pla= 72 mil. TTPA/R= 4,96 INR/TP maior que 60 Albumina = 0,6g/l

Diagnósticos clínicos: -Cirrose hepática por vírus da hepatite C.

- Hepatocarcinoma
- Choque séptico
- Síndrome de angústia respiratória do adulto
- Insuficiência renal aguda
- Coagulopatia
- Encefalopatia hepática
- Peritonite bacteriana espontânea.

Laudo da Autópsia:

I- Cirrose hepática por vírus da hepatite C- Fígado de 1650g, cirrótico.

A- Hepatocarcinoma = Tumor de 10cm de diâmetro, em porção superior de lobo hepático direito, esverdeado, endurecido e invasivo, com pequenos nódulos satélites de até 1,5cm de diâmetro. Extensas áreas de necrose e hemorragia intra-tumoral.

B- Insuficiência hepática.

1- Icterícia cutâneo-mucosa.

2- Impregnação biliar visceral.

3- Anasarca.

a- Ascite volumosa sero-hemorrágica.

al- Serosite crônica.

a2- Peritonite bacteriana espontânea (dados clínicos).

a2.1- Choque séptico.

a.2.1.1- Infarto subendocárdico.

a.2.1.2- Cardiopatia dilatada (400g).

a.2.1.3- Congestão pulmonar.

a.2.1.4- Congestão renal (rins de 250g cada).

a.2.1.5- Congestão encefálica (1300g).

a.2.1.6- Gastrite de estresse.

b- Derrame pleural bilateral.

c- Hidrocele à esquerda.

d- Edema pulmonar.

4- Coagulopatia.

a- Hematomas múltiplos (pálpebras, tronco e membros).

b- Petéquias em vísceras.

c- Hemorragia alveolar bilateral. Pulmão direito de 1200g e esquerdo de 1100g, hemorrágicos, vinhosos e friáveis.

C- Hipertensão portal.

1- Baço de 1000g, esclero-congestivo.

II- Arteriosclerose.

A- Aorta com placas.

B- Coronárias armadas.

III- Antracose pulmonar.

IV- Manobras de Sustentação.

A- Traqueíte traumática.

B- Cicatriz abdominal à direita de 5cm, antiga.

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Falência de múltiplos órgãos

b: Cirrose Hepática por Vírus da Hepatite C.

c:

d:

PARTE II

Hepatocarcinoma.

Comentários:

CONCORDÂNCIA

História Clínica x Autópsia

História Clínica x Atestado de Óbito

Atestado de Óbito x Autópsia

Sim Não

☐	☒
☐	☒
☐	☒

No laudo da autópsia consta infarto agudo do miocárdio que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº43

Idade: 57

Sexo: Masculino

Data do óbito: 17/03/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente masculino, 57 anos, deu entrada no Pronto Socorro – Hospital das Clínicas em 11/02/2001 com quadro de cefaléia, inapetência, alteração do comportamento e da fala, acompanhados por alucinação e hiponatremia. Etilista crônico importante, apresentava à internação Sdr diarréica aguda. Foi feita hipótese diagnóstica de Addison secundário. Apresentou CT de crânio com alteração atrófica cortical difusa, CT de tórax com alargamento de mediastino, CT de abdômen com nódulos hepáticos. Foi colhido líquido cefaloraquidiano que apresentou 95% de células neoplásicas. Evoluiu com desconforto respiratório e óbito.

Lauda da Autópsia:

I- Neoplasia maligna disseminada de sítio primário não determinado.

A- Nódulos neoplásicos disseminados.

- 1- Peritônio
- 2- Mesocólon
- 3- Parede intestino delgado e grosso.
- 4- Parede de estômago.
- 5- Hilo pulmonar.
- 6- Pleura espessada (pulmão direito).
 - a- Cisurite bilateral.
 - b- Derrame pleural bilateral pequena quantidade.
- 7- Vesícula biliar (parede).
- 8- Peri aórticos.
 - a- Torácica.
 - b- Abdominal.
- 9- Baço discretamente aumentado.
 - a- Petéquias.
 - b- Aumento da trabeculação.

B- Embolia pulmonar (pulmão direito).

- 1- Edema em ambos pulmões
- 2- Congestão em ambos pulmões

C- Emagrecimento + desnutrição.

1. Fígado com esteatose.

II- Enfisema sub pleural em pulmão direito.

III- Arteriosclerose moderada/grave.**A- Aorta.****1- Calcificações, úlceras.****B- Cerebrais.****1- Área amolecida cortical.****a- Edema.****C- Coronárias armadas com placas.****D- Hipertrofia leve/moderada ventrículo esquerdo.****IV- Nódulos na tireóide.****V- Ausência de testículo esquerdo?****VI- Manobras de sustentação.****1- Traqueíte****2- Orifícios de venopunção braço direito.****Declaração de Óbito:****PARTE I****a: Tromboembolismo pulmonar****b: Neoplasia maligna disseminada de sítio primário
nãodeterminado****c:****d:****PARTE II****Comentários:****CONCORDÂNCIA****História Clínica x Autópsia****História Clínica x Atestado de Óbito****Atestado de Óbito x Autópsia**

Sim	Não
☐	☒
☐	☒
☒	☐

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância entre o atestado de óbito e autópsia.

