

DANIEL RIBEIRO MOREIRA

CORRELAÇÃO ANATOMOCLÍNICA

ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO
DA NECROPSIA COMO
MÉTODO DIAGNÓSTICO NO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Belo Horizonte
2007

DANIEL RIBEIRO MOREIRA

CORRELAÇÃO ANATOMOCLÍNICA

ESTUDO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA NECROPSIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Patologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina.

Área de concentração: Patologia Médica

Orientadora: Professora Ana Maria Arruda Lana

Co-orientador: Professor Pérsio Godoy

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2007

Moreira, Daniel Ribeiro
M838c Correlação anatomoclínica: estudo sobre a contribuição da necropsia como método diagnóstico no Hospital das Clínicas da UFMG/Daniel Ribeiro Moreira. Belo Horizonte, 2007. vi,85f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.
Área de concentração: Patologia Médica
Orientadora: Ana Maria Arruda Lana
Co-orientador: Pêrsio Godoy
1.Autopsia/estatística & dados numéricos 2.Técnicas de diagnóstico e procedimentos/utilização 3.Técnicas de diagnóstico e procedimentos/tendências 4.Diagnóstico clínico 5.Erros de diagnóstico 6.Estudo comparativo I.Título

NLM: QZ 35
CDU: 616-091.5

Este trabalho foi realizado com o apoio financeiro da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

(FAPEMIG)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Ana Maria Arruda Lana, por sua inspiração, seu constante incentivo, sua disponibilidade, compreensão e amizade.

Ao meu co-orientador, Professor Dr. Pêrsio Godoy, que desde o princípio apoiou a iniciativa desta pesquisa e contribuiu decisivamente para sua realização.

Ao Professor Dr. Luís Otávio Savassi Rocha, pelas valiosas informações gentilmente prestadas.

Ao Professor Ivan Barbosa Machado Sampaio, pelas orientações estatísticas com as quais este trabalho pôde ser iniciado.

Às Dras. Sílvia Fraga e Caroline Cardoso, pelo valioso auxílio na realização de importante parte deste estudo.

A Isabella Fernandes de Oliveira e Luciana Barreto de Lima, da Empresa Júnior de Estatística da UFMG, pela competente confecção da análise estatística.

À Dra. Eliane Drumond (Sistema de Informação de Mortalidade – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte) pelo interesse e pelos dados gentil e prontamente cedidos.

Às Dras. Inez De Brot Andrade, Marina De Brot Andrade e Louise De Brot Andrade, por sua amizade e apoio.

À Dra. Clara Feldman, por sua sábia orientação em momentos difíceis.

A meus pais, José Custódio e Jane, e minha avó, Neuza, a quem devo a pessoa que sou.

Ao Mauro, por seu afeto e apoio incondicionais.

"Clinical diagnosis is an imperfect science".

Stephen J. McPhee

SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Siglas	i
Lista de Figuras	ii
Lista de Tabelas	iv
Lista de Quadros	vi
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Breve revisão	2
1.2. Breve histórico dos números da necropsia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG)	7
2. OBJETIVOS	10
3. MATERIAIS E MÉTODOS	12
3.1. Materiais	13
3.1.1. Estudo da correlação anatomoclínica	13
3.1.2. Estudo da atitude dos médicos em relação à necropsia	13
3.2. Métodos	14
3.2.1. Estudo das discordâncias anatomoclínicas	14
3.2.2. Estudo dos diagnósticos ou acréscimos secundários	16
3.2.3. Diagnósticos discordantes mais freqüentes na amostra	17
3.2.4. <i>Causa mortis</i> e potencial impacto dos diagnósticos necroscópicos na terapêutica	17
3.2.5. Análise dos questionários	18
3.3. Análise estatística e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	18
4. RESULTADOS	19
4.1. Tipos de necropsia por faixa etária	20
4.2. Correlação anatomoclínica	21
4.2.1. Necropsias de todos os tipos, agrupadas	21
4.2.2. Necropsias perinatais	33
4.2.3. Necropsias pediátricas	39
4.2.4. Necropsias de adultos	43
4.3. <i>Causa mortis</i> e impacto no tratamento	49
4.3.1. <i>Causa mortis</i>	49
4.3.2. Impacto no tratamento	49
4.4. Atitude dos médicos em relação à necropsia	51
5. DISCUSSÃO	57
5.1. Estudo da correlação anatomoclínica: o perfil do HC-UFMG	58
5.1.1. Necropsias perinatais	60
5.1.2. Necropsias pediátricas	62
5.1.3. Necropsias de adultos	65
5.2. Atitude dos médicos em relação à necropsia	69
6. CONCLUSÕES	73
7. RESUMO	76
8. ABSTRACT	78
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
10. ANEXOS	85

LISTA DE SIGLAS

APM	Departamento de Anatomia Patológica
BOOP	Bronquiolite obliterante – pneumonia de organização
CM	<i>Causa mortis</i>
CN	Concordância negativa / concordantes negativos
DA	Discordância ausente com concordância completa entre diagnósticos clínicos e necroscópicos
DAT	Discordância ausente (total de casos)
DIC	Definição de intercorrência ou co-morbidade
DN	Discordância negativa / discordantes negativos
DP	Discordância parcial / discordantes parciais
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DS	Diagnósticos secundários ou acréscimos
DSC	Definição de síndrome clínica
DSM	Diagnóstico secundário maior
DSm	Diagnóstico secundário menor
DT	Discordância total
DTH	Definição de tipo histológico
DTT	Total de casos com discordância total
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IT	Impacto no tratamento
OR	Odds ratio (razão de chances)
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TEP	Tromboembolismo pulmonar
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMG	Universidade de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Fig. 1 - Curva descendente da taxa anual de realização de necropsias no Hospital das Clínicas da UFMG, de 1995 a 2005.....	9
Fig. 2 - Número total de necropsias de todas as faixas etárias, em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG realizadas em duas épocas distintas.....	20
Fig. 3 - Frequência de necropsias perinatais e de necropsias pediátricas e de adultos realizadas no HC-UFMG em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	21
Fig. 4 - Frequências de casos com discordância ausente ou presente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	22
Fig.5 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	23
Fig. 6 - Frequência de todos os tipos de correlação anatomoclínica em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	24
Fig. 7 - Frequência dos casos de DA e do conjunto de casos de DP e DT em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	30
Fig.8 - Frequências dos casos com e sem DSM em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	31
Fig.9 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	33
Fig.10 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	34
Fig.11- Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	35
Fig.12 - Frequências dos casos de discordância ausente e de discordância total em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	36
Fig.13 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	37
Fig. 14 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	39
Fig.15 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	40
Fig. 16 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	41

Fig. 17- Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	42
Fig. 18 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	43
Fig. 19 - Frequências dos casos de concordância (DAT) e de discordância parcial (DP) e total (DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	44
Fig. 20 - Frequências dos tipos de correlação anatomo-clínica em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	45
Fig. 21 - Frequências de casos de discordância ausente / concordância completa (DA) e discordância parcial e total (DP+DT) em necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	46
Fig. 22 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	47
Fig. 23 - Frequências dos casos sem acréscimos secundários e com acréscimos secundários maiores e menores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	48
Fig. 24 – Distribuição, de acordo com o cargo e com a área de atuação, de 246 médicos do HC-UFMG que responderam ao questionário.....	51
Fig. 25 – Respostas dos médicos do HC-UFMG à pergunta sobre a frequência com que solicitaram necropsias.....	52
Fig. 26 – Taxa de necropsia hospitalar considerada ideal por médicos de diferentes especialidades do HC-UFMG.....	53

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Tipos de necropsia por faixa etária em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	20
Tabela 2 - Frequências de casos com discordância ausente ou presente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	22
Tabela 3 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	23
Tabela 4 - Frequência de todos os tipos de correlação anatomoclínica em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	24
Tabela 5 - Frequências dos casos com e sem DSM em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	30
Tabela 6 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	33
Tabela 7 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	34
Tabela 8 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	35
Tabela 9 - Frequências dos casos de discordância ausente e de discordância total em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	36
Tabela 10 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	37
Tabela 11 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	39
Tabela 12- Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	40
Tabela 13 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	41
Tabela 14 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	42

Tabela 15 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	43
Tabela 16 - Frequências dos casos de concordância (DAT) e de discordância parcial (DP) e total (DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	44
Tabela 17- Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	45
Tabela 18 - Frequências de casos de discordância ausente / concordância completa (DA) e discordância parcial e total (DP+DT) em necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	46
Tabela 19 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	47
Tabela 20 - Frequências dos casos sem acréscimos secundários e com acréscimos secundários maiores e menores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	48
Tabela 21 - Frequência de casos em que a necropsia elucidou ou não a <i>causa mortis</i> de casos discordantes, em 62 necropsias de pacientes de todas as faixas etárias, do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	49
Tabela 22 - Frequência de casos com correlação discordante em que o diagnóstico necroscópico teria impacto no tratamento instituído, em 62 necropsias pediátricas e de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).....	50
Tabela 23 - Respostas selecionadas dos médicos do HC-UFMG às perguntas relacionadas aos motivos da não-solicitação de necropsias.....	54

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Diagnósticos DSC	25
Quadro 2 - Diagnósticos DTH	26
Quadro 3 - Diagnósticos DIC	27
Quadro 4 - Diagnósticos DT	28
Quadro 5 – Diagnósticos DSM na década de 70	32
Quadro 6 – Diagnósticos DSM na década de 90	32
Quadro 7 - DSM em necropsias perinatais na década de 90	38

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breve revisão

Valorizada como método diagnóstico até meados da década de 60, hoje a prática de necropsia encontra-se mundialmente em declínio. Até aquela época, o conhecimento das discordâncias entre diagnósticos clínicos e necroscópicos, propiciado pela necropsia, era considerado fundamental no meio médico. Acreditava-se que o desenvolvimento do controle de qualidade do atendimento médico prestado, o aprimoramento profissional, a obtenção de estatísticas precisas de mortalidade e o planejamento de políticas de saúde só poderiam ser atingidos de forma satisfatória com elevadas taxas de realização de necropsia, principalmente em hospitais de ensino. Além disso, era maior a utilização da necropsia nos projetos de pesquisa, e não se prescindia de sessões anatomoclínicas como valioso instrumento didático na educação médica (GOLDMAN et al, 1983; LUNDBERG, 1998; CHARLTON, 1994).

Nos Estados Unidos, a taxa de realização de necropsias variou entre 20 e 40% dos óbitos nas cinco primeiras décadas do último século, tendo-se elevado a 50%, ou pouco mais, nas sexta e sétima décadas. Entretanto, a partir de então, vem diminuindo continuamente, chegando a níveis em torno de 11% em 1992 (KISCHER, 1992; LUNDBERG, 1998; WELSH e KAPLAN, 1998; MARK, 2002) e a menos de 6% em 2002 (SHOJANIA et al, 2002). Tendências semelhantes são observadas em diferentes países (STEVANOVIC et al, 1986; CHARIOT et al, 2000; DE DÁVILA et al, 2003).

No Brasil, há relativa escassez de publicações que abordem a situação da necropsia no país, porém há fortes indícios de que ela não difere muito do que é relatado na literatura internacional. Uma das exceções mais conhecidas é constituída pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), onde a taxa de realização de necropsias encontra-se acima de 80%, sendo realizados cerca de 1.400 procedimentos por ano, incluindo os do Serviço de Verificação de Óbitos (PERES, 2000). Entretanto, de forma geral, tem sido notada diminuição progressiva no número de necropsias hospitalares na maioria das instituições brasileiras, e alguns autores observaram queda de 40% no número de necropsias em relação ao número total de óbitos hospitalares na última década estudada (ALMEIDA, 1989).

Segundo a literatura, o declínio é atribuído a uma variedade de fatores, chegando-se a questionar se a necropsia é ainda um procedimento útil ou

desejável. Tal questionamento deve-se, em parte, à valorização e ao aperfeiçoamento de novos testes diagnósticos, assim como a um possível temor de processos judiciais oriundos de falhas diagnósticas apontadas pela necropsia. (SARODE et al, 1993; CHARLTON, 1994; LUNDBERG, 1998; WELSH e KAPLAN, 1998; CHARIOT et al, 2000; MARK, 2002; DE DÁVILA et al, 2003; ROULSON et al, 2006; McPHEE, 1996 b).

Num contexto como o brasileiro, em que são ainda incipientes os sistemas de informação de mortalidade e crescente a preocupação com sua reformulação, incluindo a criação de novos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), parece apropriado expor e analisar questões como a utilidade e relevância da necropsia.

Apesar do avanço tecnológico alcançado pelos testes diagnósticos nas últimas décadas, existem dados na literatura que indicam a manutenção da utilidade da necropsia, diante da diminuição apenas discreta nos níveis gerais de discordância, entre diagnósticos clínicos e necroscópicos (ROULSON et al, 2006). ANDERSON e colaboradores (1989) analisaram mudanças na sensibilidade e na especificidade dos diagnósticos clínicos (confrontados com o exame *post mortem*) para determinados grupos de doenças comuns entre as décadas de 1930 e 1970 (ANDERSON et al, 1989). Verificaram que houve diminuição da sensibilidade / especificidade ao longo do tempo para doenças como tuberculose pulmonar e carcinoma gástrico; aumento para outras, como cardiopatia reumática e leucemias; e manutenção para outras, como tromboembolismo pulmonar, situação para a qual a sensibilidade do diagnóstico clínico costuma ser baixa em diferentes centros e em diferentes épocas. Comparando os anos de 1960, 1970 e 1980, GOLDMAN e colaboradores não encontraram diferenças significativas nas taxas gerais de discordância clínico-necroscópica nas três épocas (GOLDMAN et al, 1983). Esses autores propuseram uma classificação interessante das discordâncias encontradas, considerando o seu impacto potencial na sobrevivência do paciente, caso os diagnósticos necroscópicos discordantes houvessem sido conhecidos em vida.

Há outros estudos que abordam o tema, ora comparando épocas diferentes no que concerne a alterações na sensibilidade e especificidade do diagnóstico clínico, ora realizando análises seqüenciais de necropsias

consecutivas. Em um artigo de 1998, NICHOLS e colaboradores realizaram uma análise retrospectiva de 176 necropsias, encontrando uma ou mais causas de morte não diagnosticadas clinicamente em 79 casos (44,9%), sendo que dois terços dos diagnósticos fornecidos pela necropsia foram considerados tratáveis (NICHOLS et al, 1998). Em revisão de 1.000 necropsias consecutivas de pacientes adultos, SARODE et al encontraram discordâncias importantes entre diagnósticos clínicos e necroscópicos em 31,7% dos casos (SARODE et al, 1993). CAMERON e McGOOGAN, em análise de 1.152 necropsias hospitalares de rotina, encontraram numerosos diagnósticos anátomo-patológicos não elaborados clinicamente, sendo o tromboembolismo pulmonar, o infarto agudo do miocárdio e a peritonite aguda os mais freqüentes (CAMERON e McGOOGAN, 1981). Em outro estudo, examinando o nível de concordância sobre a causa básica de morte entre atestados de óbito e laudos de necropsia, os autores concluíram que, em 29% dos óbitos, as discordâncias encontradas levaram a uma reclassificação da causa básica em uma categoria diferente da Classificação Internacional de Doenças (KIRCHER et al, 1985).

Algumas publicações nacionais enfocaram o papel da necropsia como meio de aferição do diagnóstico clínico. Em estudo retrospectivo de 200 necropsias, realizado em Campinas, SP, o autor correlacionou os achados anátomo-patológicos com os diagnósticos clínicos *ante mortem*, tendo encontrado diagnósticos necroscópicos relevantes, sem que os mesmos houvessem sido formulados em vida (com maior freqüência, pielonefrite aguda, tromboembolismo pulmonar, dissecção aórtica aguda e broncopneumonia). Da mesma forma, a necropsia não confirmou alguns diagnósticos clínicos estabelecidos em vida, como tuberculose, paracoccidiodomicose, sepse e doença de Chagas (ALMEIDA, 1989).

Em estudo semelhante e mais recente, CORADAZZI et al, de Botucatu, SP, analisaram 96 necropsias realizadas no período de 1975 a 1982 e 156 realizadas entre 1992 e 1996, comparando achados necroscópicos com diagnósticos clínicos. Considerando-se a causa básica de morte, houve concordância entre os diagnósticos clínicos e anátomo-patológicos em 77% dos casos. Essa porcentagem de confirmação diminuiu para 60% em relação à causa imediata de morte, e para 50% no caso das causas secundárias, com ênfase em diagnósticos como trombose venosa profunda (presente em 83%

dos casos), tromboembolismo pulmonar (80%), broncopneumonia (46%) e neoplasias (38%) (CORADAZZI et al, 2003).

Na medicina fetal e neonatal, subespecialidade com enfoque distinto do praticado nas clínicas médico-cirúrgicas e pediátricas, é conhecido o valor da necropsia na determinação da *causa mortis*, mesmo diante do uso rotineiro de propedêutica pré-natal de alta tecnologia. Em estudo retrospectivo de 296 necropsias neonatais ao longo de uma década, foram encontrados diagnósticos não suspeitados em 44% dos casos, com discordâncias, classificadas como maiores e menores, identificadas em 12% e 32%, respectivamente (KUMAR et al, 2000). Numa revisão de 120 necropsias pediátricas completas e consecutivas realizadas em um período de seis anos (1995 a 2001), os autores encontraram os seguintes resultados: novas informações acrescentadas em 60,83% dos casos, diagnósticos que teriam alterado a terapêutica estabelecidos em 5% e aconselhamento genético propiciado pela necropsia em 2,5% (DE DÁVILA et al, 2003).

Entre os artigos que estudam discordâncias entre diagnósticos clínicos e necroscópicos, alguns procuram analisar possíveis causas da diminuição nas taxas de realização de necropsia (CHARLTON, 1994; LUNDBERG, 1998; CHARIOT et al, 2000; DE DÁVILA et al, 2003; BURTON, 2003). Aparentemente, atua uma conjunção de fatores inerentes à própria prática médica e outros de natureza sócio-cultural-político-econômica, e até mesmo psicológica, no já mencionado declínio (LUNDBERG, 1998; BURTON, 2003).

Em estudos baseados em questionários direcionados a médicos, observaram-se algumas contradições. Apesar da aparente valorização da necropsia como procedimento médico e de ensino, praticamente universal, identificou-se um desinteresse na sua prática, tanto por parte de clínicos quanto de patologistas (DE DÁVILA et al, 2003; MARK, 2002; CHARIOT et al, 2000).

Dentre as justificativas apontadas para tal desinteresse, ressaltam-se os seguintes: elevada pressão assistencial na prática clínica, com grande número de pacientes atendidos em estado grave; alta rotatividade do corpo médico em serviços de urgência e unidades de terapia intensiva; crença na certeza do diagnóstico clínico na maioria dos casos e relação médico-paciente insatisfatória, com ênfase em uma dificuldade específica na abordagem da

família do paciente falecido com a finalidade de obter a autorização de necropsia; temor de discordâncias diagnósticas evidenciadas pela necropsia, com desdobramentos judiciais; desestímulo de clínicos e cirurgiões diante de excessiva demora na liberação dos laudos finais pelos patologistas; e, por fim, aparente falta de entusiasmo em relação à necropsia por parte destes últimos, o que parece se confirmar em casos de serviços onde funcionam residências médicas em Patologia, pela freqüente delegação das atividades de necropsia a residentes principiantes, exclusivamente. (MARK, 2002; ROULSON et al, 2006).

Algumas razões apontadas para esse aparente desinteresse parecem ligadas ao fato de o procedimento comumente não ser diretamente remunerado e realizado em locais de infra-estrutura precária. Alguns qualificam-no como trabalhoso, demorado, desagradável e antiquado (MARK, 2002). Parece também influenciar no desestímulo de alguns patologistas o temor da contaminação por agentes infecciosos durante a realização de uma necropsia. Na análise dos dados obtidos a partir das respostas a seu questionário, CHARIOT et al encontraram incoerência entre as opiniões dos patologistas, em relação a dois aspectos particulares: num total de quatorze profissionais, doze acreditavam que seria necessário melhorar o treinamento dos residentes em necropsia; entretanto, dez declararam-se satisfeitos com o atual declínio nas taxas de realização de necropsia (CHARIOT et al, 2000).

À semelhança de alguns autores estrangeiros, tentou-se, também no Brasil, avaliar a atitude dos patologistas em relação à necropsia. Em apresentação oral intitulada "A Autópsia na Visão do Anatomopatologista", como parte da mesa redonda "Autópsia", realizada no XX Congresso Brasileiro de Patologia, em Belo Horizonte (1995), o professor Konradin Metze (UNICAMP – Campinas) apresentou os resultados da análise estatística das respostas a um questionário que havia sido distribuído entre os patologistas presentes no congresso anterior. Verificou-se, então, uma concordância geral de que a necropsia é importante atividade do patologista, devendo ser utilizada no ensino de graduação e aplicada como controle de qualidade dos serviços médicos. Entretanto, 25% dos patologistas "concordaram parcialmente" (alternativa de múltipla escolha existente no questionário) com a afirmação de que "os avanços das técnicas modernas diminuíram a necessidade de se fazer

necropsia”. Curiosamente, o grau de discordância com esta afirmativa correlacionou-se com a freqüência de realização da necropsia por médicos residentes. Ou seja, em se tratando dos residentes, o grau de discordância foi proporcional ao número de necropsias realizadas por eles em sua rotina de trabalho. Abordando diretamente a atitude em relação à necropsia, o questionário continha uma afirmação simples – “Gostei de fazer autópsias” – com a qual se poderia concordar ou não. Houve concordância em mais da metade dos questionários respondidos (83 de 152). Entretanto, ao se reformular a afirmativa – “Gostaria de fazer ou ter feito outras atividades em vez de autópsias” – um número maior de profissionais declarou preferir outras atividades à necropsia.

Os aspectos expostos acima sugerem que a atitude real dos médicos em relação à necropsia pode desempenhar papel importante na determinação do declínio observado nas suas taxas de realização e na manutenção dessa tendência. Alguns aspectos do pensamento médico e as condições atuais em que a medicina é exercida, com todas as suas vantagens e desvantagens, parecem ter conduzido a ciência médica a um ponto em que torna-se necessária uma abrangente conscientização a respeito do valor da necropsia como ato médico e instrumento de ensino.

1.2. Breve histórico dos números da necropsia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

O início regular das atividades de necropsia no que hoje constitui o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM) se deu em 1944, com a transferência do Prof. Luigi Bogliolo do Rio de Janeiro para Belo Horizonte, onde veio atuar como docente na Faculdade de Medicina da então Universidade de Minas Gerais (UMG). Após a fundação do Hospital das Clínicas, o qual funcionou por muitos anos como órgão vinculado à Faculdade de Medicina, o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital, incluindo o setor de necropsias, permaneceu funcionando, como até hoje, no Departamento de Anatomia Patológica (APM) da Faculdade de Medicina da UFGM.

Depois de um período inicial, de pouco mais de uma década, em que a média anual de necropsias girou em torno de 84 necropsias / ano, teve início,

na Faculdade de Medicina, o funcionamento do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), o que explica a elevadíssima média de 1606 necropsias / ano, entre 1959 e 1968, número que voltaria a decrescer a partir de 1969. Durante todo esse período, as sessões anatomoclínicas sobre os casos de pacientes internados no HC foram amplamente utilizadas na educação médica da instituição. O SVO, embora tendo contribuído para a formação dos patologistas, não representou fonte apropriada para exercícios de correlação anatomoclínica.