Caso nº44

Idade: 59

Sexo: Feminino

Data do óbito: 12/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 59 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e insuficiência cardíaca, ex-tabagista, internada por quadro de descompensação respiratória, evoluindo com melhora durante a internação. Há 1 dia apresentou dor torácica súbita, com dispnéia súbita, associada a cianose e crepitação grosseira pulmonar bilateralmente. Evoluiu em choque refratário e óbito.

Últimos exames: pH= 7,03 bic= 11,7 lactato= 172 mg/dl.

(12/06) Hemocultura- Acinetobacter baumannii multiresistente.

Cultura de escarro parcial: levedura.

Laudo da Autópsia:

- I- Doença pulmonar obstrutiva crônica- pulmões com áreas enfisematosas difusas, e espessamento de septos alveolares.
 - A- Cor pulmonale- coração de 400g com dilatação global de câmaras, mais evidente em câmaras direitas (contribuindo para item I-B-1).
 - 1- Tromboembolismo pulmonar. Pulmão esquerdo de 400g com área vinhosa em lobo inferior. Ausência de trombos macroscópicos.
 - Aguardar Laudo Final.
 - B- Broncopneumonia- Extensa área de preenchimento alveolar purulento em pulmão direito (1000g)
 - 1- Choque.
 - a- Congestão visceral.
 - a1- Intestino.
 - a2- Encéfalo.
 - b- Necrose tubular aguda.
 - c- Esplenite aguda.
 - d- Colestase hepática.
 - e- Gastrite de estresse.
- II- Antracose pulmonar e linfonodal.
- III- Aterosclerose de aorta.
- IV- Cisto renal à esquerda de 0,5cm de diâmetro.
- V- Manobras de sustentação
 - A- Venopunções

Declaração de Óbito:

PARTE I

a: Broncopneumonia
b: Doença pulmonar obstrutiva crônica
c:
d:

PARTE II

Cor pulmonale

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia		X
História Clínica x Atestado de Óbito		X
Atestado de Óbito x Autópsia		X

No laudo da autópsia consta tromboembolismo pulmonar que não consta no prontuário médico. Há discordância nas 3 análises.

Caso nº45

Idade: 74

Sexo: Feminino

Data do óbito: 10/06/2001

Relatório de Autópsia**Dados Clínicos:**

Paciente feminino, 74 anos, com carcinoma escamocelular de esôfago localmente avançado evoluindo com carcinomatose meníngea (1% de células neoplásicas no líquido) que por baixa performance status, não foi indicado tratamento intra-tecal. Deu entrada no dia 04/06/01 já tratando há 1 semana de broncopneumonia.

Mantida com sedação e analgesia, devido a complicações da doença de base, foi a óbito às 11:33 h de 10/06/01 com insuficiência respiratória.

Laudo da Autópsia:**I- Carcinoma escamocelular de esôfago localmente avançado.****A- Dados clínicos de prontuário.****B- Broncopneumonia bilateral.****b.1- Derrame pleural bilateral.****b.1.1- Pleurite crônica.****C- Esôfago residual com cicatriz cirúrgica prévia.****D- Aspergilose angiotrópica disseminada.****d.1- Baço reacional.****d.2- Medula óssea reacional.****II- Lipoidose de aorta.****III- Mastectomia prévia a esquerda.****IV- Arterioesclerose.****1- Aterosclerose coronariana.****a- Miocardioesclerose leve.****2- Aterosclerose de aorta.****3- Aterosclerose renal.****a- Rim vascular.****V- Pancreatite crônica.****VI- Manobras de Sustentação.****1- Gastrite de "stress"****2- Traqueite traumática.**

Declaração de Óbito:

PARTE I a: Broncopneumonia
 b: Neoplasia maligna de esôfago avançada
 c:
 d:

PARTE II

Comentários:

CONCORDÂNCIA	Sim	Não
História Clínica x Autópsia	☐	☒
História Clínica x Atestado de Óbito	☐	☒
Atestado de Óbito x Autópsia	☐	☒

No laudo da autópsia consta aspergilose que não consta no prontuário médico.
Há discordância nas 3 análises.

5. Discussão

Analisando-se a história clínica, laudo de autópsia e atestado de óbito dos 258 casos, verificou-se que 45 (17,4%) apresentaram discordâncias entre a história clínica e o atestado de óbito. Desses 45 óbitos, 28 (62%) apresentaram discordâncias entre o atestado de óbito e autópsia e 17 (38%) concordâncias entre o atestado de óbito e autópsia, que para melhor compreensão são mostradas no quadro abaixo:

Análise	Concordância	Discordância	Total
história clínica x atestado de óbito	—	45	45
autópsia x atestado de óbito	17	28	45

Portanto, como quem fornece o atestado de óbito é o médico que fez a autópsia, pode-se dizer que em apenas 28 dos 258 óbitos houve discordância relacionadas com as causas consequenciais às causas básicas e somente 1 relacionada à causa básica de morte.