Dentre os trabalhos científicos produzidos nesta época, com base em dados fornecidos por necropsias, destacam-se as contribuições do Prof. Luigi Bogliolo para o entendimento da esquistossomose mansônica em suas diversas formas e os trabalhos dos professores Pedro Raso e Hipólito de Oliveira Almeida, que muito acrescentaram ao conhecimento da patogenia da lesão vorticilar na cardiopatia chagásica crônica (ROCHA, 1992), para mencionar apenas dois exemplos. O rico acervo do material de necropsias do APM continua servindo, há décadas, como fonte de importante produção científica gerada a partir de linhas de pesquisa desenvolvidas no programa de pós-graduação em Patologia, por alunos e docentes do APM, da Faculdade de Medicina da UFMG e de outras instituições de ensino superior de Minas Gerais.

Ao longo dos anos 80 e 90, acentuou-se o declínio nos números absolutos anuais de necropsias que se iniciara na segunda metade da década de 70. Tal redução ocorreu, principalmente, entre as necropsias de adultos e pediátricas, ao passo que se verificou, a partir de certo momento, um incremento, e relativa manutenção, dos números de necropsias perinatais. No período de 1975 a 1997, observa-se média anual de 140 necropsias, sendo que, daquelas realizadas entre 1989 e 1998, 65% foram perinatais, 7% pediátricas e 28% de adultos. O predomínio das necropsias perinatais nesse período atribui-se, pelo menos em parte, à criação, em 1989, do Centro de Medicina Fetal (CEMEFE) do HC-UFMG. Manteve-se, portanto, a tendência decrescente no número de necropsias de adultos. Os números absolutos anuais de necropsias realizadas na Faculdade de Medicina, até a década de 90, encontram-se disponíveis na seção "Anexos" (dados fornecidos pelo Prof. Dr. Pérsio Godoy).

Em 2002, foi interrompida quase completamente a realização de necropsias, com exceção das perinatais, havendo conseqüente diminuição

ainda mais acentuada no número anual de necropsias no Serviço de Anatomia Patológica. Apesar de, em 2005, ter ocorrido a retomada das necropsias de adultos, durante o ano de 2006 ocorreram apenas cinco procedimentos desse tipo. O gráfico ilustrado na Fig. 1 mostra a curva descendente da taxa de realização de necropsias no HC-UFMG na última década.

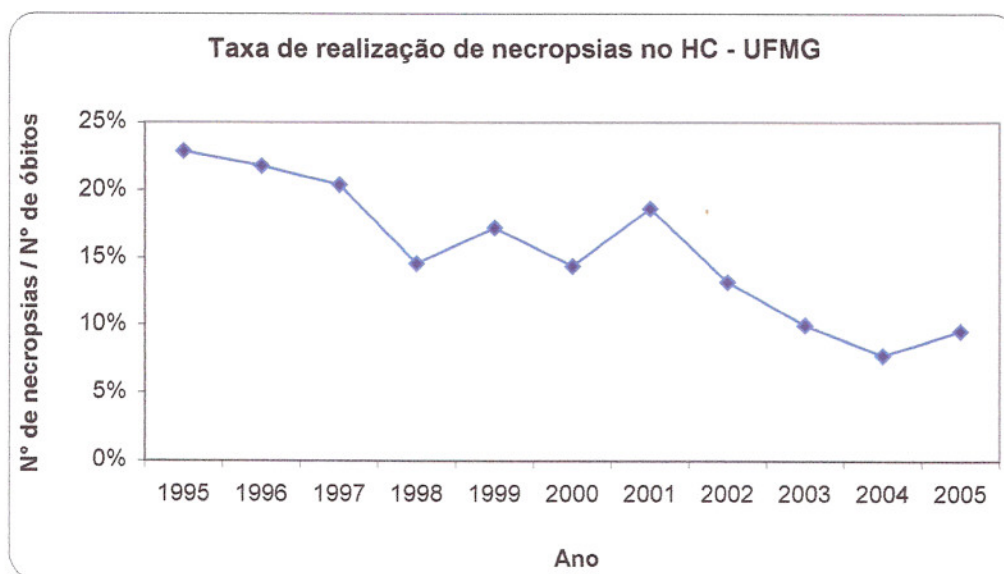


Fig. 1 – Curva descendente da taxa anual de realização de necropsias no Hospital das Clínicas da UFMG, de 1995 a 2005. Notar declínio mais acentuado após ligeiro pico no ano de 2001.

Dados fornecidos pelo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Diante da constatação do declínio na utilização da necropsia no HC-UFMG, torna-se necessário refletir a respeito dos prejuízos acarretados para o ensino médico, controle de qualidade da assistência médica prestada e pesquisa na instituição, além da redução na qualidade das informações fornecidas aos registros de mortalidade do município e do estado, por um Hospital da complexidade e da importância do Hospital das Clínicas da UFMG.

Esta mesma constatação representou a principal motivação para a realização deste estudo, que pode ser definido como uma tentativa de se compreenderem as razões para a tendência ao abandono de um procedimento médico que teve tão grande valor na história daquela instituição.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar se, nas últimas décadas, houve diminuição da importância da necropsia como método diagnóstico no HC-UFMG.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a correlação anatomoclínica, com relação aos diagnósticos e à *causa mortis*, em pacientes do HC-UFMG, submetidos a necropsia em duas épocas distintas;
- Através do estudo da correlação anatomoclínica, determinar os diagnósticos discordantes mais prevalentes na instituição, nas duas épocas;
- Analisar a atitude atual dos médicos do HC – UFMG em relação à necropsia.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Materiais

3.1.1. Estudo da correlação anatomoclínica

O material analisado consistiu de amostra aleatoriamente selecionada de 160 casos de óbitos ocorridos no HC – UFMG em duas épocas distintas, 80 deles entre os anos 1974 e 1978 e 80 entre os anos 1997 e 2000, compreendendo necropsias perinatais (de natimortos e neomortos), pediátricas e de adultos. Neste estudo, são considerados neomortos os indivíduos com idade menor ou igual a 30 dias de vida; pacientes pediátricos os que tinham idade entre 31 dias e 16 anos completos; e adultos os indivíduos com idade maior ou igual a 17 anos. Foram incluídas somente as necropsias completas, com análise histológica e documentação disponível, incluindo laudo neuropatológico. Em relação aos casos de necropsias perinatais, não foram excluídos aqueles em que não havia sido realizado o estudo da placenta.

As necropsias foram selecionadas nos arquivos do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal (APM) da Faculdade de Medicina da UFMG, constituindo-se dos seguintes componentes:

- a) protocolo de necropsia preenchido, contendo descrições macro e microscópicas e conclusões finais, incluindo o laudo neuropatológico e o laudo final assinado;
- b) as respectivas requisições de necropsia, preenchidas pelos médicos solicitantes, contendo a observação clínica dos pacientes, dados do exame físico, resultados de exames complementares, as hipóteses diagnósticas e a terapêutica instituída.

3.1.2. Estudo da atitude dos médicos em relação à necropsia

Para essa finalidade, utilizou-se questionário abordando as opiniões e a atitude dos profissionais médicos (clínicos e patologistas) do HC-UFMG em relação à necropsia, bem como possíveis dificuldades objetivas e subjetivas enfrentadas nas situações em que o procedimento está envolvido (anexo I).

3.2. Métodos

3.2.1. Estudo das discordâncias anatomoclínicas

Na determinação de se a necropsia permanece um procedimento útil e relevante no HC-UFMG, foram comparadas, em duas épocas distintas, as taxas de discordância entre diagnósticos necroscópicos e diagnósticos clínicos na amostra selecionada, realizando-se correlação anatomoclínica entre o laudo de necropsia e as informações contidas na requisição. Entende-se como *discordância* entre diagnóstico necroscópico e diagnóstico clínico a circunstância na qual a necropsia revela um diagnóstico não formulado ou elaborado clinicamente, e também o evento em que a necropsia refuta hipóteses clínicas, mesmo sem ter sido possível a determinação de um diagnóstico anatomopatológico preciso.

Pretende-se, com isso, avaliar se a evolução do conhecimento médico, ocorrida no intervalo entre os anos 1970 e os anos 1990, incluindo o aperfeiçoamento de técnicas diagnósticas empregadas na clínica, teve impacto significativo nas taxas de discordância entre diagnósticos necroscópicos e clínicos. Manutenção dessas taxas de uma época para a outra em níveis semelhantes será considerada um indicador da persistência de limites no poder diagnóstico da clínica e, conseqüentemente, da permanência do valor da necropsia como método de aferição do diagnóstico clínico.

A análise considerou todas as necropsias da amostra em conjunto ou sua estratificação por faixa etária, ou seja, perinatal, pediátrica e do adulto.

Considerando a causa básica de morte, como definida pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (LAURENTI e JORGE, 2004), a correlação anatomoclínica entre o laudo de necropsia e as informações contidas na requisição permitiu estabelecer diferentes graus de discordância entre os diagnósticos necroscópicos e os diagnósticos clínicos, a saber:

- **Discordância ausente (DAT):** nos casos de concordância completa entre os diagnósticos clínicos e os necroscópicos, ou mesmo nos casos em que nenhum diagnóstico pôde ser formulado, nem pela clínica, nem pela necropsia. Os primeiros ficaram identificados através da sigla **DA**, e os últimos foram denominados de *concordantes negativos (CN)*. O conjunto formado por **DA** e **CN**

representa o grupo de casos identificado pela sigla **DAT** (total de casos com discordância ausente).

- **Discordância parcial (DP):** nos casos em que as hipóteses clínicas estavam corretas, porém incompletas, tendo havido um significativo refinamento diagnóstico com a necropsia. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias:
 - ❖ **Definição de síndrome clínica (DSC):** nos casos em que há definição etiológica, ou classificação correta, pela necropsia, de síndrome clínica identificada em vida. Como exemplos, citam-se os seguintes: conhecimento, pela clínica, de uma síndrome de insuficiência cardíaca congestiva, tendo a necropsia elucidado tratar-se de insuficiência mitral reumática; conhecimento, pela clínica, de rins policísticos fetais, havendo a necropsia esclarecido tratar-se de uma doença renal policística autossômica dominante na forma infantil.
 - ❖ **Definição de tipo histológico (DTH):** nos casos em que há definição, pela necropsia, de tipo histológico de neoplasia maligna clinicamente conhecida. Por exemplo, conhecimento, pela clínica, de um câncer pulmonar, tendo a necropsia revelado tratar-se de adenocarcinoma.
 - ❖ **Definição de intercorrência ou co-morbidade (DIC):** nos casos em que há indicação, pela necropsia, de intercorrência importante ou co-morbidade em paciente cuja doença de base era conhecida clinicamente. Muitas vezes, a referida intercorrência é que deu início aos eventos que culminaram na *causa mortis*. Por exemplo, pneumonia lobar, diagnosticada somente pela necropsia, em paciente sabidamente portador de drepanocitose; tromboembolismo pulmonar, diagnosticado somente pela necropsia, em paciente portador de cardiopatia chagásica crônica clinicamente conhecida; citomegalovirose disseminada, diagnosticada somente pela necropsia, em paciente sabidamente portador de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).
- **Discordância total (DTT):** nos casos em que a necropsia revela o diagnóstico correto, quando outro diagnóstico era considerado

correto pela clínica, ou mesmo na ausência de um diagnóstico formulado pela clínica; como exemplo, uma situação em que o diagnóstico de “carcinoma intestinal” foi informado pela clínica, e a necropsia mostrou tratar-se de tuberculose intestinal. Estes casos ficaram identificados através da sigla **DT**. Também foram considerados como discordâncias totais os casos em que havia hipóteses consideradas corretas pela clínica, mas que foram refutadas pela necropsia, sem que esta, no entanto, tivesse sido capaz de apontar um diagnóstico correto. Como exemplo, cita-se situação em que há disfunção de múltiplos órgãos e choque, e a clínica considera o diagnóstico de leptospirose; a necropsia, entretanto, evidencia apenas os sinais de choque, sem diagnosticar a doença que o paciente apresentava. Estes casos foram denominados de *discordantes negativos* (**DN**). O conjunto formado por **DT** e **DN** é o grupo de casos identificado pela sigla **DTT** (total de casos com discordância total).

3.2.2. Estudo dos diagnósticos ou acréscimos secundários

Além da obtenção de diferentes níveis de discordância entre diagnósticos necroscópicos e clínicos, acima discriminados, a correlação anatomoclínica permitiu verificar que, em muitos casos, a necropsia forneceu acréscimos ou diagnósticos secundários (**DS**) não elaborados clinicamente. No presente estudo, entende-se por diagnóstico secundário aquele relacionado ou não à doença principal, que, à época da morte do paciente, não estava representado no quadro clínico – exceção se faz para os casos em que a necropsia tenha revelado metástases ou disseminação de neoplasias malignas, situações enquadradas como acréscimos secundários, mas que compunham o quadro principal. Os diagnósticos necroscópicos secundários foram subdivididos em maiores e menores. Entende-se por diagnóstico secundário maior (**DSM**) aquele de doença que, embora não indicando o quadro principal, contribuiu para a morte do paciente, ou ainda um diagnóstico que influenciaria na conduta terapêutica, caso houvesse sido conhecido. Por exemplo, pielonefrite aguda em paciente com cirrose hepática alcoólica; metástases pulmonares em paciente com carcinoma de colo uterino. Entende-se por

diagnóstico secundário menor (**DSm**) o de doença que, à época da morte do paciente, não contribuiu para a mesma, ou, se conhecida, não teria tido impacto na terapêutica, pelo menos naquele momento. Como exemplos, citam-se os bócios hiperplásicos, as hiperplasias nodulares prostáticas sem obstrução urinária importante, e demais achados de necropsia não relacionados ao quadro principal.

Os casos em que houve diagnósticos secundários foram agrupados segundo a existência de acréscimos maiores ou não; ou seja, para fins de contagem e comparação entre as épocas, os casos em que houve acréscimos maiores e menores ou somente maiores foram separados dos casos em que houve somente acréscimos menores ou em que não houve acréscimos secundários.

3.2.3. Diagnósticos discordantes mais freqüentes na amostra

Foram listados, separados por época e faixa etária (tipo de necropsia), os diagnósticos necroscópicos discordantes, classificados por grupos de doenças, de acordo com critérios etiológicos e topográficos.

3.2.4. *Causa mortis* e potencial impacto dos diagnósticos necroscópicos na terapêutica

Foram contados todos os casos em que a *causa mortis* foi fornecida somente pela necropsia (**CM**), e, separadamente, os casos de necropsias pediátricas e de adultos em que pelo menos um diagnóstico necroscópico, se conhecido em vida, teria tido algum impacto no tratamento instituído (**IT**). Neste estudo, considerou-se impacto na terapêutica qualquer modificação realizada no tratamento, total ou parcial. Uma possibilidade de modificação parcial seria o acréscimo de medicações, como instituição de antibioticoterapia em caso de doença infecciosa associada a um outro quadro (por exemplo, uma neoplasia já em tratamento, à qual associa-se pielonefrite aguda). As proporções de tais casos foram comparadas nas duas épocas.

3.2.5. Análise dos questionários

Foi realizada análise das idéias e opiniões mais freqüentes a respeito da necropsia entre médicos e docentes do HC-UFMG, levantadas por questionário distribuído aleatoriamente. Foram comparadas as freqüências das respostas entre diferentes especialidades médicas do hospital. A análise das respostas ao questionário visou, tão somente, à elaboração de um retrato momentâneo das opiniões vigentes a respeito da necropsia e, uma vez que a amostragem foi selecionada por distribuição aleatória do questionário, não se pretende correlacionar, de forma direta, as freqüências das respostas obtidas com as atuais taxas de realização de necropsia no HC-UFMG.

3.3. Análise estatística

Os dados obtidos do estudo de correlação anatomoclínica foram lançados no programa estatístico SPSS 10.0 for Windows e as freqüências de ocorrência de cada tipo de evento descrito acima – DAT (DA + DN), DP (DSC, DTH, DIC), DTT (DT + DN) - nas duas épocas, foram comparadas utilizando-se o teste exato de Fisher. Nos casos de DAT e DTT, a comparação foi realizada incluindo-se os CN e DN, respectivamente, e também com sua exclusão. O mesmo método foi empregado para a comparação, nas duas épocas, das freqüências de DSM, CM e IT. Para algumas comparações, foi calculada, ainda, a razão de chances (*odds ratio* ou OR).

As respostas obtidas do questionário foram lançadas no banco de dados Epi-INFO versão 6.0 e as freqüências comparadas através de tabelas de contingência, com aplicação do teste do qui-quadrado ou do teste exato de Fisher.

As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando apresentaram valores p menores que 0,05.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP), segundo o parecer ETIC 284/05.

4. RESULTADOS

4.1. Tipos de necropsia por faixa etária

Considerando o total da amostra, ou seja, o conjunto das duas épocas, observa-se maior número de necropsias de adultos, conforme mostrado na Fig.1:

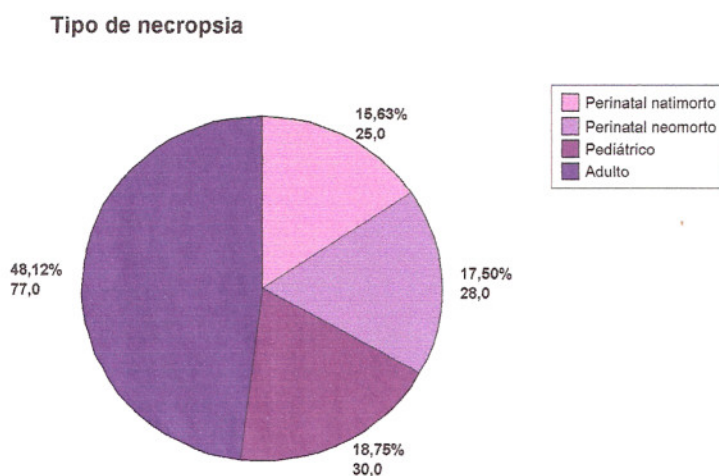


Fig. 2 - Número total de necropsias de todas as faixas etárias, em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG realizadas em duas épocas distintas

Entretanto, separando-se a amostra em dois grupos, de acordo com a época do procedimento (década de 70 e década de 90), nota-se predomínio de necropsias pediátricas e de adulto na década de 70, e de perinatais na década de 90, como consta na Tabela 1:

Tabela 1 - Tipos de necropsia por faixa etária em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000)

		TIPO			TOTAL
		Perinatal	Pediátrico	Adulto	
Época	1975-1978	3	21	56	80
	1997-2000	50	9	21	80
Total		53	30	77	160

Se contadas em conjunto, as necropsias pediátricas e de adulto formam um grupo com predomínio absoluto na década de 70 (época 1, 1975 a 1978), quando representaram 77 de 80 necropsias, e foram menos numerosas na década de 90 (época 2, 1997 a 2000), apenas 30 de 80 necropsias, conforme ilustrado no gráfico de barras da Fig. 3:

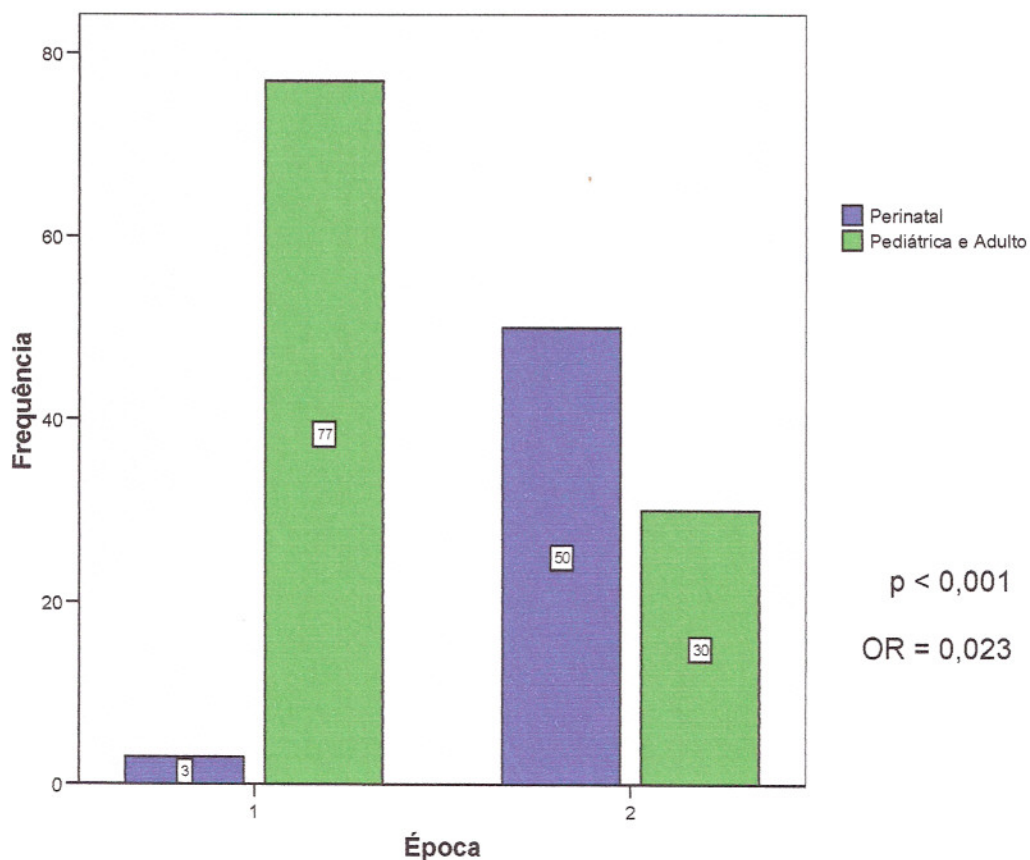


Fig. 3 - Frequência de necropsias perinatais e de necropsias pediátricas e de adultos, realizadas no HC-UFMG em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000)

De acordo com a razão de chances encontrada, a possibilidade de uma necropsia ter sido realizada em um indivíduo com mais de 30 dias de vida em relação a um indivíduo com menos de 30 dias de vida na década de 70 é 43,48 vezes maior do que na década de 90.

4.2. Correlação anatomoclínica

4.2.1. Necropsias de todos os tipos, agrupadas

Considerando em conjunto todos os casos concordantes (DAT) e todos os casos discordantes (DP + DTT), criam-se grupos de casos discordantes maiores que os de casos concordantes em proporções semelhantes nas duas épocas, conforme se vê na tabela 2 e no gráfico de barras da Fig. 4.