Não foi objeto do trabalho analisar as discordâncias entre autópsias e diagnósticos clínicos, entretanto, foi possível verificar que um ou mais diagnósticos de um mesmo caso, não constaram nos prontuários médicos: (20) tromboembolismo, (7) tuberculose pulmonar, (7) infarto agudo do miocárdio, (2) carcinoma de próstata, (3) carcinoma de pâncreas, (1) vasculite, (1) Linfoma de Hodgkin, (1) carcinoma de pulmão, (1) bronquiolite, (1) infecção por fungos, (1) hipotieroidismo, (1) trombose mesentérica, (1) teratoma, (1) tumor primário de pulmão, (1) embolia pulmonar gordurosa, (1) adenoma de supra-renal e (1) aspergilose angiotrófica disseminada.

No único caso em que houve discordância na causa básica do atestado de óbito com o laudo da autópsia, o diagnóstico foi de glomerulopatia crônica.

Em relação ao diagnóstico clínico, o conhecimento das doenças referidas acima poderia ter alterado a terapia e assim mudar o prognóstico mesmo que paliativamente.

Vale ressaltar que nos atestados de óbito analisados não foram mencionados os intervalos entre o início da doença e a morte muito importante na avaliação da evolução natural da doença e como o tratamento adequado pode interferir nessa evolução.

Na Parte II do atestado de óbito, mesmo havendo referência na história clínica de fatores de risco para as doenças crônicas como tabagismo, obesidade, etilismo ..., estes não foram mencionados apesar de serem importantes do ponto de vista epidemiológico. No Brasil as doenças crônicas são causas importantes não só de mortalidade como de morbidade e invalidez e constituem-se atualmente em importantes problemas de Saúde Pública, porque além de apresentarem taxas elevadas de morbidade, mortalidade e incapacidades, é alto o custo dos tratamentos ambulatoriais e hospitalares.⁵¹

Verificou-se que, mesmo sendo considerados os diagnósticos de autópsia “padrão ouro”, os atestados de óbito não foram preenchidos corretamente e, portanto, a acurácia de 100% que se esperava não foi atingida. Isso se deve, possivelmente, ao fato de que nem sempre é conhecido pelo patologista o critério epidemiológico/estatístico de escolha da causa básica ou inicial dos eventos que levaram à morte, segundo a definição da OMS, desde 1950.

6. Conclusões

1. Dos 258 óbitos estudados que apresentaram história clínica, laudo de autópsia e atestado médico, para serem analisados, 213 (82,5%) apresentaram concordância e 45 (17,5%) discordância na análise da história clínica x autópsia, história clínica x atestado de óbito e atestado de óbito x autópsia.
2. Dos 45 óbitos, 28 (62%) apresentavam discordâncias entre o atestado de óbito e autópsia e 17 (38%) concordâncias entre o atestado de óbito e autópsia.
3. Dos 28 óbitos que apresentaram discordâncias entre o atestado de óbito e autópsia, 27 apresentavam Parte I do atestado de óbito preenchidos incorretamente nas causas consequenciais de morte enquanto que em apenas 1 caso, a causa básica de morte foi preenchida incorretamente.
4. As causas consequenciais de morte e mais frequentes que não apareceram na história clínica foram: tromboembolismo pulmonar, tuberculose pulmonar e infarto agudo do miocárdio. A única causa básica que não foi diagnosticada foi a glomerulopatia crônica.
5. Na Parte II do atestado de óbito, mesmo havendo referência na história clínica de outras doenças e ou fatores de risco para as doenças crônicas como tabagismo, obesidade, etilismo e outros, raramente foram mencionados.
6. Não foram mencionados em nenhum dos atestados de óbito os intervalos entre o início da doença e a morte, que são muito importantes para a avaliação da evolução natural da doença e como o tratamento adequado, pode interferir nessa evolução.

7. Sugestões:

Apesar de não ter sido objeto deste estudo analisar as discordâncias entre as autópsias e diagnósticos clínicos, verificou-se que um ou mais diagnósticos de alguns casos não constavam nos prontuários médicos.

Isto reforça a necessidade de que sejam intensificados os esforços por parte dos professores, no sentido de educarem e treinarem os alunos de medicina a documentarem adequadamente a evolução clínica do paciente pois além de estarem disponíveis informações importantes para a saúde pública, estarão facilitando a conduta médica de um outro colega que porventura venha a dar prosseguimento no tratamento de seu paciente.

8. REFERÊNCIAS

1. OMS. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão – (CID 10)
2. Laurenti, R. e Jorge, Maria Helena P. de Mello. **O Atestado de Óbito**. Manual, 1993.
3. Rothman, K.J. **Lessons from John Graunt**. Lancet, 1996; 347:37-39.
4. Laurenti, R. **Accuracy of cause of death statements on death Certificates**. Presented at the “Mortality Statistics Workshop” – Myanmar, 19th Sep. – 1^o Oct, 1999.
5. Gittelsohn, A. and Royston, P. **Annotated bibliography of causes of death validation studies, 1958-1980**. Data Evaluation and Methods Research Series, 1982; 2(89): 1-42.
6. Monteiro, G.T.R. **Validação diagnóstica dos atestados de óbito com neoplasias como causa básica no estado do Rio de Janeiro [Diagnostic validation of the death certificates with neoplasm as the underlying cause of death in the state of Rio de Janeiro]**. Monografia, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995. 133 p.
7. Moriyama, I.M.; Loy, R.M. and Robb-Smith, A.H.T. **History of nomenclature of diseases, The International Classification Diseases and the Classification of Causes of Death**. Monography, 1994. Washington, D.C.
8. Wells, H.G. **Relation of clinical to necropsy diagnosis in cancer and value of existing cancer statistic**. The Journal of the American Medical Association, 1923. 86(11): 737-740.

9. Swartout, H.O. and Webster, R.G. **To what degree are mortality statistics dependable?** American Journal of Public Health, 1940; 30:811-815.
10. Bauer, F.W. and Robbins, S.L. **Na autopsy study of cancer patients. 1. Accuracy of the clinical diagnosis, 1955 to 1965.** The Journal of the American Medical Association. 1972; 221(13): 1471-1474.
11. Ehrlich, D.; Li-Sik, M. and Modan, B. **Some factors affecting the accuracy of cancer diagnosis.** Journal of Chronic Diseases, 1975; 28:359-364.
12. Gobbato, F.; Vecchiet, F.; Barbirato, D.; Melato, M. and Manconi, R. **Inaccuracy of death certificate diagnoses in malignancy: na analysis of 1405 autopsied cases.** Human Pathology. 1982; 13(II): 1036-1038.
13. Pohlen, K. and Emerson, H. **Errors in clinical statements of causes of death.** American Journal of Public Health. 1942; 32: 251-259.
14. Hearman, M.A. and Lipworth, L. **Accuracy of certification of causes of death.** General Register Office. Studies on Medical and Population Subjects, 1966, n°20, HSMO, London.
15. Kagan, A.; Katsuki, S.; Sternby, N. and Vanecek, R. **Reliability of death certificates data on vascular lesions affecting the central nervous system.** Bulletin World Health Organization. 1976; 37:477-481.
16. Abramson, J.H., Sacks, M.I. and Cahana, E. **Death certificates data as na indication of the presence of certain common diseases at death.** Journal of Chronic Diseases. 1971; 24:417-431.

17. Ron, E.; Carter, R.; Joblon, S. and Mabuchi, K. **Agreement between death certificate and autopsy diagnoses among atomic bomb survivors.** Epidemiology. 1994, 5(1):48-56.
18. Dessmon Y.H. Tai, MBBS, FCCP; H. El-Bilbeisi, MBBS; Sanjiv Tewari, MD; Edward J. Mascha, MS; Herbert P. Wiedemann, MD, FCCP; and Alejandro C. Arroliga, MD, FCCP. **A Study of Consecutive Autopsies in a Medical ICU: A Comparison of Clinical Cause of Death and Autopsy Diagnosis.** Chest 119(2): 530-536, 2001.
19. Alderson, M.R. and Meade, T.W. **Accuracy of diagnoses on death certificates compared with that in hospital records.** British Journal of Preventive and Social Medicine. 1967; 21:22-29.
20. Schwartz, C.J. **The Hawaii mortality follow-back study: 2. Na evaluation of medical certification of cause of death through the use of hospital discharge diagnoses.** Hawaii State Health Dept. R. and S. Report. 1977. Issue nº 17.
21. Gittelsohn, A. and Senning, J. **Studies on the reliability of vital and health records: 1 – Comparison of cause of death and hospital record diagnoses.** American Journal of Public Health. 1979, 69(7): 680-689.
22. Laurenti, R. **A análise da mortalidade por causa básica e por causas múltiplas.** Revista de Saúde Pública, 1974; 8: 421-435.
23. Carvalho, M.L.; Niobey, F.M.C.; Miranda, N.N. and Sobroza, P.C. **Concordância na determinação da causa básica de óbito em menores de um ano na região**

- metropolitana do Rio de Janeiro.** Revista de Saúde Pública. 1990; 24(2): 20-27.
24. Niobey, F.M.L.; Cascão, A.M.; Duchiade, M.P. and Sobroza, P.C. **Qualidade do preenchimento de atestados de óbito de menores de um ano na região metropoliatana do Rio de Janeiro.** Revista de Saúde Pública. 1990; 24(4): 311-318.
 25. Nobre, L.C.; Victora, C.G.; Barros, F.C.; Lombardi, C.; Teixeira, A.M. and Fuchs, S.C. **Avaliação da qualidade de informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul (Brasil).** Revista de Saúde Pública. 1989; 23(3): 207-213.
 26. Schinitman, A. **Análise da fidedignidade da causa de morte por câncer em Salvador, Brasil.** Revista de Saúde Pública. 1990, 811-815.
 27. Rojas, C.M. **Calidad de la certificacion y de la codificacion de la causa de muerte.** Estado Falcon, 1986. Cuadernos de la Escuela de Salud Publica. 1987; 49: 57-74.
 28. Pañella, N.H.; Borsel, T.C.; Rodrigues, S. and Roca, A.J. **Validacion de la causa de defunción en Barceloma, 1985.** Medicina Clinica (Barcelona). 1989; 92: 129-134.
 29. Moussa, M.A.; Shafie, M.Z.; Khogali, M.; El Sayed, A.M.; Sugathan, T.N.; Chenan, G.; Abdel-Khalik, A.H.; Garada, M.T. and Verma, D. **Reliability of death certificates diagnoses.** Journal of Clinical Epidemiology. 1990, 43(12) 12//85-1295.
 30. Puffer, R.R. and Griffith, G.W. **Patterns of urban mortality.** Washington D.C.; Pan America Health Organization, 1967 (Scientific Publications 151).