Tabela 2 - Frequências de casos com discordância ausente ou presente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

	Correlação		Total
	DAT	DP + DTT	
Época 1975-1978	35	45	80
1997-2000	32	48	80
Total	67	93	160

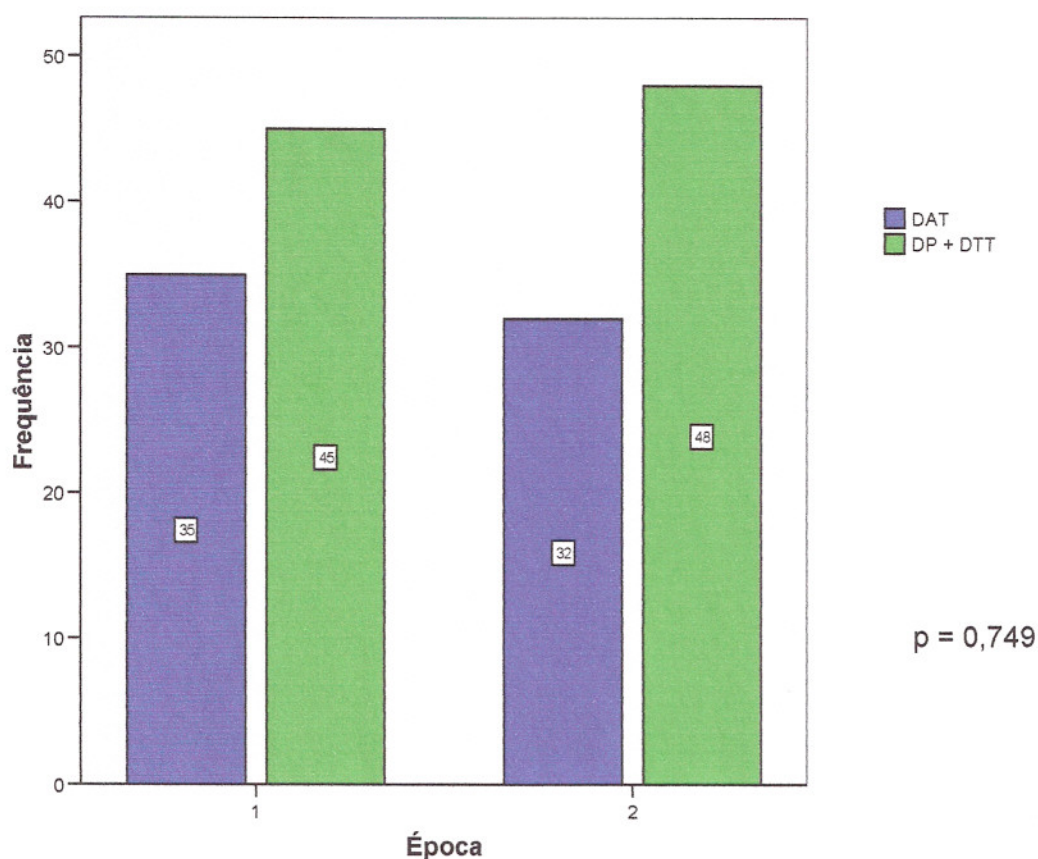


Fig. 4 - Frequências de casos com discordância ausente ou presente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Ao se separarem os casos discordantes em DP e DTT, encontram-se os seguintes números, expostos na tabela 3 e na Fig. 5 :

Tabela 3 - Freqüências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 160 necropsias de pacientes do HC-UFGM, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Correlação			Total
		DAT	DP	DTT	
Época	1975-1978	35	23	22	80
	1997-2000	32	31	17	80
Total		67	54	39	160

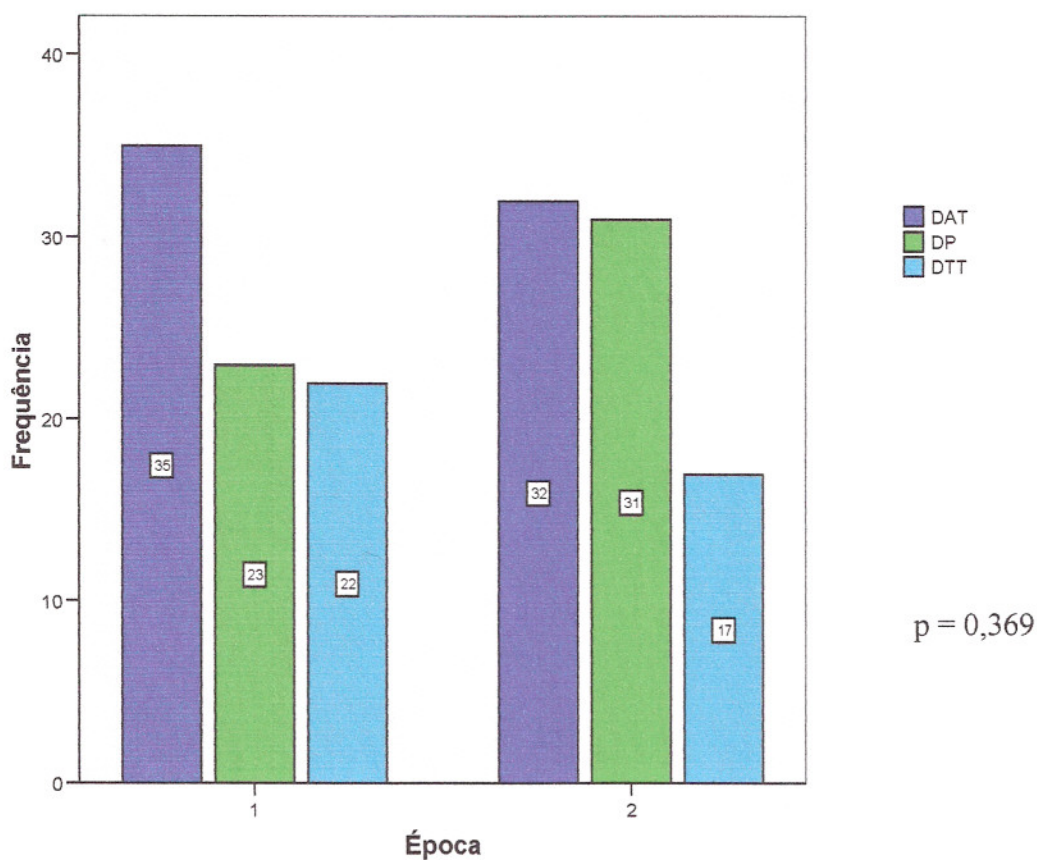


Fig.5 - Freqüências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em necropsias de pacientes do HC-UFGM, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quando se desmembram os casos discordantes, os casos de DA tornam-se os mais numerosos, nas duas épocas. Há um incremento de DSC na década de 90, e DIC é mais freqüente na década de 70, assim como DTH, como se observa na tabela 4 e no gráfico da Fig. 6.

Tabela 4 - Frequência de todos os tipos de correlação anatomoclínica em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação							Total
	DA	CN	DSC	DTH	DIC	DT	DN	
1975-1978	33	2	7	5	11	21	1	80
1997-2000	28	4	24	1	6	15	2	80
Total	61	6	31	6	17	36	3	160

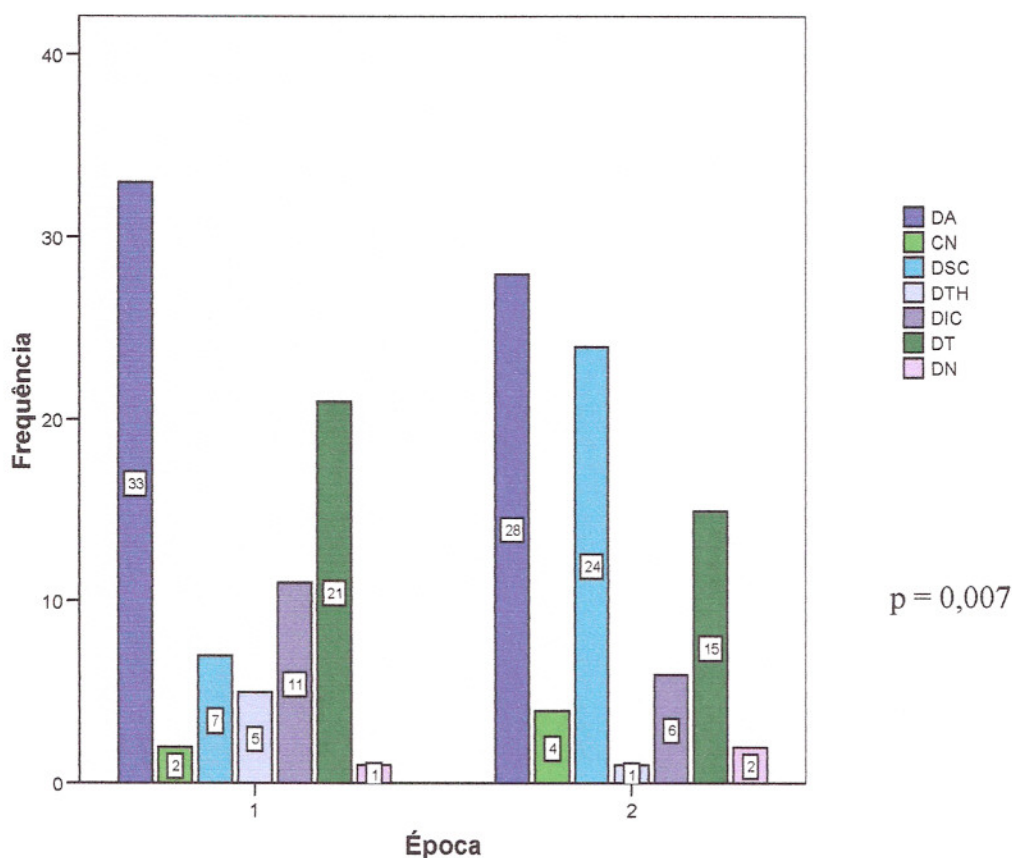


Fig. 6 - Frequência de todos os tipos de correlação anatomoclínica em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quando o nível de discordância anatomoclínica considerado é aquele em que é conhecida uma síndrome clínica cuja definição etiológica ou correta classificação só foi possível à necropsia (DSC), os diagnósticos necroscópicos obtidos foram agrupados segundo as categorias diagnósticas expostas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Diagnósticos necroscópicos que definiram ou corretamente classificaram síndromes clínicas – discordância parcial DSC

Tipo de necropsia	Diagnóstico	Década de 70	Década de 90
		Nº Casos	Nº Casos
Perinatal	Síndromes e/ou malformações congênitas	0	14
	Pneumonia	0	1
	Outras doenças ou situações clínicas	0	1
	Hidropisia fetal, sem malformações identificadas	0	1
	Acidentes de cordão	0	1
	Total	0	18
Pediátrica + Adulto	Síndromes e/ou malformações congênitas	4	3
	Pneumonia	0	1
	Outras infecções ou infestações	1	3
	Nefropatias crônicas	2	0
	Doença Reumática ou cardiopatia reumática	3	0
	Cirrose hepática	0	1
	Outras doenças ou situações clínicas	0	1
	Total	10	9

Em se tratando de necropsias perinatais, percebe-se o predomínio absoluto de casos de síndromes ou malformações congênitas, todos na década de 90, representadas por 14 de 18 casos. Já no grupo constituído pelas necropsias pediátricas e de adultos, essa categoria diagnóstica apresentou distribuição semelhante nas duas épocas, com quatro casos na década de 70 e três casos na década de 90. Nota-se, ainda, que nefropatias crônicas ou doença reumática como diagnósticos necroscópicos neste nível de discordância, ocorreram em pequeno número, e apenas na amostra da década de 70; cirrose hepática e pneumonia, por sua vez, ocorreram apenas uma vez neste nível de discordância, e apenas na amostra da década de 90.

Quando se considera o nível de discordância anatomoclínica em que apenas o tipo histológico de uma neoplasia maligna não era conhecido em vida (DTH), obtiveram-se os seguintes tipos de neoplasia, distribuídos conforme as categorias expostas no Quadro 2 :

Quadro 2 - Diagnósticos necroscópicos que definiram tipos histológicos de neoplasias malignas – discordância parcial DTH

Tipo de necropsia	Diagnóstico	Época	
		Década de 70	Década de 90
		Nº Casos	Nº Casos
Perinatal	Outras neoplasias malignas	0	1
	Total	0	1
Pediátrica + Adulto	Carcinoma gástrico	2	0
	Carcinoma do fígado ou peri-ampular	1	0
	Carcinoma broncopulmonar	1	0
	Outras neoplasias malignas	1	0
	Total	5	0

Apenas um caso ocorreu no grupo das necropsias perinatais, na década de 90, representado por neuroblastoma congênito dos hemisférios cerebrais em um neomorto – havia conhecimento pela clínica de uma massa intracraniana e perguntava-se por “tumor cerebral”. Os demais tipos ocorridos encontram-se no grupo das necropsias pediátricas e de adultos, pertencendo todos os casos à amostra da década de 70.

Nos casos em que o nível de discordância anatomoclínica considerado é aquele em que o paciente era sabidamente portador de uma doença de base, mas que apresentou uma intercorrência grave ou sofria de uma co-morbidade cujo conhecimento só pôde ser propiciado pela necropsia (DIC), os diagnósticos fornecidos estão representados no Quadro 3.

No grupo das necropsias perinatais, ocorreu apenas um caso de DIC, na amostra referente à década de 90, representado por um caso de dano alveolar difuso em um neomorto sabidamente portador da síndrome de Patau. Tromboembolismo pulmonar foi um dos diagnósticos mais freqüentes no grupo das necropsias pediátricas e de adultos, neste nível de discordância, com três casos na amostra referente à década de 70 e apenas um caso na referente à década de 90.

Quadro 3 - Diagnósticos necroscópicos que definiram intercorrências ou co-morbidades – discordância parcial DIC

Tipo de necropsia	Diagnóstico	Época	
		Década de 70	Década de 90
		Nº casos	Nº Casos
Perinatal	Pneumopatias do período neonatal *	0	1
	Total	0	1
Pediátrica + Adulto	TEP	3	1
	Outras doenças ou situações clínicas	2	2
	Pneumonia	3	0
	Outras infecções ou infestações	0	1
	Peritonite aguda ou abdome agudo	1	1
	Carcinoma gástrico	1	0
	Fenômenos tromboembólicos, além de TEP	1	0
	Total	11	5

* Exceto pneumonia
TEP = Tromboembolismo pulmonar

O grupo heterogêneo sob o rótulo de “outras doenças ou situações clínicas”, neste nível de discordância (DIC), é representado por situações distintas: um caso de hemorragia retroperitoneal grave por acidente de punção da veia femoral em paciente pediátrico e um caso de edema agudo de pulmão em paciente adulto portador de neoplasia maligna metastática clinicamente conhecida, ambos pertencentes à amostra da década de 70; houve ainda um caso de linfadenopatia de Kikuchi-Fujimoto como co-morbidade em paciente pediátrico sabidamente portador de calazar e um caso de encefalopatia de Wernicke aguda em paciente pediátrico sabidamente portador de aplasia medular. Pneumonia, como intercorrência apontada pela necropsia, ocorreu em três casos pertencentes à amostra da década de 70. O caso representado na tabela acima por “outras infecções ou infestações”, ocorrido na amostra referente à década de 90, corresponde a citomegalovirose disseminada em paciente adulto sabidamente portador de SIDA.

Por fim, considerando-se os casos em que houve discordância total (DT) entre o laudo de necropsia e a requisição, os diagnósticos necroscópicos obtidos foram os seguintes (Quadro 4):

Quadro 4 - Diagnósticos discordantes totais - DT

Tipo de necropsia	Diagnósticos	Época	
		Década de 70	Década de 90
		Nº Casos	Nº Casos
Perinatal	Síndromes e/ou malformações congênitas	0	1
	Outras doenças ou situações clínicas	0	3
	Insuficiência placentária	0	2
	Outras infecções ou infestações	0	2
	Total	0	8
Pediátrica + Adulto	Pneumonia	1	1
	Esquistossomose	1	0
	Outras infecções ou infestações	5	2
	Carcinoma gástrico	1	1
	Carcinoma do fígado ou peri-ampular	2	0
	Outras neoplasias malignas	2	0
	IAM ou Doença coronariana	2	0
	Outras cardiopatias	2	0
	Outras doenças ou situações clínicas	4	5
	Cardiopatía chagásica / Doença de Chagas	1	0
	TEP	1	0
	DPOC	1	0
	Síndromes e/ou malformações congênitas	1	0
Total	24	9	

IAM = Infarto agudo do miocárdio; TEP = Tromboembolismo pulmonar

DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Nota-se que, neste nível de discordância (DT), os diagnósticos necroscópicos são mais heterogêneos, o que se evidencia pelo predomínio das categorias “outras infecções ou infestações” (esta principalmente na amostra referente à década de 70) e “outras doenças ou situações clínicas”. No grupo das necropsias perinatais, todas pertencentes à amostra da década de 90, sob este último rótulo (“outras doenças ou situações clínicas”) foram representados dois casos de hidropisia fetal não-imunitária (associada a malformações congênitas) e um caso de neomorto macrossômico apresentando várias

alterações próprias do diabetes materno. Os casos de “outras infecções ou infestações” foram representados, ambos, por infecções hematogênicas em natimortos.

No caso das necropsias pediátricas e de adultos, observa-se que os casos de “outras infecções ou infestações” foram mais frequentes na amostra referente à década de 70, sendo representados por um caso de tuberculose intestinal com disseminação da doença, um caso de artrite séptica, também com disseminação bacteriana e sepse, e outras infecções graves, como leptomeningite purulenta; na amostra referente à década de 90, houve dois casos: pneumonia viral (possível sarampo) em paciente pediátrico e tuberculose miliar (paciente adulto).

Quanto ao grupo representado pelo rótulo “outras doenças ou situações clínicas”, nota-se que o mesmo foi mais numeroso na amostra referente à década de 90, sendo constituído por doenças variadas, como bronquiolite obliterante – pneumonia de organização, abscesso hepático solitário, encefalopatia de Wernicke e complicações pós-transplante (um caso de transplante hepático e um caso de transplante renal). Na amostra referente à década de 70, esse grupo é representado por um caso de pancreatite crônica com crise de agudização, um caso de teratoma maduro ovariano com ruptura e formação de pseudomixoma peritoneal, um caso de hepatite tóxica (medicamentosa) e um caso de esquistossomose na forma hépato-esplênica complicando-se com edema agudo de pulmão – através de mecanismo fisiopatológico obscuro (não elucidado pela necropsia).

Chamam atenção dois casos de carcinoma de fígado / peri-ampular, ambos ocorridos na década de 70. Da mesma forma, neste nível de discordância, as cardiopatias foram também mais frequentes na amostra da década de 70, com dois casos de infarto agudo do miocárdio, um caso de cardiopatia chagásica crônica com superposição de cardiopatia hipertensiva e um caso de cardiomiopatia dilatada, com características de etiologia alcoólica.

Diante dos diagnósticos discordantes expostos nas tabelas acima, parece pertinente agrupá-los, somando-se o número de casos de DP (DSC, DTH e DIC) ao número de casos de DTT (DP + DTT), para fins de comparação com o número de casos de DAT. Re-agrupando-se os casos discordantes e excluindo-se os casos negativos (CN e DN), pouco numerosos, restam os

casos de DA e o grupo formado pela união dos casos de DP e DT (DP + DT). Obtém-se um gráfico semelhante ao da Fig. 4, em que, novamente, observa-se predomínio dos casos discordantes em ambas as épocas, em proporções sem diferenças estatisticamente significativas, conforme se observa no gráfico da Fig. 7:

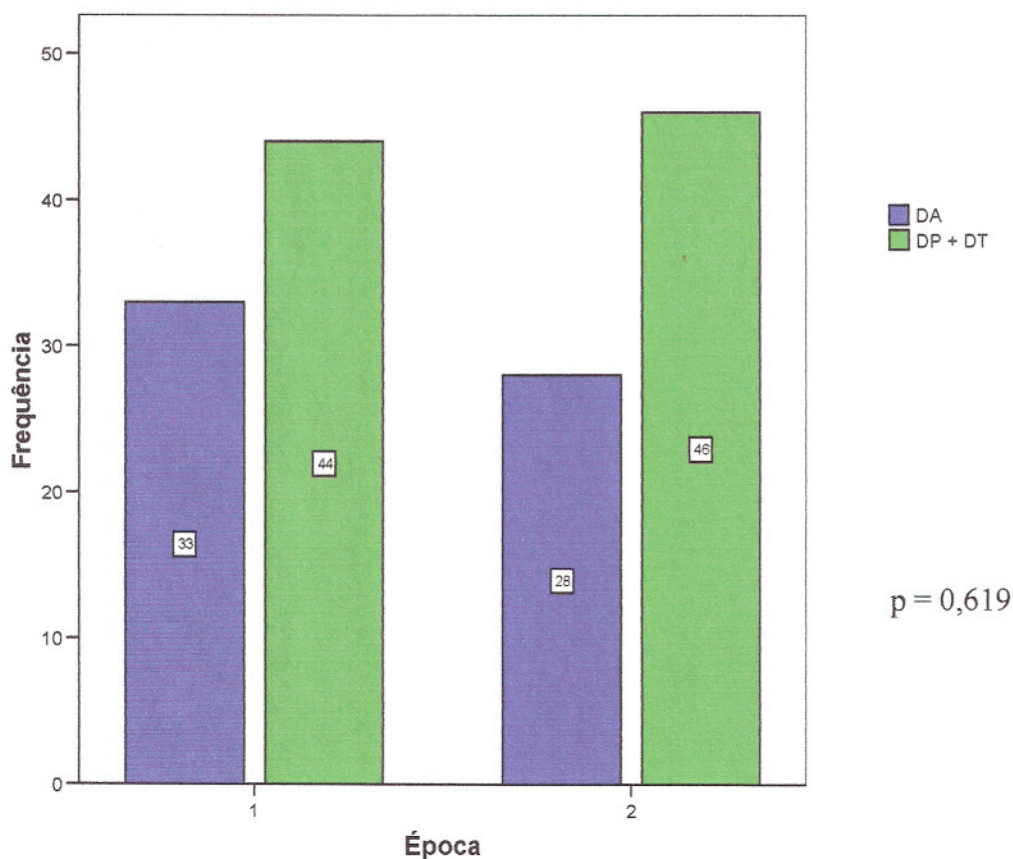


Fig. 7 - Frequência dos casos de DA e do conjunto de casos de DP e DT em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quanto à ocorrência de casos de DSM, estes foram significativamente mais frequentes na década de 70, conforme se observa na tabela 5 e na Fig. 8:

Tabela 5 - Frequências dos casos com e sem DSM em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Acréscimos		Total
		Ausência de DSM	Presença de DSM	
Época	1975-1978	39	41	80
	1997-2000	63	17	80
Total		102	58	160

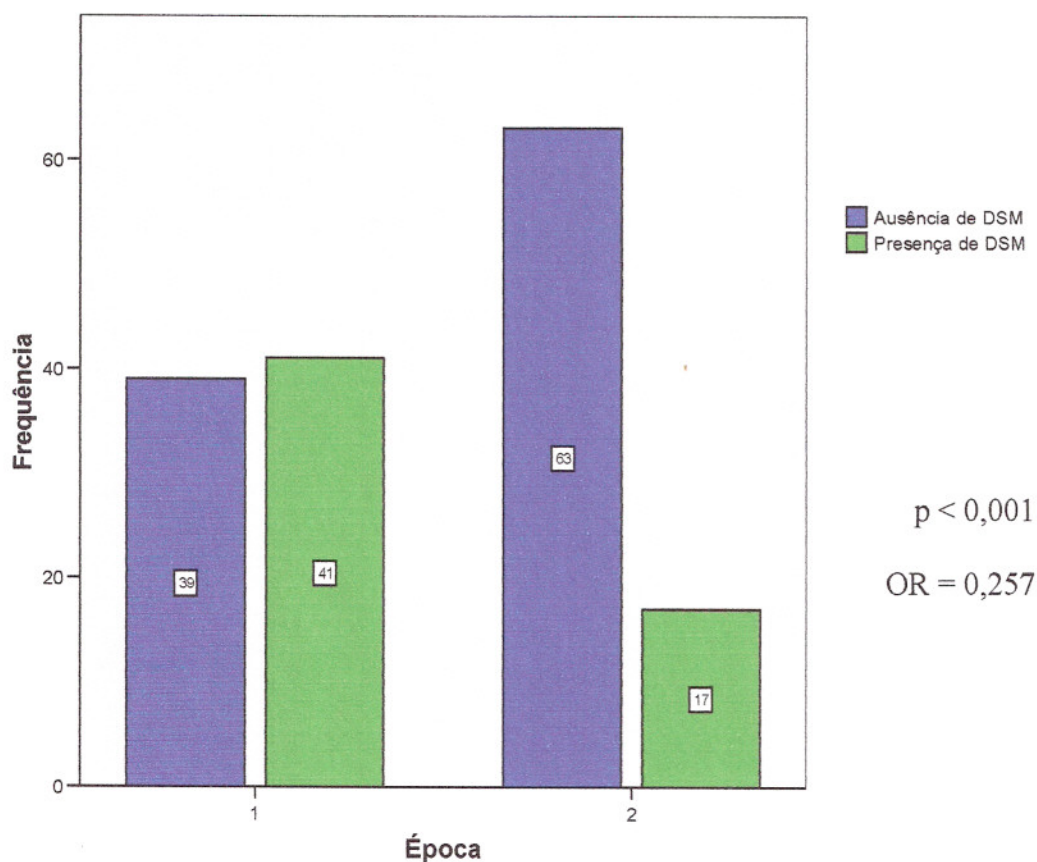


Fig.8 - Frequências dos casos com e sem DSM em 160 necropsias de pacientes do HC-UFMG, de todas as faixas etárias, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Com a razão de chances encontrada, conclui-se que a possibilidade de não terem ocorrido diagnósticos secundários (DS) ou de ter havido apenas DSm em relação a ter havido DSM na década de 90 é 3,89 vezes maior do que na década de 70.