31. Puffer, R.R. and Serrano, C.V. **Patterns of mortality in childhood.** Washington D.C.. Pan America Health Organization, 1973 (Scientific Publication, 262).
32. Dorn, H.F. and Horn, J.I. **The reability of certificates of deaths from cancer.** American Journal of Hygiene. 1941, 34 (July): 12-23.
33. Diehl, AK. And Gau, D.W. **Death certificates by British doctors: a demographic analysis.** Journal of Epidemiology and Community Health. 1982; 36: 146-149.
34. Moriyana, I.M.; Baun, W.S.; Haenszel, W.N. and Mattison, B.F. **Inquiry into diagnostic evidence supporting medical certification of death.** American Journal of Public Health. 1958; 48(10): 1376-1377.
35. Bandigdiwala, S.I.; Cohn, R.; Hazard, C.; Davis, C.E. and Prineas, R.J. **Comparisons of cause of death verification methods and costs in the Lipid Research Clinics Program Mortality Follow-up Study.** Controlled Clinical Trials. 1989; 10: 167-187.
36. Grubb, H.S.; Fortney, J.A.; Saleh, S.; Gadalla, S.; El-Baz, A.; Feldblum, P. and Rogers, P. **A comparison of two causes of death classification systems for death among women of reproductive age in Menoufia, Egypt.** International Journal of Epidemiology. 1988, 17(2): 385-391.
37. Heckmann, I.C.; Canani, L.H.; Santanna, V.C. and Bordini, C. **Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidades do Rio Grande do Sul (Brasil).** Revista de Saúde Pública. 1989; 23(4): 292-297.

38. Corral, C.F. and Noboa, C.H. **Calidad del diagnostico de cancer en los certificados de defunción.** Informe Final. 1990; Universidade Central de Ecuador. 61p.
39. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Avaliação entre codificadores.** Boletim do Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 1985; 6: 1-12.
40. Kelson, M. and 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, 1987; 16(3): 411-414.
41. Percy, C. and Dolmam A. **Comparison of the coding of death certificates related to cancer in seven countries.** Public Health Reports. 1978; 93(4): 325-350.
42. Percy, C. and Muir, C. **The international comparability of cancer mortality data.** Results of na international death certificate study. American Journal of Epidemiology. 1989; 129(5): 242-250.
43. Barros, F.C.; Victora, C.G.; Teixeira, A.M.B. and Puerto, M. **Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul: nossas estatísticas são confiáveis?** Cadernos de Saúde Pública. 1985; 1(3): 348-358.
44. Mayer, L.; Boyle, C. and Pollock, D.A. **Validity of death certificates for injury related of death.** American Journal of Epidemiology. 1989; 130(5): 1024-1032.
45. Breaux, S. and Perez, C.A. **Pitfalls in the use of death certificates for assessing cause of death: a stydy of tonsil**

- carcinoma patients.** American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials. 1964; 7: 375-380.
46. Rutgvist, J.E. **Validity of certified causes of death in breast carcinoma patients.** Acta Radiologica. 1985; 24(5): 385-390.
47. Deners, P.A.; Vaughan, T.L.; Checkoway, H.; Weiss, N.S.; Heyer, N.J. and Rosenstock, L. **Cancer identification using a tumor registry versus death certificates in occupational cohort studies in the United States.** American Journal of Epidemiology. 1992, 136(10): 1232-1240.
48. Chio, A.; Magnani, C.; Oddenino, E.; Tolardo, G. and Schiffer, D. **Accuracy of death certificate diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis.** Journal of Epidemiology and Community Health. 1992; 46: 517-518.
49. Gittelsohn, A. and Senning, J. **Studies on the reliability of vital and health records: 1. Comparison of cause of death and hospital record diagnoses.** American Journal of Public Health. 1979; 69(7): 680-689.
50. Garucho, G.; Alunazan, M.; Madrazo, M.; Sanchez, J.; Villalobos, H. and Infiesta, J.A. **Analisis de la concordancia de los datos recogidos en el certificado medico de defuncion y el boletim estatistico de defuncion.** Revista de Sanidad y Higiene Publica. 1990, 64(LXIV): 63-72.
51. Laurenti, R. **O problema das doenças crônico-degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina.** Revista de Saúde Pública, 9:239-248, 1975.

9. ANEXOS

Anexo A: Relação dos 213 pacientes que foram a óbito durante a internação no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo em 2001, segundo idade, sexo, causa imediata e causa básica de morte que, apresentaram concordâncias de diagnósticos nas análises da história clínica x atestado de óbito, história clínica x autópsia e atestado de óbito x autópsia.