Seguem-se, nos Quadros 5 e 6, os diagnósticos classificados como DSM nas duas épocas, com o número de vezes em que foram feitos:

Quadro 5 – Diagnósticos DSM na década de 70

DSM	Nº
Infecções (pneumonia, pielonefrite aguda, abscessos viscerais, peritonite aguda pós-operatória, etc)	19
Metástases	6
Tromboembolismo pulmonar	3
Esquistossomose	3
Cardiopatia hipertensiva	2
Seqüelas (por exemplo, infarto antigo do miocárdio)	2
Disseminação visceral de Leucemia Mielóide Aguda, um caso com êmbolos leucêmicos pulmonares e <i>cor pulmonale</i> agudo	2
Cisticercose visceral, neurocisticercose	2
Estenose unilateral de artéria renal (hipertensão renovascular)	1
Fenômenos tromboembólicos sistêmicos	1
Gravidez tubária	1
Infecção fúngica	1
Diátese hemorrágica com hemorragia subaracnóidea	1
Adenocarcinoma prostático invasor	1
Pancreatite crônica	1
Acidente de procedimento (hematoma subdural pós-punção)	1
DPOC	1

Quadro 6 – Diagnósticos DSM na década de 90

DSM	Nº
Infecções	4
Infecções fúngicas (pulmonares, uma delas sendo um aspergiloma)	2
Toxicidade por drogas (anfotericina B, glucantime)	2
Pancreatite crônica	2
<i>Cor pulmonale</i> agudo	2
Tuberculose pulmonar	1
Fenômenos tromboembólicos sistêmicos	1
Úlcera péptica perfurada	1
DPOC	1
Genodermatose (<i>Incontinentia pigmenti</i>)	1
Amiloidose renal	1
Hemoperitônio maciço	1
Aneurisma de aorta abdominal	1

4.2.2. Necropsias perinatais

Houve apenas três necropsias perinatais na amostra referente à década de 70, todas com correlação concordante. Entretanto, na amostra referente à década de 90, houve 50 necropsias, com proporções semelhantes entre concordantes (DAT) e discordantes (DP + DT), como mostrado na tabela 6 e na Fig. 9.

Tabela 6 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação		Total
	DAT	DP + DTT	
1975-1978	3	0	3
1997-2000	22	28	50
Total	25	28	53

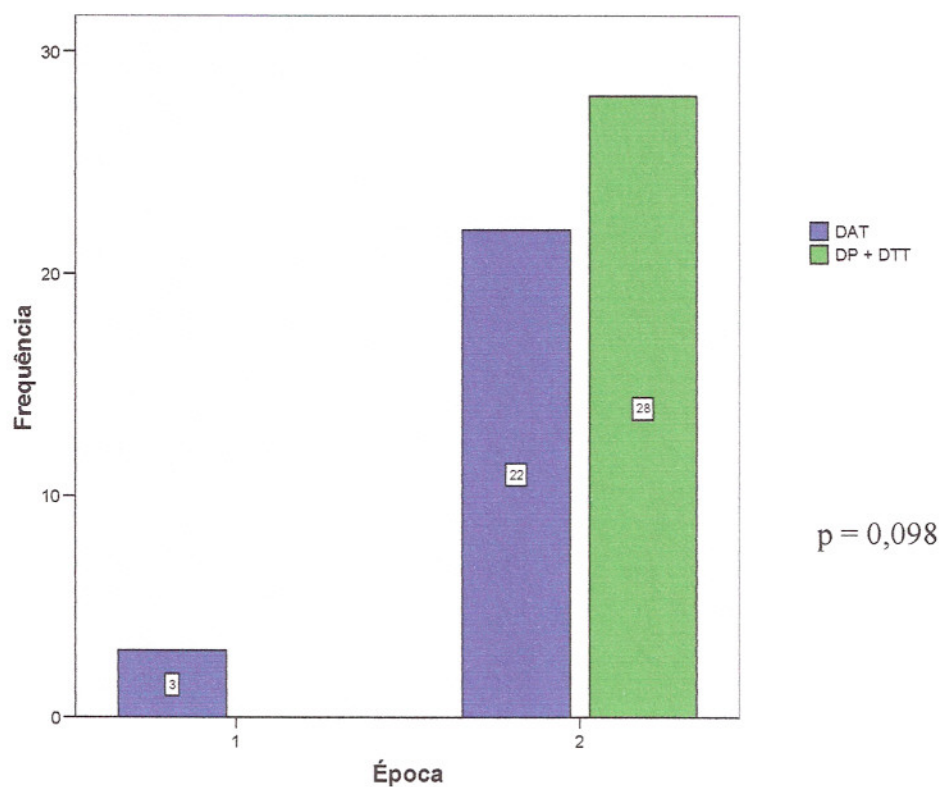


Fig.9 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Desmembrando-se os discordantes em parciais e totais (DP e DTT), vê-se que, na década de 90, o predomínio é de DP, conforme exposto na tabela 7 e ilustrado na Fig. 10.

Tabela 7 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Correlação			
		DAT	DP	DTT	Total
Época	1975-1978	3	0	0	3
	1997-2000	22	20	8	50
Total		25	20	8	53

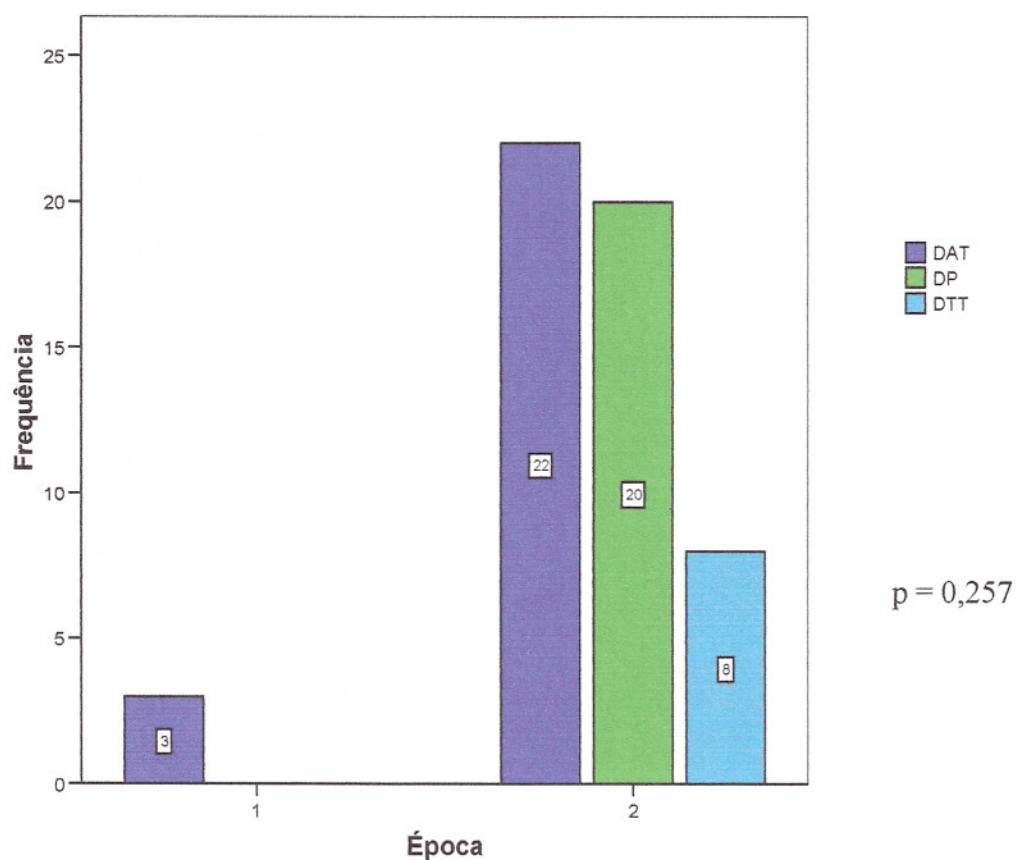


Fig.10 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Desmembrando-se os casos discordantes parciais (DP) e separando-se os casos negativos (no caso, CN), observa-se que, dos três procedimentos da década de 70, um foi CN. Na década de 90, dos 22 procedimentos concordantes (DAT), quatro foram CN. Dentre os casos de DP, o predomínio absoluto é de DSC. Houve oito casos de DTT, nenhum destes sendo DN. Estes números encontram-se expostos na Tabela 8 e na Fig. 11.

Tabela 8 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação						Total
	DA	CN	DSC	DTH	DIC	DT	
1975-1978	2	1	0	0	0	0	3
1997-2000	18	4	18	1	1	8	50
Total	20	5	18	1	1	8	53

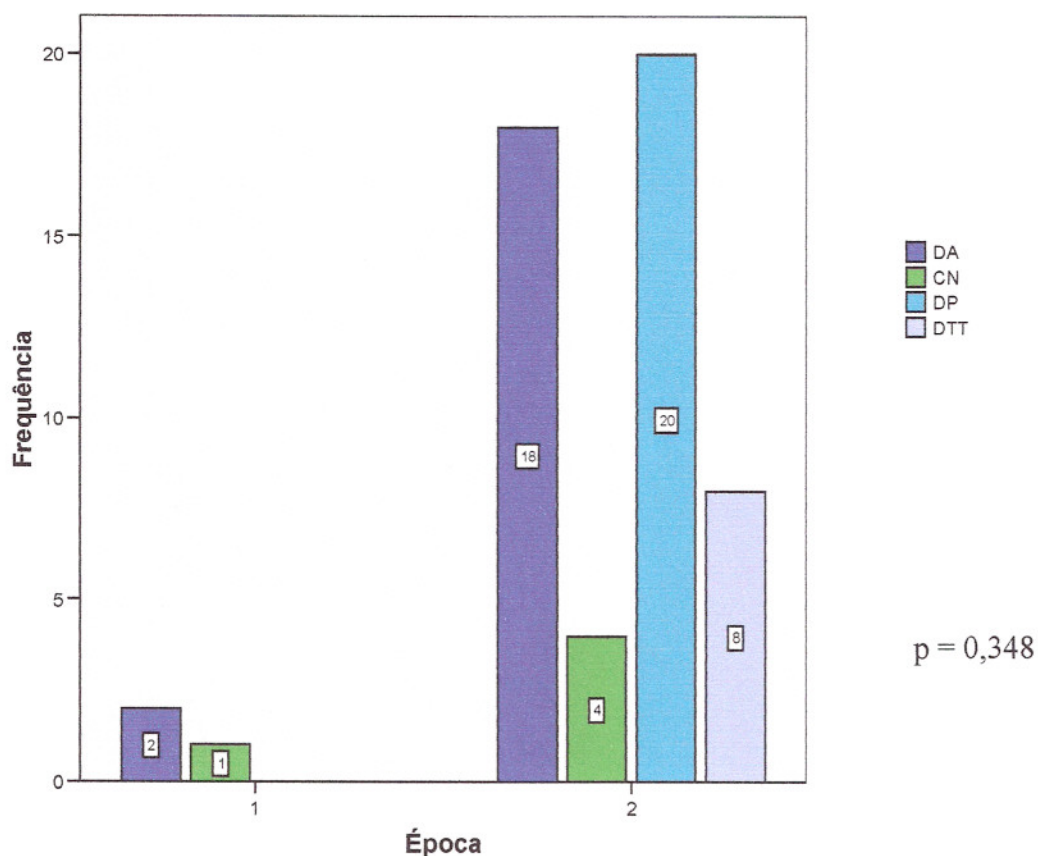


Fig.11- Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Excluindo-se os casos CN (pouco numerosos) e re-agrupando-se os discordantes (DP + DT), percebe-se, na década de 90, o maior número de casos discordantes, como mostrado na Tabela 9 e na Fig. 12.

Tabela 9 - Frequências dos casos de discordância ausente e de discordância total em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000), excluindo-se os negativos.

		Correlação		
		DA	DP + DT	Total
Época	1975-1978	2	0	2
	1997-2000	18	28	46
Total		20	28	48

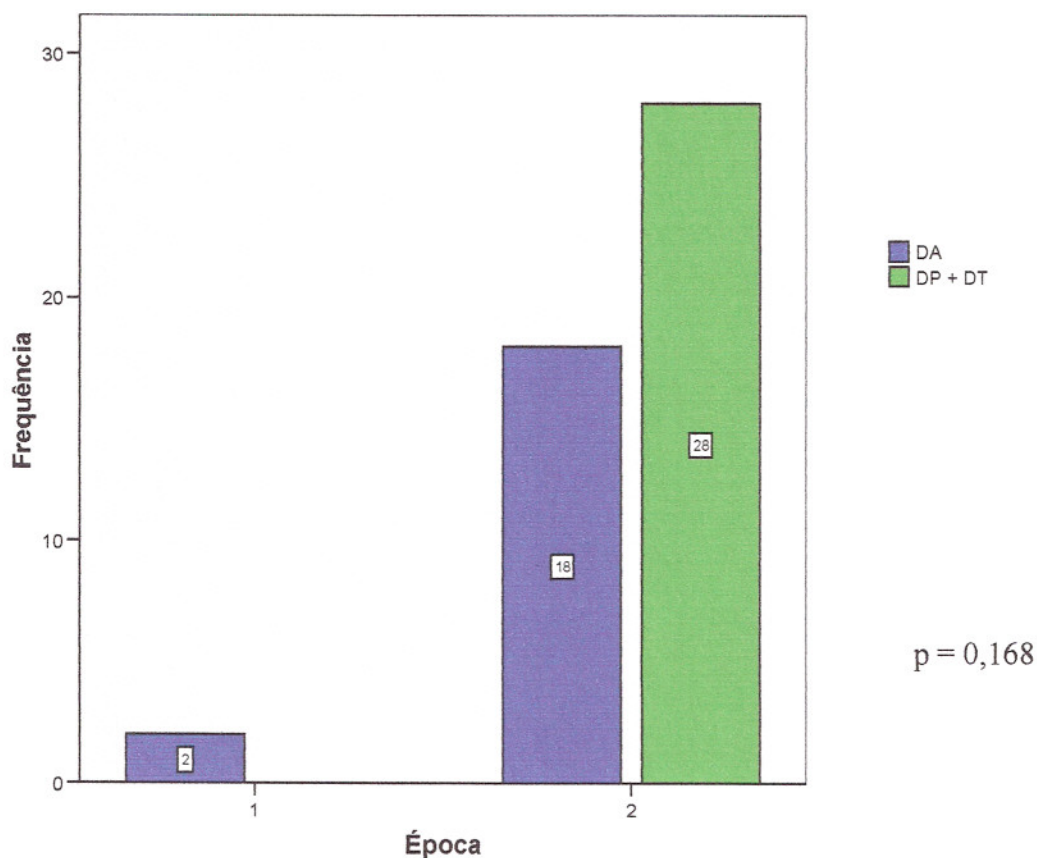


Fig.12 - Frequências dos casos de discordância ausente e de discordância presente em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quanto à ocorrência de DSM, verifica-se que a grande maioria das necropsias perinatais na década de 90 não forneceu acréscimos secundários maiores, conforme mostram a Tabela 10 e a Fig.13.

Tabela 10 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Acréscimos		Total
	Ausência de DSM	Presença de DSM	
1975-1978	3	0	3
1997-2000	45	5	50
Total	48	5	53

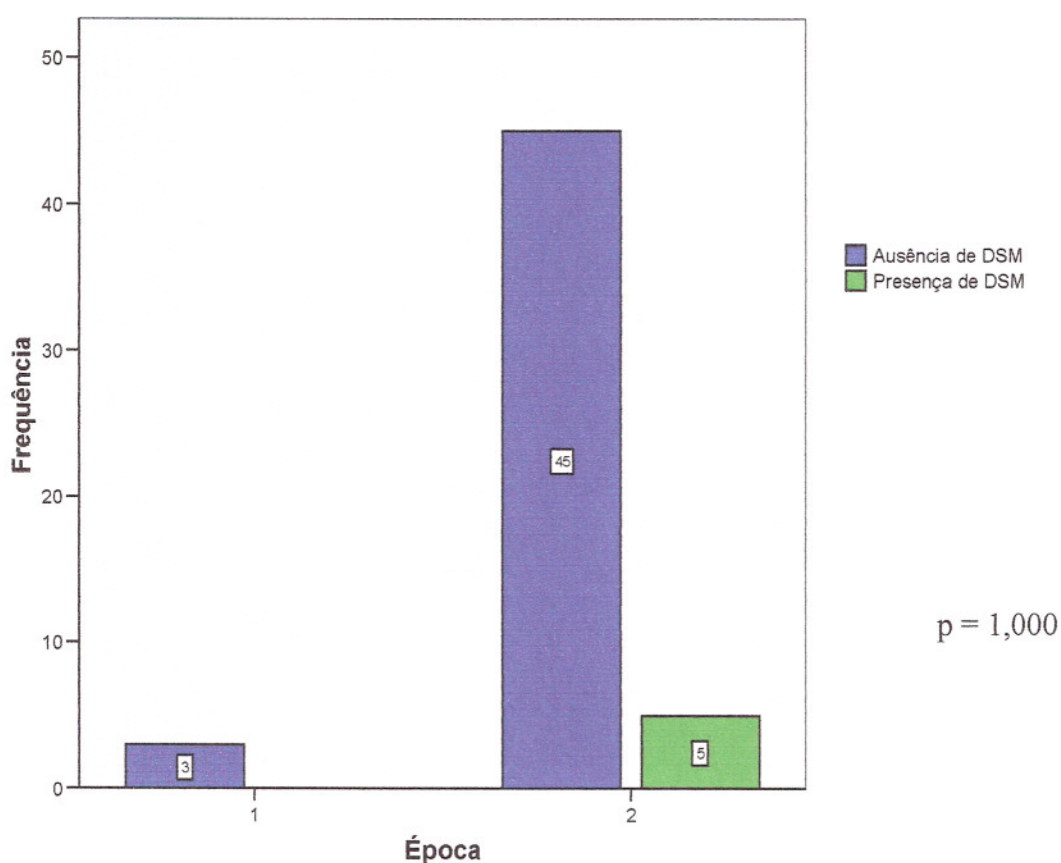


Fig.13 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 53 necropsias perinatais do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Na década de 90, apenas 25% dos diagnósticos com DSM ocorreram em necropsias perinatais, enquanto que 75% ocorreram em necropsias pediátricas e de adultos. No Quadro 7 encontram-se listados os diagnósticos de acréscimo das necropsias perinatais, correspondendo ao número de casos em que foram feitos.

Quadro 7 - DSM em necropsias perinatais na década de 90

Necropsias	DSM	Nº casos
Neomortos	<i>Incontinentia pigmenti</i>	1
	Infecção fúngica	1
	Infecção ascendente	1
Natimortos	Total	3
	Hemoperitônio maciço por ruptura de hematoma sucapsular hepático	1
	Infecção ascendente	1
	Total	2
TOTAL DE CASOS		5

4.2.3. Necropsias pediátricas

Conforme exposto na Tabela 11 e na Fig.14, nota-se que, na amostra referente à década de 90, houve apenas nove necropsias pediátricas, contra 21 na década de 70. Destas, dois terços foram de DAT. Já na década de 90, os casos discrepantes (DP + DTT) foram oito vezes mais freqüentes que os concordantes (DA), não tendo ocorrido casos negativos (CN e DN) em nenhuma das épocas.

Tabela 11 - Freqüências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 30 necropsias pediátricas do HC-UFGM, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

	Correlação		Total
	DAT	DP + DTT	
Época 1975-1978	14	7	21
1997-2000	1	8	9
Total	15	15	30

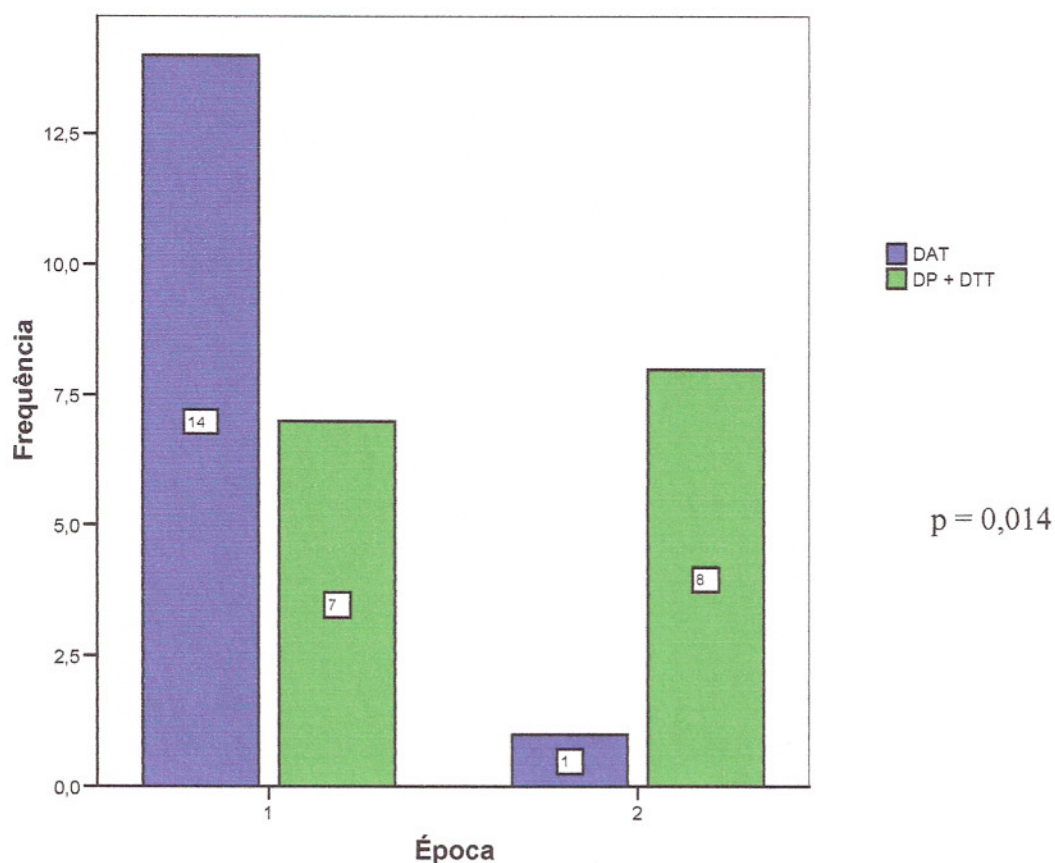


Fig. 14 - Freqüências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 30 necropsias pediátricas do HC-UFGM, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Desmembrando-se os casos discordantes da década de 90 em DP e DTT, nota-se o predomínio de DP, o que não ocorre na década de 70, em que há proporções semelhantes de DP e DTT, conforme a Tabela 12 e a Fig.15.