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
0	F	insuficiência respiratória	hérnia diafragmática congênita
0	F	septicemia	prematuridade
0	F	-----	anóxia intra-uterina
0	F	anóxia intra-uterina	hipertensão arterial crônica materna
0	F	-----	rubéola congênita
0	F	Kernicterus	imaturidade
0	F	edema cerebral	cardiopatia congênita complexa
0	F	insuficiência respiratória	malformação congênita
0	F	-----	malformações congênitas
0	F	-----	malformações congênitas
0	F	-----	malformações congênitas
0	F	-----	malformação congênita
0	F	insuficiência respiratória	prematuridade
0	F	-----	
0	F	broncopneumonia	prematuridade
0	F	pulmão de choque	hérnia diafragmática
1	F	choque séptico	leucoencefalomalácia cerebral
9	F	necrose gangrenosa de ceco e reto	gastroenterite aguda
15	F	meningite purulenta	transplante renal
16	F	insuficiência respiratória	leucemia mielóide aguda
17	F	hemorragia pulmonar	lúpus eritematoso sistêmico
18	F	insuficiência respiratória	infarto hemorrágico pulmonar
19	F	hemorragia intracraniana	Síndrome Hellp
25	F	broncopneumonia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
25	F	cor pulmonale	hipertensão pulmonar
26	F	broncopneumonia	esclerodermia
28	F	-----	indeterminada
29	F	pneumonite intersticial	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
29	F	septicemia	carcinoma de colo uterino operado
29	F	septicemia	úlcera gástrica perfurada operada

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
30	F	falência de múltiplos órgãos e sistemas	pré-eclâmpsia
32	F	broncopneumonia bilateral	Linfoma de Burkitt
33	F	metástases pulmonares	carcinoma de mama operado
35	F	insuficiência respiratória	lúpus eritematoso sistêmico
35	F	choque hipovolêmico	aneurisma dissecante de aorta roto
36	F	septicemia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
37	F	encefalite multifocal necrótica	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
37	F	choque hipovolêmico	hepatopatia colestática
37	F	choque anafilático	lúpus eritematoso sistêmico
38	F	metástases pulmonares	carcinoma de mama operado
39	F	choque hemorrágico	cirrose hepática por vírus da hepatite c
40	F	pulmão de choque	megacólon chagásico
40	F	insuficiência respiratória	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
40	F	caquexia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
42	F	broncopneumonia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
42	F	insuficiência respiratória	esclerodermia
43	F	falência de múltiplos órgãos	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
44	F	histoplasmose disseminada	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
45	F	edema cerebral difuso	neoplasia de glândula pineal operado
45	F	septicemia	amolecimento cerebral hemorrágico
46	F	broncopneumonia	encefalopatia indeterminada
46	F	broncopneumonia	carcinoma neuroendócrino de pulmão
47	F	acidente vascular cerebral hemorrágico	hipertensão arterial
48	F	indeterminada	lupus eritematoso sistêmico
50	F	caquexia	linfoma não-Hodgkin estágio IV
52	F	insuficiência respiratória	cirrose hepática
52	F	pulmão de choque	doença policística
54	F	-----	edema pulmonar
54	F	insuficiência respiratória	miopatia inflamatória ativa
55	F	pneumopatia intersticial	síndrome consuptiva
55	F	broncopneumonia	neoplasia da cabeça de pâncreas
56	F	insuficiência respiratória	diabetes mellitus

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
56	F	broncopneumonia	doença pulmonar obstrutiva crônica
58	F	sepse	broncopneumonia
59	F	pulmão de choque	neoplasia maligna de estômago
60	F	acidente vascular cerebral hemorrágico	hipertensão arterial
61	F	insuficiência respiratória	neoplasia maligna de pâncreas operado
62	F	choque hipovolêmico	carcinoma invasivo de colo uterino avançado
62	F	insuficiência respiratória	neoplasia maligna de pulmão
63	F	caquexia	neoplasia maligna disseminada
63	F	falência de múltiplos órgãos	infarto hemorrágico cerebral
65	F	caquexia	adenocarcinoma de ovário
66	F	hipertensão intracraniana	arteriosclerose generalizada
66	F	insuficiência respiratória	carcinoma espinocelular de esôfago
67	F	choque hipovolêmico	insuficiência hepática
68	F	insuficiência hepática	adenocarcinoma de cólon sigmóide
69	F	metástases hepáticas	tabagismo
69	F	septicemia	diabetes mellitus
71	F	choque séptico	diabetes mellitus
72	F	abdômen agudo	cirrose pós-necrótica por vírus C
75	F	pulmão de choque	edema agudo de pulmão
76	F	choque séptico	hérnia femoral à esquerda encarcerada
76	F	acidente vascular cerebral hemorrágico	infarto do miocárdio
76	F	indeterminada	arteriosclerose generalizada
78	F	infarto isquêmico occipital esquerdo	arteriosclerose generalizada
78	F	indeterminada	leucemia linfóide aguda
78	F	edema pulmonar	hipertensão arterial
79	F	infarto do miocárdio	hipertensão arterial
81	F	choque hemorrágico	cirrose hepática
81	F	sepse	broncopneumonia
81	F	-----	cor pulmonale
82	F	insuficiência respiratória	neoplasia maligna de pulmão
84	F	pulmão de choque	neoplasia de estômago
87	F	septicemia	perfuração intestinal
89	F	septicemia	dermatite bolhosa