Tabela 12- Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 30 necropsias pediátricas do HC-UFG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Correlação			
		DAT	DP	DTT	Total
Época	1975-1978	14	3	4	21
	1997-2000	1	7	1	9
Total		15	10	5	30

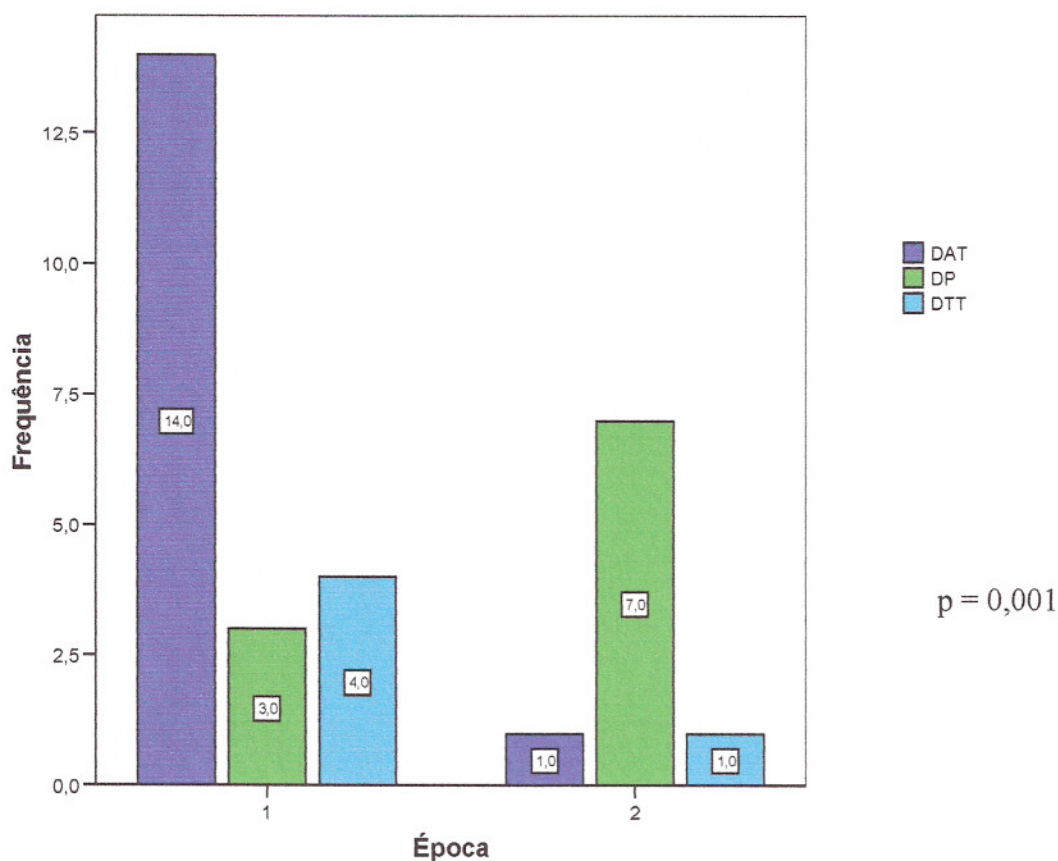


Fig.15 - Frequências dos casos de DAT e de DP e DTT separadamente em 30 necropsias pediátricas do HC-UFG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quando os casos de DP são desmembrados em seus componentes, observa-se ocorrência de DSC e DIC em proporções semelhantes nas duas épocas, conforme mostram a Tabela 13 e a Fig.16.

Tabela 13 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Correlação				
		DA	DSC	DIC	DT	Total
Época	1975-1978	14	1	2	4	21
	1997-2000	1	4	3	1	9
Total		15	5	5	5	30

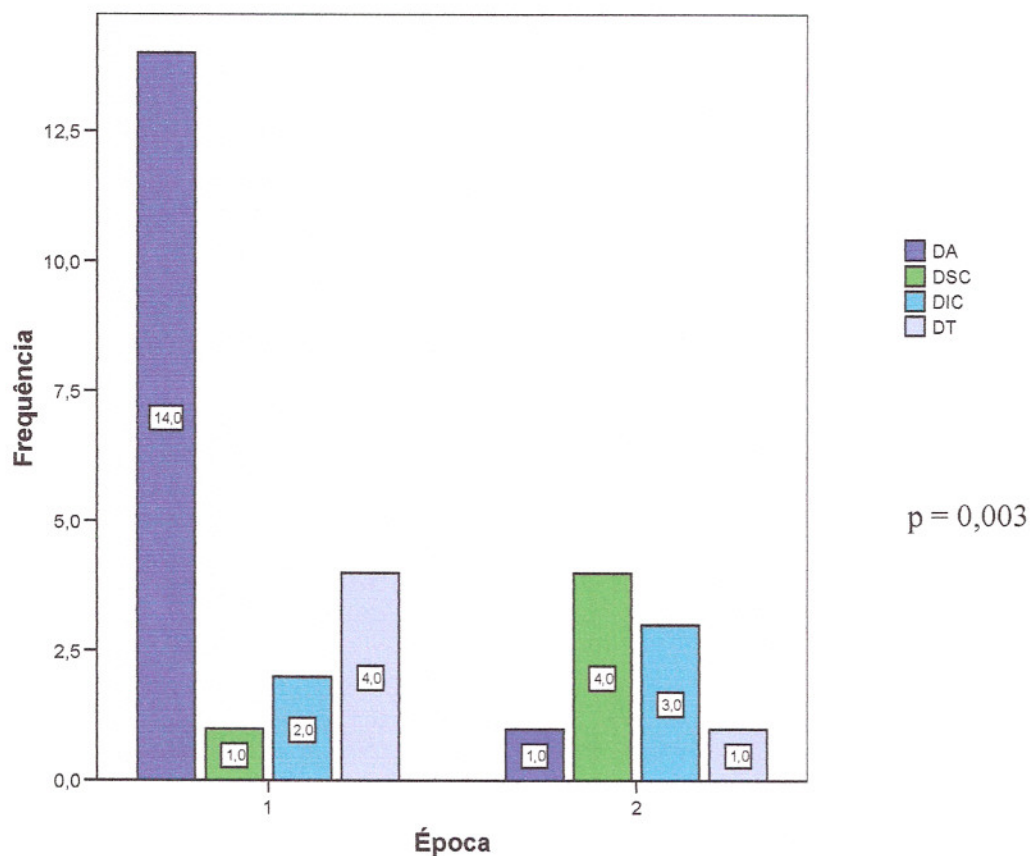


Fig. 16 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Casos de DSM ocorreram em menor número de necropsias pediátricas nas duas épocas, mas sem diferenças estatisticamente significativas, como exposto na Tabela 14 e ilustrado no gráfico da Fig.17.

Tabela 14 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Acréscimos		Total
	Ausência de DSM	Presença de DSM	
1975-1978	11	10	21
1997-2000	6	3	9
Total	17	13	30

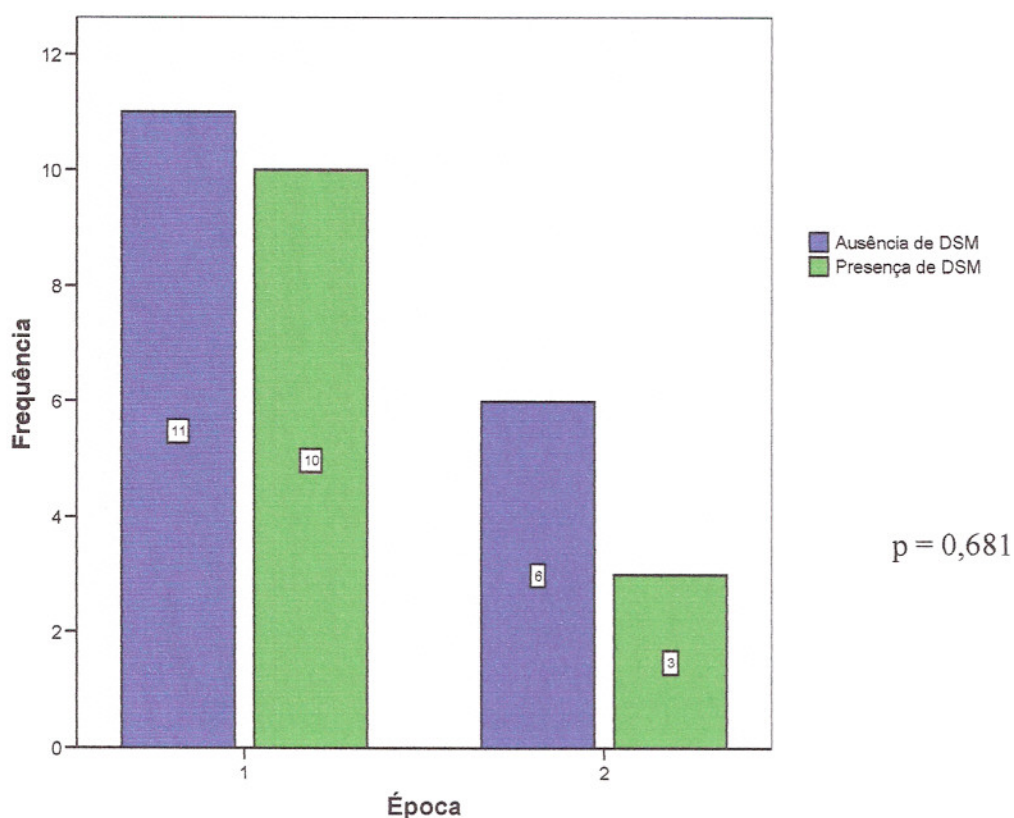


Fig. 17- Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 30 necropsias pediátricas do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

4.2.4. Necropsias de adultos

Como se depreende da Tabela 15 e da Fig. 18, as necropsias de adultos são mais numerosas na amostra da década de 70 do que na de 90, atingindo, na primeira, o dobro em relação à última. Agrupando-se todos os casos concordantes (DAT) e todos os discordantes (DP + DTT), observa-se predomínio da discordância nas duas épocas, porém com menor diferença na década de 90, embora não estatisticamente significativa.

Tabela 15 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação		Total
	DAT	DP + DTT	
1975-1978	18	38	56
1997-2000	9	12	21
Total	27	50	77

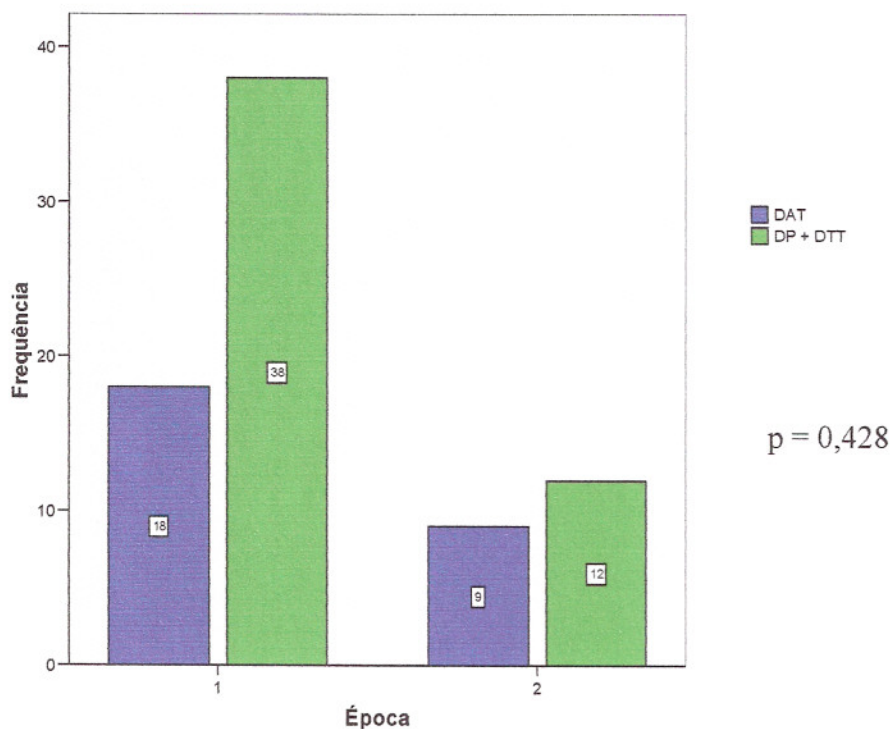


Fig. 18 - Frequências de casos concordantes (DAT) e discordantes (DP+DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Conforme a Tabela 16 e a Fig. 19, dos 38 casos discordantes da década de 70, 20 foram DP e 18 foram DT; dos 12 casos discordantes da década de 90, oito foram DT e quatro foram DP.

Tabela 16 - Frequências dos casos de concordância (DAT) e de discordância parcial (DP) e total (DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação			Total
	DAT	DP	DTT	
1975-1978	18	20	18	56
1997-2000	9	4	8	21
Total	27	24	26	77

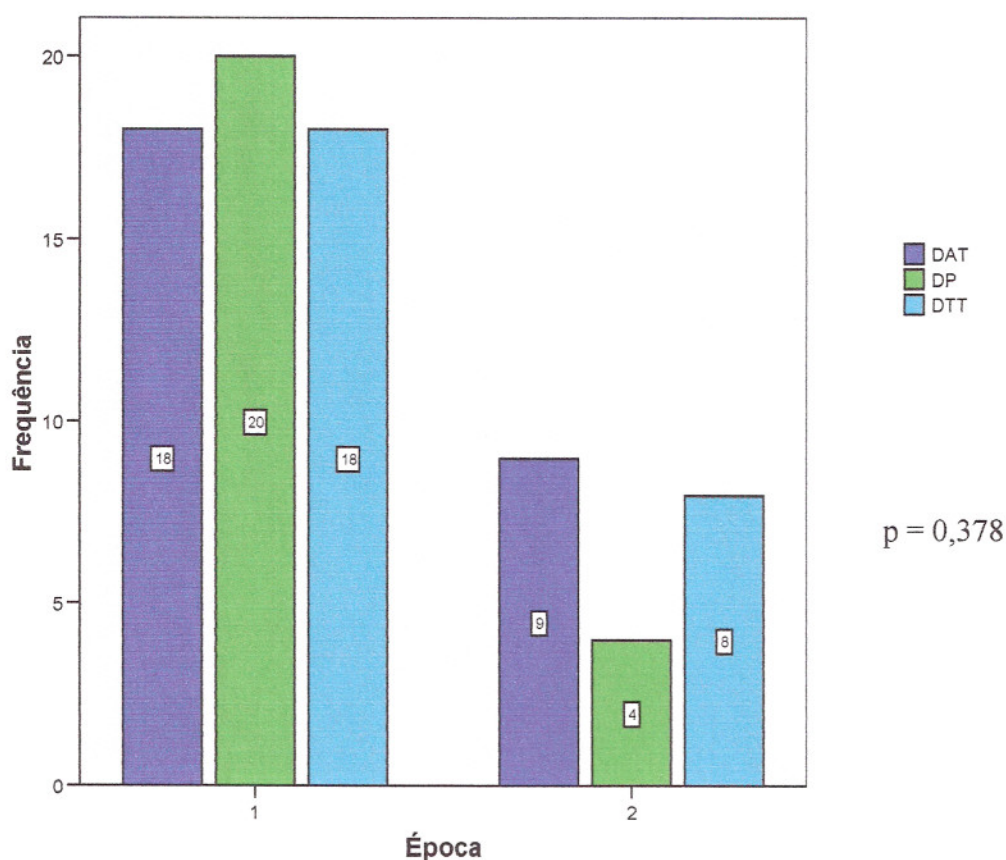


Fig. 19 - Frequências dos casos de concordância (DAT) e de discordância parcial (DP) e total (DTT) em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

De acordo com a Tabela 17 e a Fig. 20, observa-se que, na amostra referente à década de 70, houve um CN e um DN; na amostra referente à década de 90, não houve CN, tendo ocorrido dois casos de DN. De uma forma geral, nota-se a mesma tendência nas duas épocas; novamente, é menor o número de discordâncias na década de 90, em relação à década de 70. Houve igual número de DA e DT na década de 70; na década de 90, contam-se nove e seis, respectivamente. Dos 20 casos de DP da década de 70, o predomínio foi de DIC; na década de 90, houve dois casos de DSC e dois casos de DIC.

Tabela 17- Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Correlação							Total
	DA	CN	DSC	DTH	DIC	DT	DN	
1975-1978	17	1	6	5	9	17	1	56
1997-2000	9	0	2	0	2	6	2	21
Total	26	1	8	5	11	23	3	77

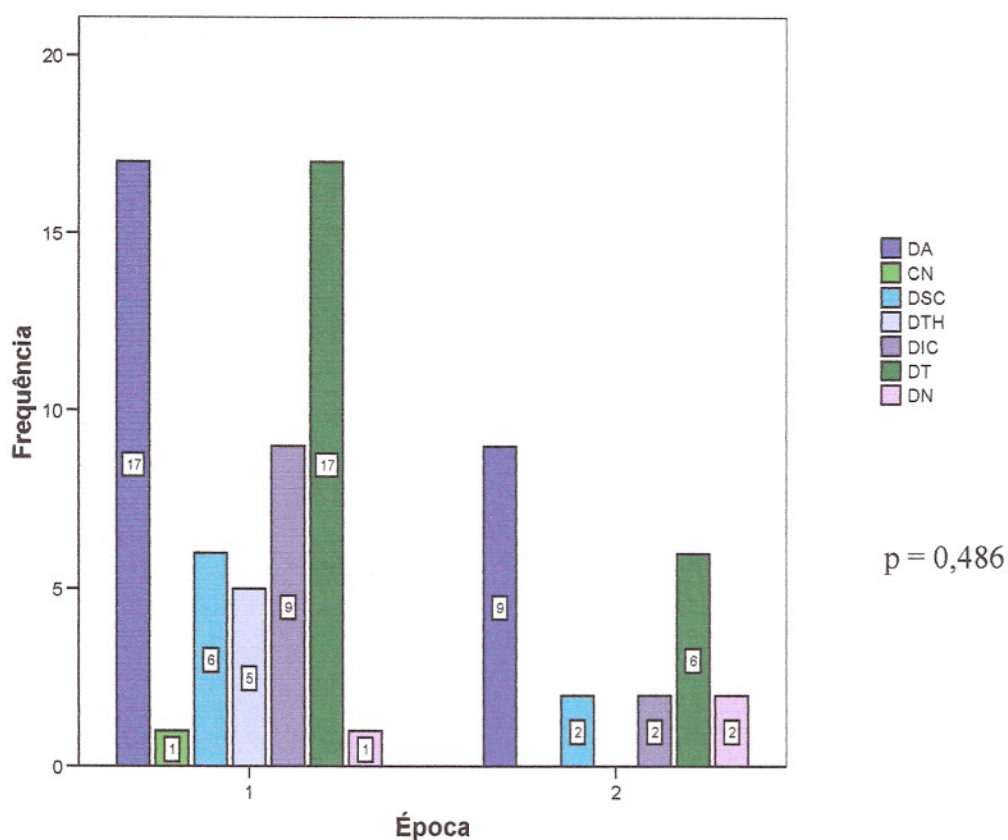


Fig. 20 - Frequências dos tipos de correlação anatomoclínica em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Excluindo-se os negativos (CN e DN) e re-agrupando-se os casos discordantes (DP + DT), confirma-se, mais uma vez, a tendência já observada. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de discordantes e concordantes nas duas épocas, como ilustram a Tabela 18 e a Fig. 21.

Tabela 18 - Frequências de casos de discordância ausente / concordância completa (DA) e discordância parcial e total (DP+DT) em necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

		Correlação		
		DA	DP + DT	Total
Época	1975-1978	17	37	54
	1997-2000	9	10	19
Total		26	47	73

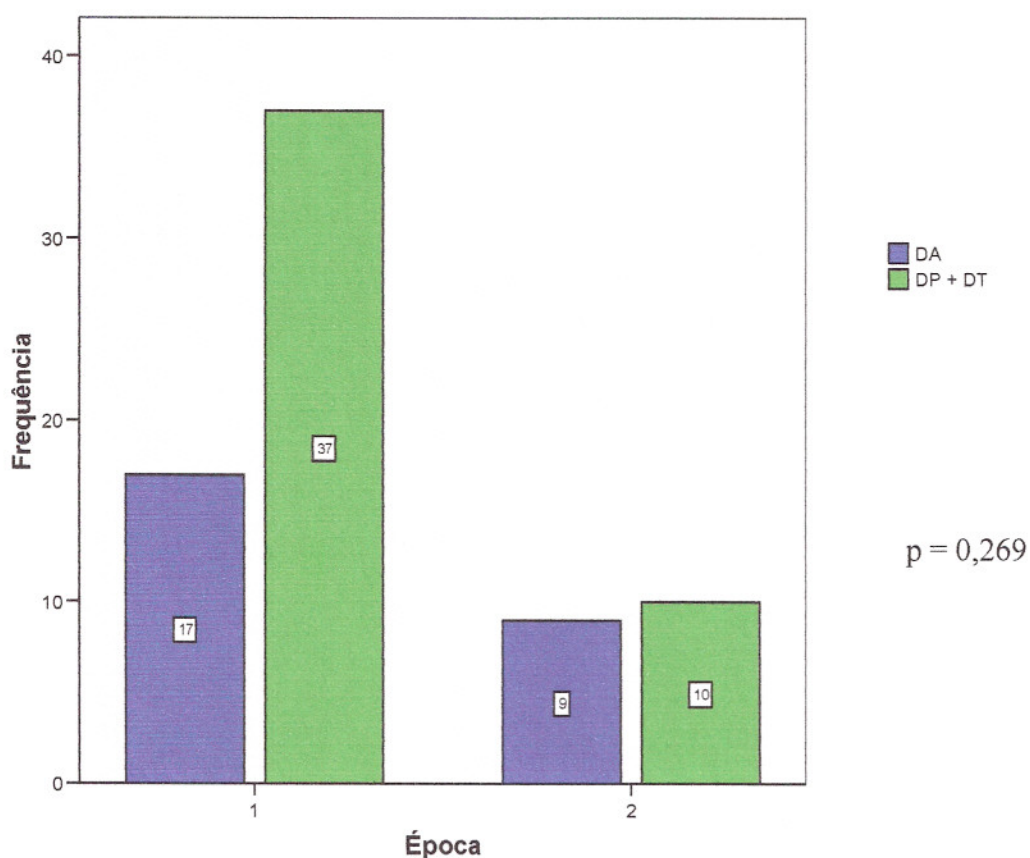


Fig. 21 - Frequências de casos de discordância ausente / concordância completa (DA) e discordância parcial e total (DP+DT) em necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Quanto à ocorrência de DSM, as proporções de casos sem DSM e de casos com DSM foram semelhantes nas duas épocas, como mostram a Tabela 19 e a Fig. 22.

Tabela 19 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Acréscimos		Total
	Ausência de DSM	Presença de DSM	
1975-1978	25	31	56
1997-2000	12	9	21
Total	37	40	77

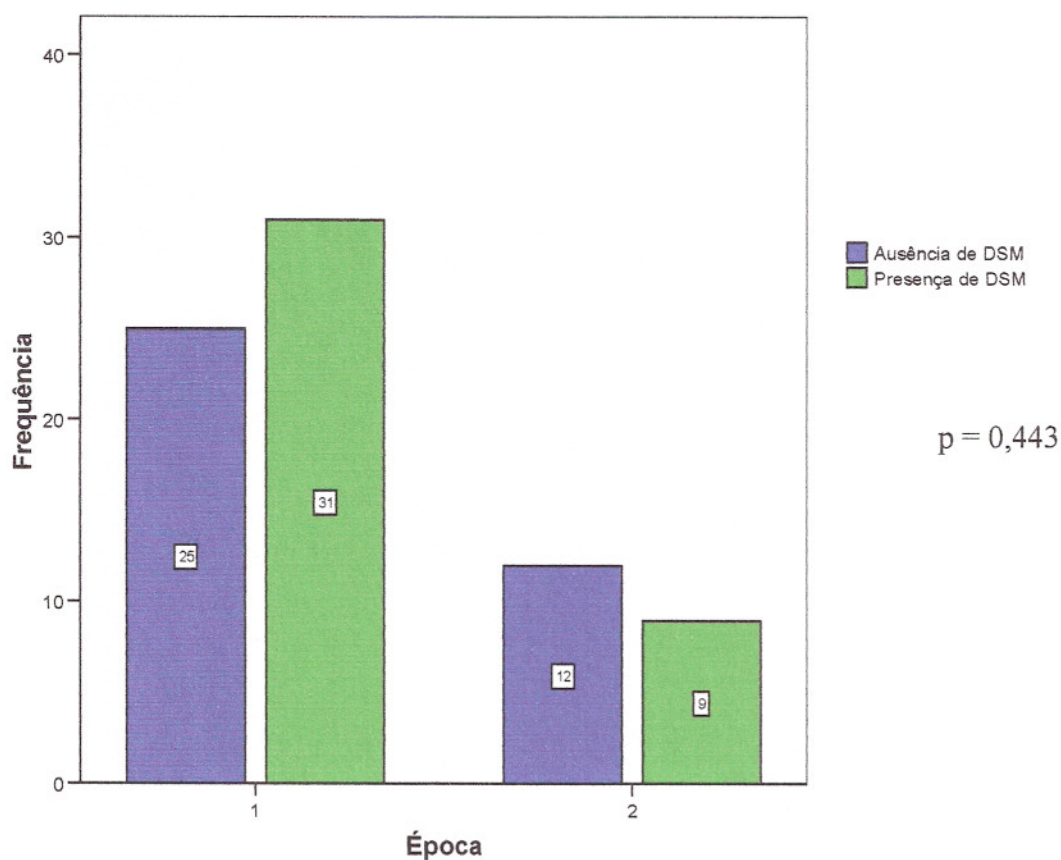


Fig. 22 - Frequências dos casos com e sem acréscimos secundários maiores em 77 necropsias de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Individualizando-se os casos em que não houve qualquer tipo de acréscimo secundário e aqueles em que houve apenas acréscimos secundários menores (DSm), verifica-se que o número de casos com DSm é um pouco maior que o número de casos sem acréscimos na amostra referente à década de 70. Já na amostra referente à década de 90, casos sem acréscimos secundários e casos com DSm, apenas, ocorreram em igual número. Estes números estão mostrados na Tabela 20 e no gráfico da Fig. 23.

Tabela 20 - Frequências dos casos sem acréscimos secundários e com acréscimos secundários maiores e menores em 77 necropsias de adultos do HC-UFGM, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Época	Acréscimos			Total
	Sem acréscimos secundários	DSm	DSM	
1975-1978	10	15	31	56
1997-2000	6	6	9	21
Total	16	21	40	77

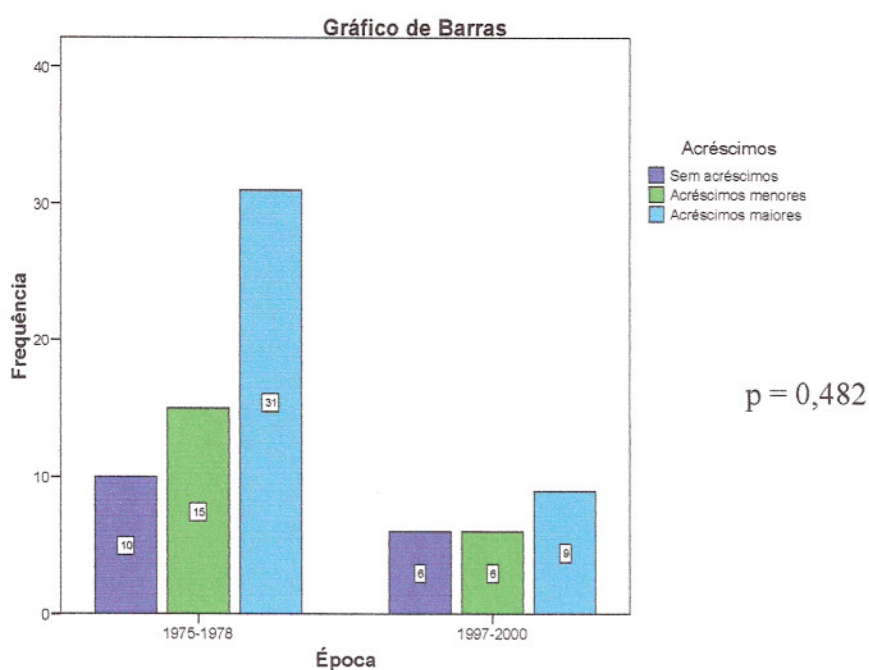


Fig. 23 - Frequências dos casos sem acréscimos secundários e com acréscimos secundários maiores e menores em 77 necropsias de adultos do HC-UFGM, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

4.3. *Causa mortis* e impacto no tratamento

4.3.1. *Causa mortis*

Tomando por base o total de casos discordantes e excluindo os casos DN, ou seja, levando em conta o conjunto de casos DP + DT, foram calculadas as porcentagens dos casos em que a *causa mortis* foi fornecida apenas pela necropsia, ou seja, quando a *causa mortis* foi um dos diagnósticos discordantes. Os números relativos à participação da necropsia na elucidação da *causa mortis* nos 62 casos encontram-se distribuídos na Tabela 21.

Tabela 21 – Frequência de casos em que a necropsia elucidou ou não a *causa mortis* de casos discordantes, em 62 necropsias de pacientes de todas as faixas etárias, do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Tipo	<i>Causa Mortis</i>	Época				Total	
		Década de 70		Década de 90		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Perinatal	Um dos diagnósticos discordantes foi a <i>causa mortis</i>	0	0	18	64,0%	18	64,0%
	A <i>causa mortis</i> não foi elucidada pela necropsia	0	0	10	36,0%	10	36,0%
	Total	0	0	28	100,0%	28	100,0%
Pediátrica + Adulto	Um dos diagnósticos discordantes foi a <i>causa mortis</i>	34	55,25%	17	27,25%	51	82,5%
	A <i>causa mortis</i> não foi elucidada pela necropsia	10	16,25%	1	1,25%	11	17,5%
	Total	44	71,5%	18	28,5%	62	100,0%

p = 0,15

Observa-se que, das 28 necropsias perinatais da amostra referente à década de 90 que obtiveram classificação discordante (DP + DT), a necropsia revelou a *causa mortis* em 18 (64%). No caso do grupo constituído pelas necropsias pediátricas e de adultos, houve elucidação da *causa mortis* pela necropsia em número de casos proporcionalmente maior na amostra referente à década de 90.

4.3.2. Impacto no tratamento

Considerando-se apenas os casos de necropsias pediátricas e de adultos com correlação discordante, com exclusão dos DN (DP + DT), foram calculadas as porcentagens de tais casos em que pelo menos um dos diagnósticos necroscópicos, se conhecido em vida, teria alterado a terapêutica (alteração completa ou parcial). Os números de casos e respectivas porcentagens encontram-se dispostas na Tabela 22.

Tabela 22 - Frequência de casos com correlação discordante em que o diagnóstico necroscópico teria impacto no tratamento instituído, em 62 necropsias pediátricas e de adultos do HC-UFMG, realizadas em duas épocas distintas (1975 a 1978 e 1997 a 2000).

Impacto no tratamento	Época				Total	
	Década de 70		Década de 90			
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
SIM	37	60,0%	17	27,0%	54	87,0%
NÃO	7	11,0%	1	2,0%	8	13,0%
Total	44	71,0%	18	29,0%	62	100,0%

p = 0,41

Observa-se que pelo menos um diagnóstico necroscópico teria alterado a terapêutica, total ou parcialmente, em número proporcionalmente maior de casos na amostra referente à década de 90, embora a diferença não seja significativa.

4.4. Atitude dos médicos em relação à necropsia

São apresentados, a seguir, os resultados do questionário distribuído a docentes, médicos contratados e residentes de diferentes especialidades médicas que atuam em diversos setores do HC-UFMG. Duzentos e quarenta e seis questionários foram respondidos por profissionais cujo cargo e área de atuação no Hospital encontram-se distribuídos no gráfico de barras da Fig. 24.

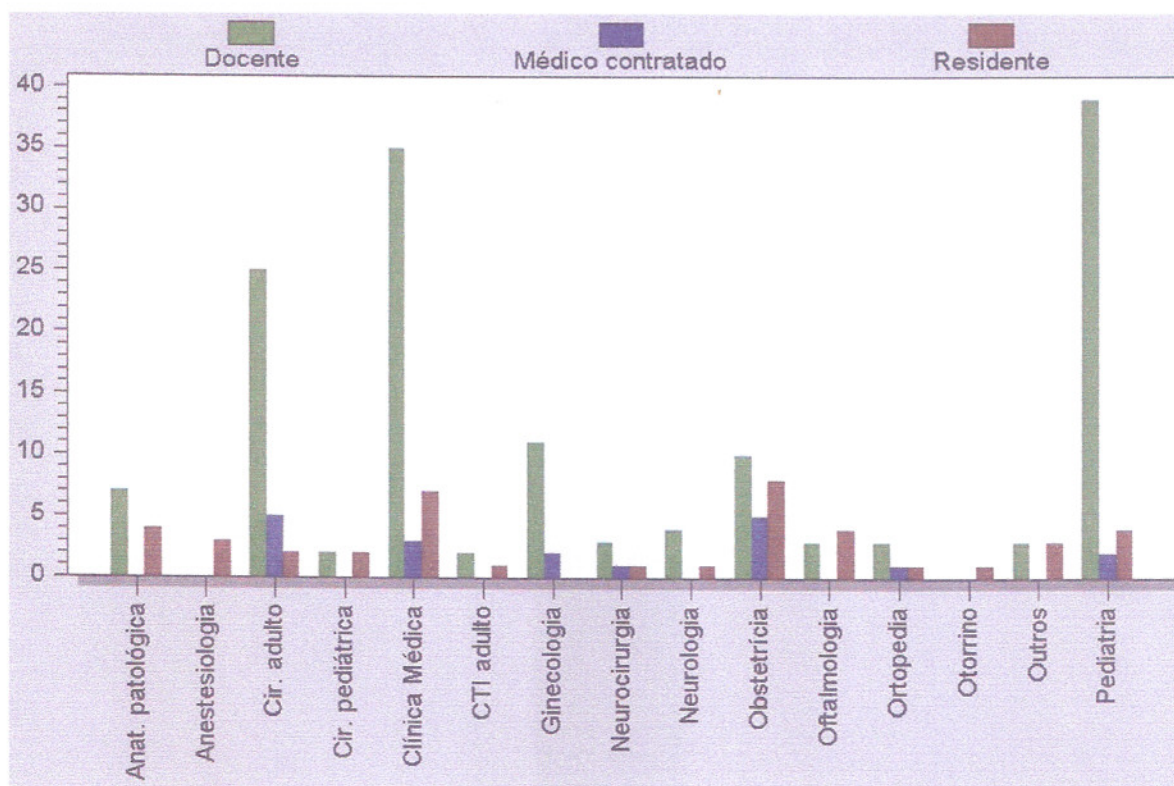


Fig. 24 – Distribuição, de acordo com o cargo e com a área de atuação, de 246 médicos do HC-UFMG que responderam ao questionário sobre a necropsia.

Observa-se o predomínio de respostas fornecidas por profissionais das chamadas grandes áreas (Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia) e da Anatomia Patológica, quase sempre com uma participação significativamente maior de docentes.

A primeira pergunta do questionário referia-se à frequência com que os profissionais das diferentes áreas de atuação solicitam necropsias, encontrando-se os resultados expostos no gráfico de barras da Fig. 25:

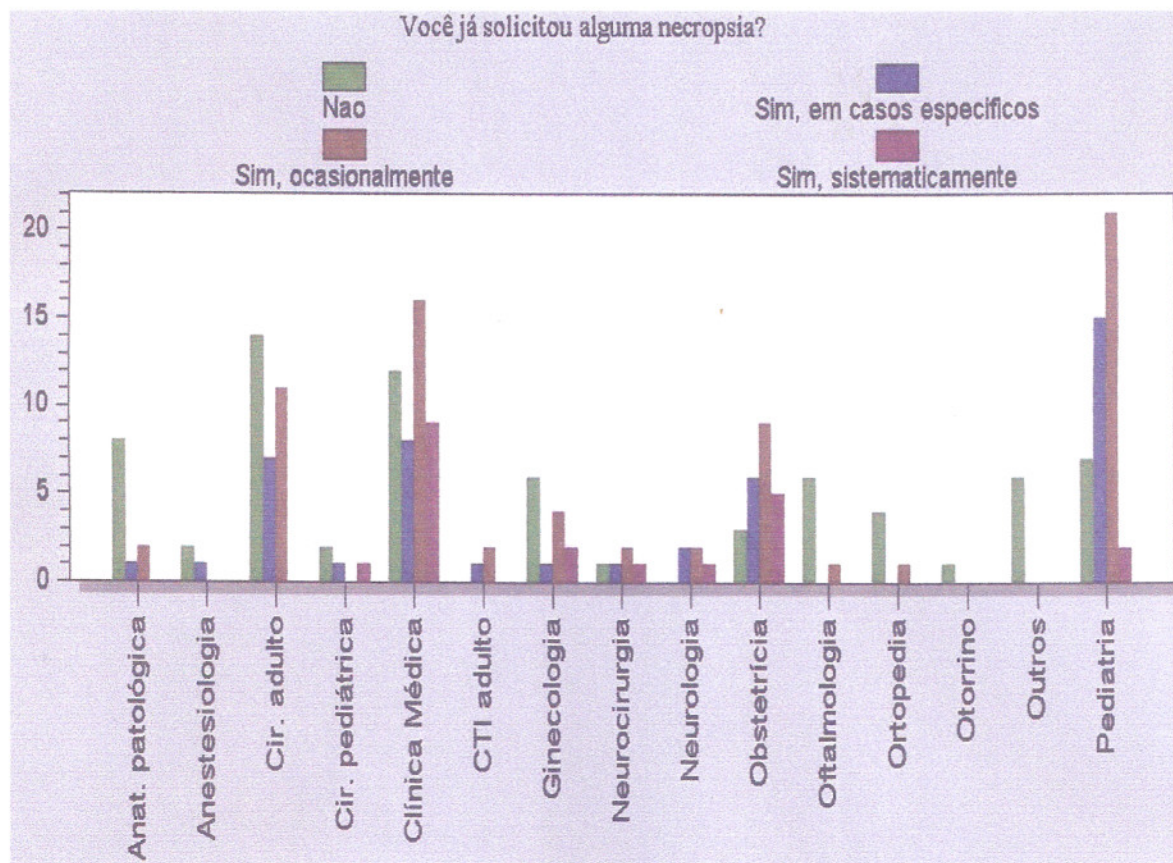
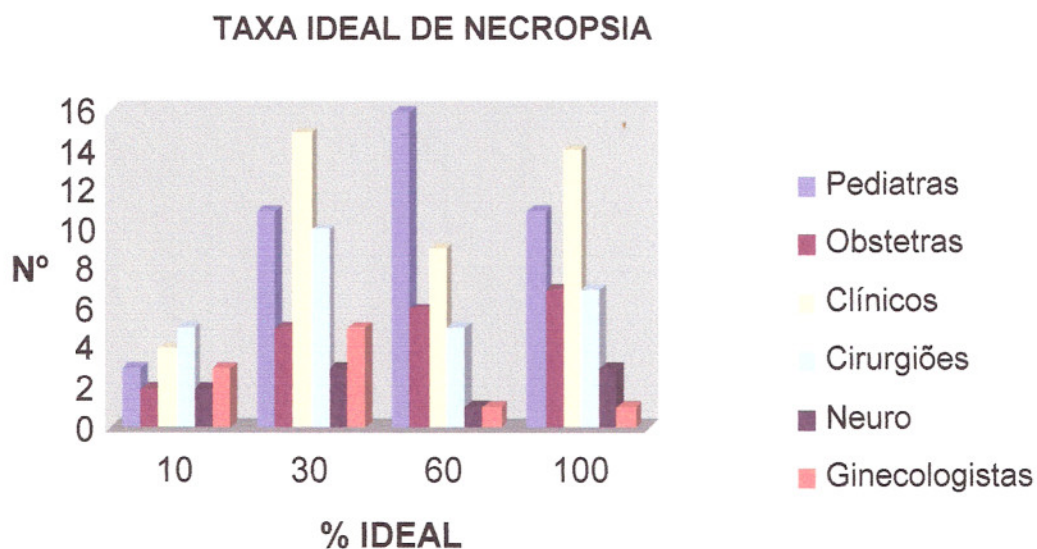


Fig. 25 – Respostas dos médicos do HC-UFMG à pergunta sobre a frequência com que solicitaram necropsias.

O nível subjetivo de frequência com que a maioria dos profissionais julgou solicitar necropsias foi “Sim, ocasionalmente”. No caso da Cirurgia e da Ginecologia, assim como no de algumas outras especialidades eminentemente cirúrgicas, a maior parte dos profissionais declarou nunca ter solicitado uma necropsia. A resposta “Sim, sistematicamente” foi mais freqüente entre médicos atuantes na Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria. Pelo menos no caso dos clínicos e dos pediatras, em uma época em que as necropsias de adultos e pediátricas mostram declínio significativo no HC-UFMG, esta resposta pode constituir o reflexo de uma prática antiga, menos utilizada atualmente.

Quando indagados diretamente a respeito de sua opinião sobre a necropsia, todos os profissionais (100%) consideraram a necropsia um procedimento útil e relevante para a prática médica. Entretanto, houve heterogeneidade a respeito de que taxa de realização de necropsia seria a ideal na instituição, como ilustra o gráfico de barras da Fig. 26:



Neuro = Neurologistas e neurocirurgiões

Fig. 26 – Taxa de necropsia hospitalar considerada ideal por médicos de diferentes especialidades do HC-UFMG

As opiniões dividiram-se entre taxas ideais de 30, 60 e 100%, surgindo com menor frequência a taxa de 10%. Clínicos e pediatras ficaram divididos em dois grupos praticamente iguais de profissionais numa indecisão entre a taxa de 30% e de 100%. Já no grupo dos obstetras, o maior número de profissionais concentrou-se entre as taxas maiores, de 60 e 100%. A maior parte dos cirurgiões e ginecologistas julgou ser 30% a taxa ideal.

Entre os patologistas, grupo formado na época por apenas 13 profissionais, oito dividiram-se entre as taxas de 60 e 100%, dois consideraram como ideal a taxa de 30%, e um, a taxa de 10%.

Na exposição das demais questões, foram considerados apenas os profissionais da Clínica Médica, Cirurgia, Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria,

não só por serem as áreas de atuação com maior representação na amostra, mas também por serem especialidades mais habituadas às situações em que uma necropsia pode ser solicitada. Em alguns resultados, os ginecologistas foram contados em conjunto com os cirurgiões. Incluem-se, em separado, os patologistas.

Duas das questões abordaram aspectos relacionados aos motivos pelos quais a necropsia pode deixar de ser solicitada diante da morte de um paciente. As respostas mais freqüentemente assinaladas encontram-se expostas na Tabela 23.

Tabela 23 - Respostas selecionadas dos médicos do HC-UFMG às perguntas relacionadas aos motivos da não-solicitação de necropsias.

RESPOSTAS	% de Respostas			
	Pediatras	Obstetras	Clínicos	Cirurgiões
Desestímulo frente à demora na liberação dos laudos pelos patologistas	48.97	34.78	31.10	28.10
A necropsia acrescenta pouco diante do uso de exames de imagem de última geração	2.04	8.69	2.20	3.10
Desagrado ao trazer inconveniência para a família num momento de perda	57.14 p=0.03*	60.86 p=0.02*	31.10	43.80
Dificuldade de abordar a família para obter a autorização de necropsia	63.26 p=0.03*	43.47 p=0.02*	44.40	53.10
Desconhecimento de aspectos legais (quais as pessoas que, por lei, podem autorizar)	42.85	52.17	44.40	53.10

* Teste exato de Fisher

Os números encontrados ilustram uma dificuldade dos profissionais em lidar com a situação do óbito, em geral, e, especificamente, na comunicação com as famílias dos pacientes falecidos, significativamente mais freqüente entre pediatras e obstetras, quando comparados ao grupo formado pela união entre clínicos e cirurgiões. A expressão “desagrado ao trazer inconveniência para a família” reflete a atitude do profissional, pois, ao assinalá-la, o mesmo declara considerar a necropsia uma “inconveniência” no momento da morte. O item seguinte (dificuldade de abordar a família para obter autorização) não se reveste de tal conotação, embora tenha sido assinalado com freqüência semelhante ao anterior. Desconhecimento de aspectos legais relacionados à

solicitação de necropsia (quais são as pessoas que podem, por lei, autorizá-la) e desestímulo frente à excessiva demora na liberação dos laudos de necropsia pelos patologistas foram também aspectos assinalados com frequência. Poucos profissionais declararam julgar que a necropsia acrescenta pouco, frente à existência de exames diagnósticos que empregam tecnologia sofisticada.