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
0	M	indeterminado	malformação congênita
0	M	-----	malformação congênita
0	M	prematuridade	doença de membrana hialina
0	M	prematuridade	hemorragia meníngea
0	M	-----	malformações congênitas
0	M	-----	malformações congênitas
0	M	edema cerebral	malformação do sistema nervoso central
0	M	-----	anóxia intra-uterina
0	M	insuficiência respiratória	enterocolite necrotizante
0	M	hemorragia intracraniana	prematuridade
0	M	hemoperitônio	hepatopatia
0	M	insuficiência respiratória	prematuridade extrema
0	M	sepse	prematuridade extrema
0	M	-----	malformação fetal esquelética grave
0	M	-----	malformações congênitas
0	M	sepse	prematuridade
0	M	-----	anóxia intra-uterina
3 meses	M	choque séptico	agangliose congênita
3	M	sepse	aplasia de medula óssea
10	M	indeterminado	anemia falciforme
12	M	septicemia	adenocarcinoma de ceco operado
17	M	cor pulmonale	hipertensão pulmonar
26	M	-----	broncopneumonia
28	M	broncopneumonia abscedada	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
28	M	pulmão de choque	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
28	M	-----	acidente vascular cerebral hemorrágico
28	M	pulmão de choque	insuficiência renal crônica
28	M	aspergilose pulmonar	anemia aplásica
29	M	coma	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
30	M	choque séptico	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
31	M	indeterminada	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
31	M	choque hipovolêmico	leucemia linfóide aguda
31	M	choque séptico	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
32	M	insuficiência respiratória aguda	leucemia linfóide aguda T

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
33	M	broncopneumonia	doença de Hodgkin
33	M	septicemia	síndrome mielodisplásica
35	M	edema cerebral	craniofaringioma recidivado e operado
36	M	sepsis	epilepsia
36	M	discrasia sanguínea	mieloma múltiplo
37	M	sangramento generalizado	púrpura trombocitopenica
38	M	pulmão de choque	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
39	M	disseminação pulmonar	tuberculose pulmonar
39	M	hipertensão intracraniana	doença de Hodgkin
39	M	hipertensão intracraniana	acidente vascular cerebral hemorrágico
39	M	insuficiência respiratória	insuficiência hepática
42	M	septicemia	hemorragia cerebral intraparenquimatosa
42	M	broncopneumonia	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
42	M	edema pulmonar	cirrose hepática
42	M	insuficiência respiratória	tuberculose pulmonar
43	M	choque hipovolêmico	úlcera crônica bulbar perfurada e operada
43	M	pulmão de choque	deiscência de sutura de anastomose pancreatosejunal
45	M	insuficiência respiratória	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
45	M	choque hipovolêmico	cirrose
46	M	septicemia	doença linfoproliferativa
47	M	septicemia	leucemia linfóide aguda
48	M	falência de múltiplos órgãos	cirrose hepática por vírus C operado
49	M	hemorragia digestiva alta	alcoolismo crônico
49	M	choque hipovolêmico	cirrose hepática
49	M	-----	edema e amolecimento cerebral difuso
49	M	isquemia mesentérica	melanoma maligno
49	M	choque séptico hipovolêmico	e cirrose hepática
50	M	bronco aspiração	carcinoma espinocelular de orofaringe operado
51	M	pulmão de choque	abscesso anal drenado
52	M	hemorragia digestiva alta	hepatopatia crônica por vírus C
52	M	amolecimento cerebral roto	aneurisma de artéria cerebral comunicante

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
52	M	choque séptico	neoplasia gástrica operado
55	M	choque hipovolêmico	infarto hemorrágico cerebral
55	M	edema agudo de pulmão	leucemia mielóide crônica agudizada
55	M	acidente vascular cerebral hemorrágico	hipertensão arterial
56	M	choque séptico	Granulomatose de Wegener
56	M	hemorragia pulmonar	hepatite C
56	M	choque misto	transplante hepático por cirrose por vírus C
57	M	broncoaspiração	carcinoma espinocelular de boca operado
57	M	broncopneumonia	carcinomatose
59	M	pulmão de choque	acidente vascular cerebral hemorrágico
59	M	pulmão de choque	cirrose hepática
60	M	sepse	aterosclerose generalizada
60	M	broncopneumonia	cirrose hepática
60	M	infarto agudo do miocárdio	arteriosclerose coronariano
61	M	sepse	cirrose hepática
61	M	choque hipovolêmico	cirrose hepática
62	M	insuficiência respiratória	Doença de Chagas
62	M	insuficiência respiratória	hemotórax à direita
63	M	caquexia	neoplasia maligna de fígado
63	M	-----	hemorragia digestiva
63	M	infarto cerebral hemorrágico	endocardite
63	M	edema pulmonar	bromboembolismo pulmonar
63	M	edema pulmonar	doença linfoproliferativa
64	M	edema cerebral	hipertensão arterial
65	M	choque hipovolêmico	neoplasia maligna de vias biliares
66	M	broncopneumonia bilateral	arteriosclerose
66	M	broncopneumonia	doença pulmonar obstrutiva crônica
66	M	broncopneumonia bilateral	cirrose hepática
68	M	septicemia	diabetes mellitus
69	M	aneurisma roto de aorta abdominal	Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (SARA)
70	M	miocardiosclerose	arteriosclerose coronariana
70	M	choque	hérnia inguino-escrotal estrangulada
71	M	sepse	pneumopatia crônica
71	M	choque hipovolêmico	Doença de Chagas
71	M	broncopneumonia	carcinoma broncogênico
72	M	choque séptico	obstrução arterial crônica operado
72	M	tumor hepático metastático	tumor de laringe operado antigo