Indagados sobre suas principais motivações para solicitar necropsias, os profissionais forneceram respostas semelhantes e de distribuição relativamente uniforme. Quase todos os clínicos (98%) consideraram a sua crença na necropsia como instrumento de ensino uma das principais motivações para solicitar o exame, o mesmo sendo observado entre os pediatras (94%). Porcentagens um pouco menores de obstetras (78%) e de cirurgiões (75%) assinalaram essa alternativa. Interesse nos diagnósticos anátomo-patológicos precisos também foi considerado uma motivação importante. A resposta “Tenho interesse nos diagnósticos anatômicos precisos” foi assinalada por 94% dos pediatras, 82% dos obstetras, 91% dos clínicos e 75% dos cirurgiões. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as porcentagens de marcação de ambas as alternativas.

Na época da distribuição do questionário, a realização de necropsias de adultos encontrava-se interrompida pelo Serviço de Anatomia Patológica. Uma das questões indagava se tal interrupção prejudicava a decisão de se solicitar uma necropsia. A maior parte dos clínicos e cirurgiões (somando 60 respostas) julgou haver um impacto negativo da suspensão em sua motivação para solicitar necropsias, ao passo que a maioria dos obstetras não demonstrou perceber tal impacto (18 respostas negativas). O grupo formado pelos pediatras dividiu-se quase por igual entre as duas alternativas, quando 21 responderam “sim” e 24, “não”.

Uma questão abordou o temor de que o laudo de uma necropsia pudesse vir a ser usado como um instrumento judicial com desdobramentos prejudiciais ao médico solicitante (por exemplo, exposição de erro médico). Verificou-se que a grande maioria dos profissionais que responderam o questionário não demonstra tal temor, uma vez que 27 cirurgiões, 40 clínicos, 32 ginecologistas/obstetras e 39 pediatras responderam negativamente. Entre os patologistas, seis profissionais assinalaram que não temiam

desdobramentos judiciais desfavoráveis devido à realização de necropsia e quatro assinalaram que temiam.

Quando pesquisada, entre os médicos solicitantes, a sua opinião sobre a atitude dos patologistas em relação à necropsia (se favorável ou desfavorável), observou-se que, na opinião da maioria dos profissionais, como em 100% dos obstetras, os patologistas têm atitude favorável. Entre os médicos das demais especialidades, as porcentagens de respostas para a “atitude favorável” variaram: 60% dos clínicos, 64,5% dos cirurgiões, 75,5% dos pediatras e 77% dos ginecologistas assim o consideraram. Entre os profissionais que julgaram ser a atitude dos patologistas desfavorável, a maior porcentagem foi de clínicos (35%), seguidos dos cirurgiões (25,8%), pediatras (17,8%) e ginecologistas (15,4%).

Quando indagados a respeito da própria atitude em relação à necropsia, os patologistas formaram o grupo mais heterogêneo nesse aspecto. Deve-se ressaltar que não se perguntava a respeito da atitude individual do profissional, mas qual era a atitude da categoria (patologistas, como um conjunto), na opinião do profissional patologista. Seis profissionais consideraram que a atitude é favorável, enquanto dois consideraram desfavorável. Outros três criaram uma terceira categoria, que não constava no questionário, denominando-a de “favorável e desfavorável”. Uma interpretação possível a respeito da criação espontânea dessa terceira categoria é que os três profissionais consideraram que a atitude dos patologistas é favorável em alguns aspectos, mas não totalmente – haveria aspectos inerentes à necropsia não considerados favoráveis por alguns profissionais.

Os 11 patologistas que responderam ao questionário apontaram as seguintes justificativas para uma atitude desfavorável de sua categoria em relação à necropsia: condições de trabalho precárias (quatro); temor de processo judicial relacionado à necropsia (quatro); exame desagradável (dois). Um patologista assinalou a alternativa “Não valorização da necropsia como procedimento médico”.

5. DISCUSSÃO

O papel da necropsia como instrumento “padrão-ouro” de aprimoramento diagnóstico e de aferição da qualidade do serviço médico parece nunca ter sido contestado de forma substantiva, como se pode perceber na literatura consultada e em muitas opiniões expressas, nas mais diversas formas, por profissionais da área médica. No entanto, e talvez por isso mesmo, o declínio do seu emprego como procedimento médico tem sido causa de preocupação em nível mundial, inclusive na área governamental de países do primeiro mundo.

Em 1999, a Agency for Healthcare Research and Quality, do US Department of Health, contratou um grupo de patologistas da Universidade da Califórnia em San Francisco e do Stanford University Evidence-based Practice Center, indicados pelo College of American Pathologists, para realizar um estudo amplo, um “Evidence Report”, da questão nos Estados Unidos e em outros países. O estudo, que utilizou literatura revista desde 1912 até 2001, com 1.180 citações, resultou em extenso relatório publicado em 2002 e que demonstra, entre os seus principais resultados, a existência de imprecisões substantivas nas declarações de óbitos e nos dados dos sumários de alta hospitalar, comparadas com diagnósticos de necropsia, as quais influenciam de forma significativa as decisões da política de saúde e da pesquisa na área da epidemiologia (SHOJANIA et al, 2002). O relatório, que focalizou principalmente o papel da necropsia na detecção de erros no diagnóstico clínico e de complicações insuspeitadas da terapêutica, constitui a fonte de informações mais extensa do presente trabalho.

5.1. Estudo da correlação anatomoclínica: o perfil do HC-UFMG

Há 30 anos, o Serviço de Anatomia Patológica que hoje pertence ao HC-UFMG apresentava um perfil com características muito diferentes das atuais. Naquela época, o movimento do Serviço contava com grande participação de necropsias (notadamente de adultos); hoje é observado um predomínio absoluto de biópsias e peças cirúrgicas sobre necropsias. Uma explicação plausível para essa tendência seria ligada ao mercado de trabalho médico, que atualmente valoriza (e, no caso dos planos de saúde, em geral, autoriza) e remunera as atividades da patologia cirúrgica, em detrimento da necropsia.

Embora se saiba que os benefícios acarretados para um hospital em termos de controle de qualidade são diretamente proporcionais à taxa anual de realização de necropsia, nos Estados Unidos, por exemplo, não são mais requeridas taxas mínimas para acreditação hospitalar, e o custo da necropsia converte-se em ônus para o hospital (MARK, 2002).

Neste estudo observou-se, pela amostra estudada, a tendência decrescente de se realizarem necropsias em crianças e adultos, e o inverso em relação a natimortos e neomortos. Entretanto, há trabalhos estrangeiros que apontam as variações entre as taxas de necropsias perinatais entre diferentes instituições (NEWTON et al, 2004). O achado desta pesquisa que reflete o declínio mundial da necropsia relatado em inúmeros artigos é a tendência decrescente verificada especificamente na realização de necropsias pediátricas e de adultos.

Todavia, como evidenciado na Tabela 2, observa-se que as taxas globais de discordância anatomoclínica permaneceram praticamente inalteradas nas amostras referentes às duas épocas analisadas neste estudo: 56% na amostra da década de 70 (época 1) e 60% na referente à década de 90 (época 2), o que aparentemente reafirma o valor da necropsia na atualidade, no HC-UFMG, apesar do uso rotineiro de métodos diagnósticos que empregam alta tecnologia na clínica. Achados semelhantes são relatados em praticamente todos os trabalhos pesquisados.

Assim, apesar das mudanças ocorridas no perfil de atendimento do Serviço de Anatomia Patológica do HC-UFMG, atreladas ao declínio da realização de necropsias pelo Serviço, percebe-se a manutenção do valor da necropsia ao longo das últimas décadas.

É necessário, contudo, considerar que as duas amostras analisadas têm composição bastante distinta. Enquanto necropsias pediátricas e de adultos perfazem 96% da amostra da época 1 (70% de adultos, 26% pediátricas), na amostra da época 2 esse grupo corresponde a apenas 37,5% (26,25% de adultos, 11,25% de pediátricas), sendo 62,5% da amostra representados por necropsias perinatais.

5.1.1. Necropsias perinatais

No caso das necropsias perinatais, na amostra da década de 90, 56% dos casos foram discordantes (DP + DT) e 36% foram concordantes (DA). A taxa de discordância encontrada de 56% situa-se em um ponto intermediário entre duas outras citadas em artigos que lidam com necropsias perinatais e/ou pediátricas: 44% e 60% (KUMAR et al, 2000; DE DÁVILA et al, 2003). Dos casos discordantes (DP e DT considerados em conjunto), cerca de 64% são representados por casos de DSC e 28% por DT. O predomínio é da correlação classificada como DSC, no caso devendo-se à freqüente ocorrência de malformações congênitas apenas parcialmente identificadas *ante mortem*, principalmente através de ultrassonografia pré-natal. Experiências semelhantes relatadas na literatura mencionam ocorrência de casos em que a necropsia refinou ou corretamente classificou diagnósticos genéricos (por exemplo, hidrocefalia) feitos à ultrassonografia em freqüência de aproximadamente 40% (FAYE – PETERSEN et al, 1999). Tais casos correspondem à classificação DSC adotada neste estudo. Em outro artigo, os autores encontraram taxas de discordância anatomoclínica ainda maiores, com freqüências de 67% e 20% de casos que correspondem às classificações de DSC e DT, respectivamente, neste estudo (NEWTON et al, 2004).

Sessenta e sete por cento dos casos perinatais discordantes, compreendendo necropsias de natimortos e neomortos, apresentaram malformações congênitas como diagnóstico da doença de base, coincidindo, na maioria dos casos, com a causa da morte - a causa da morte foi elucidada pela necropsia em 64% dos casos discordantes. FAYE – PETERSEN et al (1999), em estudo de 139 necropsias perinatais, encontraram porcentagem ainda maior de casos (94%) em que a causa da morte foi determinada pela necropsia.

NORONHA e colaboradores, em estudo retrospectivo de 3.904 casos de necropsias perinatais consecutivas, encontraram menor participação de malformações congênitas como causa de morte (32%), com registro relativamente maior de causas placentárias e maternas (NORONHA et al, 2000). Entretanto, esses autores não realizaram estudo de comparação entre diagnósticos clínicos e necroscópicos, e a porcentagem de 32% encontrada por eles refere-se ao total de casos estudados, não sendo propriamente

comparável à encontrada no presente estudo, em que o total considerado foi o de casos discordantes.

Em amostra de 296 necropsias neonatais, KUMAR e colaboradores encontraram 22 casos de malformações congênitas como diagnósticos discordantes. Um deles, de atresia da laringe, foi considerado “achado classe I”, ou, conforme definido no artigo, diagnóstico que, se conhecido *ante mortem*, teria possibilitado sobrevida. Os 21 casos restantes foram de “achados classe II” ou, conforme definido no artigo, diagnóstico discordante que, se conhecido *ante mortem*, não teria tido impacto na sobrevida, perfazendo total de 7,5% dos casos. Entre os casos discordantes (classe II), havia ainda, em menor proporção, infecções e acidentes de cordão (KUMAR et al, 2000).

A maior parte dos casos discordantes do tipo DSC na amostra analisada neste estudo corresponde à classificação de achados classe II, como definidos acima. O maior número de malformações congênitas encontradas nas necropsias perinatais provavelmente se deve ao fato de que parte dos natimortos e neomortos no HC-UFMG recebeu acompanhamento pré-natal do Centro de Medicina Fetal (CEMEFE) do HC, centro de referência regional para malformações congênitas, além de a Maternidade do HC-UFMG ser considerada atualmente maternidade de alto risco. Um dos casos de DSC correspondeu a tocotraumatismo identificado na sala de parto, e em que, à necropsia, pôde ser identificada fratura de coluna torácica. Casos como este ilustram o valor da necropsia na identificação de doenças, acidentes ou lesões causadas no contexto de atos médicos.

Houve 11 casos de DT entre as necropsias perinatais da época 2, sendo cinco representados por malformações congênitas; três casos corresponderam a insuficiência placentária (placentas anormais, apresentando arteriopatia decidual e/ou infartos e/ou outros sinais de isquemia, sem anormalidades fetais estruturais); dois corresponderam a infecções hematogênicas e houve ainda um caso, em cuja requisição constavam poucas informações, de neomorto macrossômico que apresentava numerosas alterações teciduais à microscopia, sendo todas correspondentes às descritas nos casos de *diabetes mellitus* materno. Infelizmente, não havia qualquer documentação a partir da qual se pudesse concluir a respeito da confirmação do diabetes materno através de testes específicos.

NORONHA e colaboradores apontam a importância da realização de necropsias em natimortos, uma vez que o coeficiente de mortalidade infantil leva em consideração apenas os nascidos vivos (NORONHA et al, 2000). Uma porcentagem considerável das necropsias perinatais do HC-UFMG é realizada em natimortos (63,9% das necropsias perinatais no período de 1990 a 2002 – comunicação pessoal: Dra. Ana Maria Arruda Lana), os quais constituíram 50% da amostra de necropsias perinatais da época 2. Malformações congênitas foram encontradas à necropsia em 28% dos natimortos. O freqüente achado de anomalias congênitas como diagnósticos DSC reafirma a importância da necropsia perinatal na aferição da qualidade do atendimento prestado à gestante e ao concepto / recém-nascido, inclusive expondo as limitações de técnicas diagnósticas, como a ultrassonografia, além do fornecimento de estatísticas precisas de mortalidade.

O fato de a maioria esmagadora (90%) das necropsias perinatais da época 2 não ter apresentado DSM pode ser atribuído ao fato de que, na maior parte das malformações congênitas e das afecções que acometem o recém-nascido, uma única situação patológica, com os desdobramentos inerentes à mesma, pode ser responsabilizada por todo o quadro apresentado.

Nos cinco casos de necropsias perinatais da época 2 (10%) que apresentaram DSM, estes foram representados pelas seguintes condições: dois casos de infecção amniótica ascendente, um caso de infecção pulmonar por *Candida sp*, um caso de hemoperitônio maciço em natimorto (ruptura de hematoma subcapsular hepático causado por hipóxia intra-uterina) e um caso de genodermatose.

5.1.2. Necropsias pediátricas

Considerando-se as necropsias pediátricas, seu declínio atual no HC-UFMG pode ser ilustrado pelo pequeno número de procedimentos desse tipo na amostra referente à época 2 (nove necropsias em 80); na época 1, o total de necropsias pediátricas, embora não tão numerosas quanto as de adultos, ultrapassa o dobro do número observado na amostra da época mais recente (21 necropsias em 80).

Chama a atenção a elevada taxa de concordância completa entre diagnósticos clínicos e necroscópicos (DAT) na amostra referente à época 1

(66%). A maior parte de todas as requisições utilizadas neste estudo era de ótima qualidade, contendo riqueza considerável de informações; entretanto, as que tinham a melhor qualidade, com preenchimento da história clínica relatando os eventos em ordem mais lógica e compreensível, eram as requisições de necropsias pediátricas, notadamente na época 1, demonstrando o grande interesse dos antigos pediatras na necropsia. Observou-se, ainda, nítida valorização da anamnese e do exame físico como fontes de informação. Na amostra referente à época 2, em que as requisições também continham informações a respeito da anamnese e do exame físico, mas davam maior ênfase a resultados de exames complementares, o número de casos discordantes (DP + DTT) foi bem maior: de nove casos, oito apresentaram algum diagnóstico importante não formulado clinicamente. Destes oito, um caso foi de discordância total (DT). Possivelmente, essa diferença, pelo menos em parte, pode ser explicada pelo menor tamanho da amostra na época 2.

Quanto aos diagnósticos detectados somente à necropsia (DP + DT), tanto na época 1 quanto na época 2, houve considerável heterogeneidade de situações; na época 1, dois casos de malformações cardíacas, em um deles associando-se endocardite bacteriana, só foram diagnosticados à necropsia. Um dos casos de DIC tratava-se de uma polisserosite, possivelmente tuberculosa, tendo-se realizado pericardiectomia. Sobrevieram TEP e tromboembolismo sistêmico, condições que foram a causa da morte e diagnosticadas somente pela necropsia. O outro caso de DIC foi representado por caso de broncopneumonia grave em paciente desnutrido, em quem se tentou cateterização da veia femoral. Durante o procedimento, surgiu quadro de choque. À necropsia, verificou-se hemorragia retroperitoneal grave, acidente que não teria sido conhecido sem a necropsia. Nos demais casos houve discordância total (DT), com diagnósticos como tuberculose miliar, artrite séptica, endocardite bacteriana e hepatite medicamentosa com evolução para cirrose.

Na época 2, as discordâncias parciais (DP) do tipo DSC foram representadas, em sua maioria, por malformações congênitas identificadas completamente apenas à necropsia. Um caso foi particularmente interessante, em que havia um quadro sindrômico de insuficiência hepática, tendo a necropsia revelado tratar-se de cirrose biliar secundária a cisto de colédoco. Os

casos de DIC foram bastante diversos entre si: um paciente com aplasia medular conhecida que desenvolveu encefalopatia de Wernicke aguda não diagnosticada clinicamente; um caso de peritonite aguda como complicação pós-operatória de correção de má rotação intestinal; um caso de Linfadenopatia de Kikuchi-Fujimoto, não conhecida clinicamente, coexistente com calazar, já em tratamento.

O único caso de discordância total (DT) foi representado por pneumonia viral associada a exantema máculo-papular, com todas as características de sarampo, tendo o diagnóstico clínico sido de pneumonia bacteriana. Chama atenção o número de casos em que houve complicações de intervenções médicas, evidenciadas apenas no exame *post mortem*. NEWTON e colaboradores relatam número maior de casos desse tipo, incluindo situações como laceração hepática por dreno, dissecação pós-operatória da aorta proximal, ruptura aórtica associada a infecção pós-transplante cardíaco e colite pseudomembranosa (NEWTON et al, 2004). Tais casos refletem a maior complexidade do serviço onde o estudo foi realizado, o que explica o maior número de complicações de tratamento na amostra estudada. Em estudo abordando pacientes internados em unidade de terapia intensiva, CARDOSO e colaboradores ressaltam que, apesar de haverem encontrado predomínio de concordâncias anatomoclínicas em relação à doença de base e à causa de morte, algumas necropsias revelaram achados que teriam alterado a terapêutica, como TEP e infecções não-bacterianas (fúngicas e virais). Concluem que, apesar dos avanços na tecnologia diagnóstica, a necropsia continua fornecendo informações importantes, particularmente no contexto da unidade de terapia intensiva (CARDOSO et al, 2006).

O fato de haver predomínio absoluto de discordâncias na amostra da época 2 levanta a possibilidade de haver algum outro fator, além do menor tamanho da amostra, a atuar na diferenciação desta em relação à da época 1. Ao se considerarem os freqüentes casos de broncopneumonia e leptomeningite purulenta, além de outras doenças infecciosas comuns nos casos concordantes (DA) da amostra referente à época 1, em contraste com o que se observa na época 2, pode-se inferir que tenha havido seleção, pela clínica, de casos considerados “complexos” para necropsia. Isso explicaria inclusive o menor tamanho da amostra na época 2.

5.1.3. Necropsias de adultos

Há 12 anos, a taxa anual de necropsia no HC-UFMG era de aproximadamente 24%, tendo caído para 10% em 2005 (não se discriminando por faixa etária). Como não se dispõe, para o presente estudo, dos números absolutos de óbitos anuais do HC-UFMG separados por faixa etária, não se pode determinar a taxa anual de necropsia em adultos. Entretanto, é conhecida a tendência decrescente do número de necropsias de adultos na instituição. Tal tendência se reflete nas amostras aleatoriamente selecionadas dos arquivos referentes às duas épocas estudadas. Na amostra referente à época 1, as necropsias de adulto perfazem 70% do total, enquanto representam apenas 26% da amostra referente à época 2. Ressalta-se que a época 2 compreende os anos de 1997 a 2000. Em 2006, o número de necropsias de adulto foi muito menor do que o observado em 2000, tendo atingido níveis críticos, resumindo-se a cinco casos.

Em 1993, o Royal College of Pathologists publicou artigo intitulado "The Autopsy and the Audit", em que se relatava taxa de discordância entre diagnósticos clínicos e necroscópicos de 75%, sendo recomendada taxa anual mínima de realização de necropsia de 10%, não mais considerada suficiente pela Guidelines on Autopsy Practice em 2002 (ROULSON et al, 2006). Alguns autores sugerem taxa acima de 20% para hospitais de ensino (CURY et al, 2005). Em 2005, a taxa de necropsia no HC-UFMG foi em torno de 10%. Todavia, esse número seria expressivamente menor se fossem considerados apenas os adultos. Apesar dessa escassa quantidade de necropsias de adultos, o estudo de correlação anatomoclínica permitiu verificar a permanência da utilidade desse tipo de procedimento na década de 90: as taxas de discordância entre diagnósticos clínicos e necroscópicos, para necropsias de adultos, não apresentaram mudança estatisticamente significativa: 68% na década de 70 e 57% na década de 90. É válido supor, entretanto, que, se houvesse aumento da amostra na década de 90, talvez aumentasse ainda mais a proporção de casos discordantes.

Em análise retrospectiva de 30 necropsias de adultos provenientes da unidade de terapia intensiva do hospital universitário da Faculdade de Medicina de Botucatu, GUT e colaboradores encontraram taxa de concordância

anatomoclínica (no que se refere à doença de base) em 66,7% dos casos (GUT et al, 1999). Uma possível interpretação para essa menor taxa de discordância é o fato de que os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva geralmente já tiveram diagnósticos clínicos formulados previamente, o que nem sempre acontece quando se analisam amostras constituídas por pacientes provenientes de todos os setores de um hospital, inclusive do Serviço de Pronto Atendimento.

Em relação aos diagnósticos discordantes (DT ou DP) encontrados nas necropsias de adultos, as amostras referentes à época 1 e à época 2 apresentam algumas diferenças, com maior heterogeneidade entre os casos ocorridos na amostra referente à época 2, em parte refletindo o aumento da complexidade das doenças tratadas na instituição, e, possivelmente, em parte devido à seleção de casos tidos como “complexos” (mais sujeitos a erros diagnósticos) para necropsia. A condição específica não diagnosticada clinicamente que se repetiu em maior número de vezes foi tromboembolismo pulmonar (TEP), com 4 casos na época 1 e um caso na época 2; infecções ou infestações também ocorreram com maior frequência na amostra referente à época 1, sendo representadas por infecções inespecíficas, tuberculose extrapulmonar, neurocisticercose; cardiopatias crônicas (de etiologia isquêmica, chagásica ou outras) e neoplasias malignas ocorreram em menor número de casos, prevalecendo na amostra da época 1.

Embora a amostra utilizada neste estudo seja muito menor que as descritas na literatura internacional, seus resultados são coincidentes com os observados em alguns trabalhos. Em análise de 300 necropsias realizadas em três épocas distintas, os autores verificaram a ocorrência de 31 diagnósticos discordantes, classificados por eles como classe I: nove casos de TEP, três casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), dois casos de infecções, três casos de tumores e sete casos de hemorragias ou complicações cirúrgicas (GOLDMAN et al, 1983). Tais achados não se afastam muito do observado na presente análise.