IDADE (ano)	SEXO	CAUSA IMEDIATA	CAUSA BÁSICA
72	M	sepsse	broncopneumonia
72	M	sepsse	artrite reumatóide
72	M	insuficiência respiratória	fibrose pulmonar
72	M	-----	edema pulmonar
73	M	broncopneumonia bilateral	doença pulmonar obstrutiva crônica
75	M	edema pulmonar	infarto agudo do miocárdio
75	M	edema pulmonar	insuficiência cardíaca congestiva
75	M	infartos múltiplos	aneurisma roto de aorta abdominal
75	M	edema agudo de pulmão	neoplasia maligna de reto
75	M	infarto cerebral isquêmico	diabetes mellitus
76	M	broncopneumonia bilateral	arteriosclerose generalizada grave
77	M	tromboembolismo pulmonar	adenocarcinoma de próstata
77	M	-----	infarto agudo do miocárdio
77	M	choque hipovolêmico e séptico	aneurisma de aorta abdominal operado
79	M	pielonefrite aguda	diabetes mellitus
81	M	insuficiência respiratória	arteriosclerose de aorta
82	M	insuficiência respiratória	doença pulmonar obstrutiva crônica

Anexo B:

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº _____
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE 1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE										CARTÓRIO DE Nº DO REGISTRO _____ DATA DO REGISTRO _____						
UNIDADE DA FEDERAÇÃO: _____																
OBITO FETAL		NOME _____										DATA DO ÓBITO				
SIM ☐ NÃO ☐												HORA	DIA	MÊS	ANO	
		ESTADO CIVIL		SEXO		DATA NASCIMENTO			IDADE							
		SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIUVO ☐		MASC ☐ FEM ☐		DIA _____ MES _____ ANO _____			ANOS COMPLETOS _____ ATÉ 1 ANO (MESES) _____ ATÉ 1 MÊS (DIAS) _____ ATÉ 1 DIA (HORAS) _____							
		DESQUITADO ☐ OUTRO ☐ IGNORADO ☐		FEMIN ☐ IGN ☐												
LOCAL DE OCORRÊNCIA				ENDEREÇO _____												
HOSPITAL ☐ VIA PÚBLICA ☐																
DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN ☐																
RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.) _____										MUNICÍPIO _____			U.F. _____			
OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO _____					NATURALIDADE _____			GRAU DE INSTRUÇÃO								
								NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN ☐								
FILIAÇÃO		NOME DO PAI _____										NOME DA MÃE _____				
PAI		OCUPAÇÃO HABITUAL _____										GRAU DE INSTRUÇÃO				
												NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN ☐				
MÃE		OCUPAÇÃO HABITUAL _____										GRAU DE INSTRUÇÃO				
												NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN ☐				
Nº DE FILHOS TIDOS			DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)												GRAVIDEZ	
NASC. VIVOS _____ NASC. MORTOS _____ TOTAL _____			MENOS DE 20 ☐ DE 20 A 27 ☐ 28 OU MAIS ☐ IGN ☐												ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRIPLICE ☐ MAIS DE 3 ☐ IGN ☐	
PARTO																
ESPONTÂNEO ☐ OPERATÓRIO ☐ FORCEPS ☐ IGN ☐																
MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO)																
ANTES ☐ DURANTE ☐ DEPOIS ☐ IGN ☐																
PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO FETAL, PESO AO NASCER _____ g																
RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE																
SIM ☐ NÃO ☐ IGN ☐																
O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO																
SIM ☐ SUBSTITUTO ☐ IML ☐ SVO ☐ OUTRO ☐																
O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO																
EXAME COMPLEMENTAR ☐ CIRURGIA ☐ NECROPSIA ☐																
SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐																
CAUSA DA MORTE: (ANOTE SO UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)																
PARTE - I																
DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE.																
CAUSAS ANTECEDENTES																
ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA																
PARTE - II																
OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU																
MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE																
TIPO																
HOMICÍDIO ☐ SUICÍDIO ☐																
ACIDENTE DE TRABALHO																
ACIDENTE																
ATROPELAMENTO ☐ DE MAIS ACID. TRÂNSITO ☐																
QUENA ☐ AFUGAMENTO ☐																
OUTRO ☐ IGNORADO ☐																
LOCAL DO ACIDENTE																
VIA PÚBLICA ☐																
DOMICÍLIO ☐																
OUTRO ☐																
IGN ☐																
NOME DO MÉDICO _____										CRM _____		DATA DO ATESTADO _____				
ENDEREÇO DO MÉDICO _____										TELEFONE _____		ASSINATURA _____				
DECLARANTE																
1ª TESTEMUNHA																
2ª TESTEMUNHA																
CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO _____																
MUNICÍPIO _____																

ANTES DE PREENCHER, DESTAQUE O CONJUNTO DE DUAS VIAS E LEIA COM ATENÇÃO O MANUAL DE INSTRUÇÕES