Em outro estudo compreendendo três décadas, foi relatado que 60% dos casos de TEP, 19% dos casos de IAM, 32% dos casos de neoplasias malignas e 29% a 45% dos casos de infecções encontrados à necropsia não haviam sido diagnosticados clinicamente (KIRCH e SCHAFII, 1996). Em revisão de 1.000

necropsias realizadas em um hospital indiano, 62,9% dos casos de TEP como causa de morte não foram suspeitados. Chamou a atenção o elevado número de casos de tuberculose pulmonar e de infecções fúngicas graves, 89% destas sem diagnóstico clínico (SARODE et al, 1993). Em outro estudo, TEP não foi diagnosticado clinicamente em 84% dos casos e hemorragia gastro-intestinal, em 78% dos casos. (STEVANOVIC et al, 1986). CAMERON & McGOOGAN também ressaltam a freqüência com que TEP não é detectado clinicamente (110 casos em sua análise de 1152 necropsias), e demonstraram que o grau de certeza a respeito de dado diagnóstico clínico (certo ou duvidoso) não altera a freqüência com que ocorrem diagnósticos discordantes evidenciados pela necropsia, o que prova não ser possível prever quais serão os casos que fornecerão diagnósticos discordantes. Esses autores, cientes da impossibilidade da realização de necropsia em todos os casos de morte hospitalar, sugerem listas de diagnósticos diferenciais que, uma vez formulados clinicamente em determinado caso, devem levantar a suspeita de outras doenças que os simulem, o que, por si, já seria um argumento a favor de se realizar necropsia naquele caso (CAMERON & McGOOGAN, 1981).

O grupo de diagnósticos discordantes mais freqüente nas duas épocas é representado, neste estudo, pela designação “outras doenças ou situações clínicas”, refletindo uma heterogeneidade de condições evidenciadas nas amostras estudadas, principalmente na referente à época 2. Entre tais diagnósticos, ressaltam-se pancreatite crônica agudizada e teratoma maduro ovariano com ruptura e formação de pseudomixoma peritonial (época 1); disfunção de enxerto renal secundária a sepse com foco pneumônico, trombose da veia porta em fígado transplantado, abscesso hepático solitário e volumoso, bronquiolite obliterante – pneumonia de organização (época 2). Observa-se maior complexidade e variedade de diagnósticos discordantes na amostra referente à época 2. Mesmo não sendo possível afastar-se a possibilidade de seleção de casos tidos como “complexos” para necropsia, diagnósticos como os mencionados acima, feitos somente à necropsia, já demonstram a relevância permanente do procedimento. Como claramente apontado no “Evidence Report” encomendado pelo governo americano, mesmo tendo sido observada discreta diminuição das taxas de discordância entre diagnósticos clínicos e necroscópicos em alguns centros, elas ainda

permanecem em nível tal que não dispensa o uso continuado da necropsia (SHOJANIA et al, 2002).

A propósito da seleção de casos para necropsia, estudos como o de CAMERON e McGOOGAN reafirmaram a impossibilidade de se preverem os casos que fornecerão diagnósticos não formulados clinicamente (CAMERON e McGOOGAN, 1981). Portanto, concordando com as conclusões do "Evidence Report" americano, pode-se afirmar que a manutenção das taxas de discordância ao longo do tempo é mais do que um mero reflexo dos efeitos antagônicos da tecnologia empregada nos métodos diagnósticos e da menor utilização da necropsia, ou seja, menor ocorrência de erros diagnósticos devido à tecnologia *versus* menor número de necropsias, com tendência à seleção de casos "complexos", tornando mais provável o achado de diagnósticos não suspeitados (SHOJANIA et al, 2002).

No grupo dos adultos, observam-se condições associadas (DSM) com maior freqüência, notadamente nos casos de doenças crônicas pré-existentes, nos quais tenha surgido mais recentemente doença que assume o quadro clínico, constituindo o diagnóstico principal e/ou único. Exemplo disso seria o encontro à necropsia de adenocarcinoma pulmonar diagnosticado em vida, havendo, todavia, a presença de cardiopatia hipertensiva e isquêmica não suspeitada clinicamente, caracterizada no caso como DSM.

Os diagnósticos secundários maiores (DSM) predominantes na amostra da época 1 foram infecções bacterianas inespecíficas, contrastando com os observados na amostra da época 2, que foram mais heterogêneos. Exemplos são pancreatite crônica, amiloidose renal, aneurisma de aorta abdominal, toxicidade por drogas em múltiplos órgãos (anfotericina B, glucantime). Novamente, tal heterogeneidade pode estar relacionada a aumento da complexidade dos diagnósticos feitos na atualidade, incluindo aspectos como o envelhecimento da população ou a seleção de casos para necropsia.

Foram pouco numerosos os casos negativos entre as necropsias de adultos. Merece menção um caso na amostra referente à época 2, classificado como DN neste estudo, em que havia grande riqueza de informações clínicas na requisição, sendo doença de Crohn a suspeita. O laudo de necropsia era meramente descritivo, contendo todos os achados morfológicos próprios da doença de Crohn; entretanto, o patologista não fez qualquer conclusão, nem

correlacionou os achados necroscópicos com as informações clínicas fornecidas. Casos como este demonstram como a inexistência da realização de uma epícrise pelo patologista praticamente inutiliza um laudo de necropsia para referências futuras.

5.2. Atitude dos médicos em relação à necropsia

Das informações obtidas através dos questionários respondidos pelos profissionais do HC-UFMG, merece destaque o fato de a totalidade dos mesmos ter considerado, pelo menos de um ponto de vista teórico, a necropsia “um procedimento útil e relevante para a prática médica” e de terem sido postos em evidência aspectos relacionados a dificuldades encontradas por eles nas situações de óbito, no que concerne à solicitação de necropsia. Em quase todos os estudos que levam em conta pesquisas de atitude dos médicos em relação à necropsia, verificou-se a mesma unanimidade no que diz respeito a considerá-la válida e relevante. (CHARLTON, 1994; CHARIOT et al, 2000; DE DÁVILA et al, 2003; BURTON, 2003). A grande indecisão dos entrevistados a respeito do que seria uma taxa ideal de realização de necropsia pode dever-se, pelo menos em parte, a uma certa confusão por parte dos médicos entre o que é uma taxa ideal e o que é uma taxa mínima aceitável.

É sabido que pode haver uma distância entre as respostas obtidas em questionários e os comportamentos reais diante de determinadas situações, especialmente a da morte de um paciente, historicamente uma das situações consideradas mais difíceis pelos médicos. A grande freqüência de marcação de alternativas como “desagrado ao trazer inconveniência para a família num momento de perda” ou “dificuldade de abordar a família para obter autorização de necropsia”, curiosamente mais observadas entre pediatras e obstetras, atualmente os profissionais que mais solicitam necropsias (perinatais) na instituição, é ilustrativa desse fenômeno. Já foi exposto em alguns trabalhos que uma das razões para a não obtenção de autorização de necropsia é o tipo de abordagem realizada junto à família pelos médicos. Estes, devido a treinamento deficiente em habilidades de comunicação, preconceitos ou atitudes desfavoráveis, veladas, em relação à necropsia, comunicariam tal atitude de forma não verbal à família, que tenderia a recusar, uma vez que os conhecimentos do público são mais sujeitos a interpretações errôneas a

respeito da necropsia, além da existência de motivos culturais ou religiosos para o não consentimento (CHARLTON, 1994; McHAFFIE et al, 2001).

Como a maior parte das respostas ao questionário foi fornecida por docentes, levanta-se ainda uma outra questão: a possibilidade de que atitudes desfavoráveis à necropsia sejam “ensinadas” aos alunos e residentes de maneira incidental e quase imperceptível, constituindo o assim chamado “currículo oculto”, como apontado por BURTON (2003).

Também foi freqüente a afirmativa de que haveria um desestímulo dos clínicos em solicitar necropsias diante de excessivos atrasos na liberação dos laudos pelos patologistas. Trata-se de problema real, observado também em outros centros e países (CHARLTON, 1994; ADICKES e KENNETH, 1996). As razões da referida demora são complexas e provavelmente envolvem também atitudes dos próprios patologistas. ADICKES e KENNETH propõem um método de agilização na liberação de necropsias que, em seu trabalho, diminuiu o tempo médio de liberação de 57 dias para 4,8 dias.

Poucos profissionais julgaram ser verdadeira a afirmação de que “a necropsia acrescenta pouco, uma vez que exames de imagem de última geração fornecem diagnósticos precisos”. Tal achado parece indicar que, pelo menos entre os profissionais do HC-UFG, notadamente docentes das chamadas “grandes áreas”, a supervalorização de novas técnicas diagnósticas em detrimento da necropsia não é muito freqüente.

Não foi freqüente o temor da ocorrência de processo judicial como desdobramento de achados fornecidos pela necropsia. De fato, um artigo norte-americano reviu 99 casos de processos judiciais por erro médico, procurando identificar a porcentagem em que achados necroscópicos teriam sido desfavoráveis aos médicos acusados. Os autores concluíram que os diagnósticos fornecidos por necropsias poderiam ser neutros ou favoráveis, tanto para a acusação quanto para a defesa, mas sem impacto importante no julgamento final, que levava em conta preferencialmente a avaliação dos cuidados prestados ao paciente, em detrimento da precisão do diagnóstico clínico (BOVE et al, 2002).

Relata-se que, nos Estados Unidos, os patologistas têm apresentado reservas à necropsia, e que tal atitude poderia ter influência no declínio das suas taxas (CHARLTON, 1994). As justificativas apontadas pelos patologistas que atuam

no HC-UFMG para uma atitude desfavorável dos profissionais da área em relação à necropsia assemelham-se às descritas na literatura (CHARLTON, 1994; CHARIOT et al, 2000; MARK, 2002). Sua atitude foi dividida e, em parte, ambígua. As justificativas apontadas com maior frequência para uma atitude desfavorável foram a precariedade da infra-estrutura dos locais de trabalho e o temor de processo judicial relacionado ao ato da necropsia, este último atribuível a eventos recentes ocorridos no Serviço de Anatomia Patológica.

Diante de todos os benefícios comprovadamente fornecidos pela necropsia, como exposto neste estudo e na literatura, pode-se concluir que, apesar de 100% dos entrevistados terem assinalado a afirmativa de que “a necropsia é um procedimento útil e relevante”, não existe uma consciência a respeito da realidade dessa utilidade e da urgência de uma revitalização na sua prática. Como apontado por McPHEE (1996), ainda hoje, o diagnóstico clínico é inerentemente sujeito a falhas: mesmo quando se tem certeza do diagnóstico, erros ocorrem em no mínimo 5% a 10% dos casos (McPHEE, 1996 b). Sem a necropsia, portanto, cria-se a ilusão de progresso e instala-se a estagnação no aprendizado médico.

O confronto com a realidade da incerteza que caracteriza a prática clínica costuma ser fator gerador de grande ansiedade para os estudantes de graduação do curso médico, e essa ansiedade recebe pouca atenção dos educadores. Uma forma de aplacar tal ansiedade seria a exposição freqüente dos alunos à necropsia, o que lhes possibilitaria aprender a lidar com o erro de forma saudável e proveitosa. Além disso, pode-se inferir o impacto negativo da falta de utilização de sessões anatomoclínicas na formação médica. Legítimo exercício de correlação entre a observação clínica e os achados de necropsia, as sessões anatomoclínicas continuam representando, no curso médico e na educação continuada, instrumento pedagógico insubstituível e de estímulo ao raciocínio médico.

Além disso, falta aos médicos residentes treinamento específico para enfrentar a situação da morte de um paciente. Ênfase deve ser dada ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, como ressaltam alguns autores: faz parte do adequado treinamento profissional de um médico a capacidade de estabelecer uma relação médico-paciente satisfatória, que permita inclusive a comunicação do falecimento de um ente querido à família,

de forma direta, respeitosa e empática (McPHEE, 1996 a; WELSH e KAPLAN, 1998).

Por fim, é conhecido o papel de crenças equivocadas no atraso do desenvolvimento das culturas. A partir dos dados encontrados neste estudo, pode-se concluir que a visão da necropsia como uma “inconveniência” e não como método de auto-aprendizado e instrumento voltado para o progresso da ciência médica é uma dessas crenças equivocadas.

No enfrentamento dos obstáculos contrários ao aumento das taxas de necropsias, além dos aspectos analisados neste estudo, especialmente os voltados para a atitude do pessoal da área médica, é preciso considerar um sem número de circunstâncias envolvidas no processo. Torna-se imprescindível intervir em toda a cadeia direta ou indiretamente relacionada à prática da necropsia, conscientizando os setores implicados em relação à sua importância como mecanismo de defesa e aprimoramento da vida.

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem as seguintes conclusões:

1) Apesar dos avanços alcançados pelos testes diagnósticos empregados atualmente na clínica, a necropsia permanece útil no HC-UFMG, não tendo sido observadas alterações significativas nas taxas globais de discordância entre diagnósticos clínicos e necroscópicos nas amostras das duas épocas estudadas.

2) A maior parte dos profissionais que responderam o questionário não crê que os avanços tecnológicos empregados nos testes diagnósticos diminuiriam a necessidade de necropsia. Entretanto, observam-se dificuldades objetivas e subjetivas de clínicos e patologistas em relação às situações de solicitação e realização de necropsias.

Com as conclusões acima expostas, acredita-se que os objetivos gerais e específicos deste estudo foram alcançados, restando, para estudos futuros, investigações mais aprofundadas das causas do declínio das taxas de necropsia e da manutenção dessa tendência, bem como propostas de estratégias para incentivar o retorno da sua realização plena e dar continuidade à utilização das informações oferecidas pela necropsia, no aprimoramento dos serviços médicos, do ensino e da pesquisa no Hospital das Clínicas da UFMG.

7. RESUMO

Introdução. As taxas de realização de necropsias hospitalares diminuíram em todo o mundo, tendo chegado a níveis criticamente baixos no HC-UFMG, particularmente em relação a procedimentos em adultos e pacientes pediátricos. Entre as causas aventadas para tal declínio, menciona-se com freqüência que o desenvolvimento de novas técnicas diagnósticas ocorrido nas últimas décadas teria diminuído a necessidade de necropsia. A influência de atitudes desfavoráveis dos médicos em relação ao procedimento também é considerada.

Objetivos. Avaliar se houve diminuição da necessidade de necropsia no HC-UFMG; através de estudo de correlação anatomoclínica, determinar as taxas de discordância entre diagnósticos clínicos e necroscópicos em duas épocas; avaliar a atitude dos médicos da instituição em relação à necropsia.

Materiais e métodos. Procedeu-se a correlação anatomoclínica entre diagnósticos clínicos e necroscópicos em amostras aleatoriamente selecionadas de 80 necropsias realizadas em pacientes do HC-UFMG realizadas na década de 70 e 80 necropsias realizadas na década de 90. O grau de discordância entre os diagnósticos foi qualificado em total, parcial ou ausente e suas taxas de ocorrência comparadas nas duas épocas. Um questionário foi aleatoriamente distribuído entre médicos do HC-UFMG, abordando as atitudes dos profissionais em relação à necropsia.

Resultados. Houve predomínio absoluto de necropsias pediátricas e de adultos na amostra referente à década de 70, com apenas três casos de necropsias perinatais. Estas predominaram na década de 90, com taxa de discordância de 56%, com maior freqüência de discordâncias parciais e maior ocorrência de malformações congênitas, parcialmente identificadas em vida. A correlação anatomoclínica revelou concordância completa entre diagnósticos clínicos e necroscópicos na maior parte das necropsias pediátricas da amostra referente à década de 70, o inverso ocorrendo na amostra referente à década de 90. As taxas de discordância diagnóstica não apresentaram alterações significativas de uma época para a outra em relação às necropsias de adultos: 68% na década de 70 e 57% na década de 90. Infecções bacterianas e tromboembolismo pulmonar foram condições não diagnosticadas clinicamente que predominaram na amostra referente à década de 70; na década de 90, os diagnósticos necroscópicos não formulados em vida formaram grupo mais heterogêneo de doenças. A análise das respostas ao questionário revelou predomínio de atitude favorável em relação à necropsia entre os médicos do HC-UFMG, tendo sido manifestadas com freqüência dificuldades em relação à abordagem das famílias de pacientes falecidos para solicitar autorização de necropsia.

Conclusões. Não houve modificação ao longo do tempo da utilidade da necropsia no HC-UFMG, a despeito de sua restrita utilização na atualidade. Sua prática necessita de incentivo e revitalização para que se minimizem os efeitos deletérios da ausência de necropsias pediátricas e de adultos sobre o ensino médico, a pesquisa e o controle de qualidade da assistência prestada na instituição.

8. ABSTRACT

Introduction. Hospital autopsy rates have declined throughout the world, reaching extremely low numbers at HC-UFMG, particularly in so far as pediatric and adult procedures are concerned. It is often argued that the development of new diagnostic techniques has obviated the need to perform autopsies. Unfavorable attitudes towards the autopsy among physicians are also thought to have had an impact on autopsy rates.

Objectives. To determine whether there has been a diminishment of the autopsy's relevance at HC-UFMG, to analyze discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings in two distinct medical eras, and to assess physicians' attitudes towards the autopsy at HC-UFMG.

Materials and methods. Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings were analyzed in two random samples of 80 autopsies performed in patients of HC-UFMG in the middle 1970s and 80 autopsies performed in the late 1990s. Discrepancies were classified as total, partial or absent and their rates compared in the two eras. A questionnaire was randomly distributed among physicians of HC-UFMG addressing their attitudes towards the autopsy.

Results. Adult and pediatric autopsies predominated in the 1970s, with only three perinatal procedures in the sample from that period. Perinatal autopsies predominated in the 1990s, with a discrepancy rate of 56%. Partial discrepancies, with correct classification of congenital malformations by autopsy, were the most frequent. Discrepancies were absent in most pediatric autopsies from the 1970s; conversely, the majority of pediatric autopsies from the 1990s showed discrepancies. As to adults, discrepancy rates did not change significantly from the 1970s sample (68%) to the 1990s sample (57%). Bacterial infections and pulmonary embolism were common discrepant diagnoses (revealed by the autopsy alone) in the 1970s sample; in the 1990s, the diseases clinically missed were often unrelated to each other and could not be grouped into a single disease category. A favorable attitude towards the autopsy among the majority of HC-UFMG physicians was evidenced by the questionnaire. Problems concerning how to approach a bereaved family in order to obtain consent to autopsy were frequently mentioned.

Conclusions. There was no significant change in the autopsy's relevance as a diagnostic tool at HC-UFMG over time, in spite of its restricted use nowadays. Adult and pediatric autopsy rates need urgent improving in order to prevent harmful effects on medical education, research and quality control of medical care at the institution.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADICKES, ED; KENNETH, LS Enhancing autopsy performance and reporting. A system for a 5-day completion time. Arch Pathol Lab Med. 1996;120:249-53

ALMEIDA, MC Correlação diagnóstica anatomoclínica. Aferição retrospectiva do diagnóstico clínico em necropsias. Revista de Saúde Pública 1989;23:285-91.

ANDERSON,RE, HILL, RB, KEY, CR The sensitivity and specificity of clinical diagnoses during five decades: toward an understanding of necessary fallibility. JAMA. 1989;261(11):1610-7.

BOVE, KE; IERY, C; and the Autopsy Committee, College of American Pathologists The role of the autopsy in medical malpractice cases. I – A review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med. 2002;126:1023-31

BURTON, JL Medical educators' personal attitudes towards the necropsy. J Clin Pathol. 2003;56(12):950-1

CAMERON, HM; McGOOGAN, E A prospective study of 1152 hospital autopsies:II. Analysis of inaccuracies in clinical diagnoses and their significance. Pathology 1981;133:285-300

CARDOSO, MP; BOURGUIGNON, DC; GOMES, M; SALDIVA, PHN; PEREIRA, CR; TROSTER, EJ Comparison between clinical diagnoses and autopsy findings in a pediatric intensive care unit in Sao Paulo, Brazil. Ped Crit Care Med 2006; 7:423-7

CHARIOT, P; WITT, K; PAUTOT, V; PORCHER, R; THOMAS, G; ZAFRANI, ES; LEMAIRE, F Declining autopsy rate in a French hospital. Physicians' attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. Arch Pathol Lab Med. 2000;124(5):739-45

CHARLTON, R Autopsy and medical education: a review. J R Soc Méd. 1994;87(4):232-6

CORADAZZI, AL; MORGANTI, ALC; MONTENEGRO, MRG Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings. *Braz J Med Biol Res.* 2003; 36:385-91

CURY, MRCO; NETO, FC; ZANETTA, DMT Avaliação de concordância entre diagnósticos clínicos e relatórios finais de autópsias em hospital universitário. *Arq Ciênc Saúde* 2005;12:3-7

GUT, AL; FERREIRA, ALA; MONTENEGRO, MR Autopsy: quality assurance in the ICU. *Int Care Med* 1999; 25:360-3

DE DÁVILA, MTG; SIMINOVICH, M; ZILL, G; VARELA, P; CUBILLANA, P La autopsia clínica: las posibles causas de su declinación y una propuesta multidisciplinaria. *Medicina Infantil* 2003;X:121-5.

FAYE-PETERSEN, OM; GUINN, DA; WENSTRITOM, KD Value of perinatal autopsy. *Obstet Gynecol* 1999;94:915-20

GOLDMAN, L; SAYSON, R; ROBBINS, S; LAWRENCE, HC; BETTMANN, M; WEISBERG, M The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med.* 1983;308:1000-5

KIRCH, W; SCHAFF, C Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras: report on 400 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996;75:29-40

KIRCHER, T; NELSON, J; BURDO, H The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. *N Engl J Med.* 1985;313:1263-9

KISCHER, TL Autopsy and mortality statistics: making a difference. *JAMA.* 1992;267:1264-8

KUMAR, P; ANGST, DB; TAXY, J; MANGURTEN, HH Neonatal autopsies. A 10-year experience. *Arch of Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:38-42

LAURENTI, R; JORGE, MHPM O atestado de óbito. 5ª ed, São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (MS/USP/OPAS/OMS), 2004

LUNDBERG, GD Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine. Continued value for quality assurance and patient safety. JAMA. 1998;280:1273-4

MARK, EJ Who wants autopsies and who does not – lessons from the rise and fall of the autopsy over the past 100 years. Histopathology 2002;41:197-200

McHAFFIE, HE; FOWLIE, PW; HUME, R; LAING, IA; LLOYD, DJ; LYON, AJ Consent to autopsy for neonates. Arch Dis Child (Fetal Neonatal Ed.) 2001;85:F4-F7

McPHEE, SJ (a) Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families. What needs to be done. Arch Pathol Lab Med. 1996;120:743-8

McPHEE, SJ (b) The autopsy – an antidote to misdiagnosis. Medicine (Baltimore) 1996; 75:41-3

NEWTON, DN; COFFIN, CM; CLARK, EB; LOWICHIK, A How the pediatric autopsy yields valuable information in a vertically integrated health care system. Arch Pathol Lab Med. 2004; 128:1239-46

NICHOLS, L; ARONICA, P; BABE, C Are autopsies obsolete? Am J Clin Pathol. 1998; 110:210-8

NORONHA, L; MARTINS, VDM; NONES, RB; SEPULCRI, RP; CARVALHO, DS; SAMPAIO, GA; KASTING, G; SERAPIÃO, MJ, BLEGGI-TORRES, LF Intrauterine and perinatal mortality: comparative analysis of 3,904 necropsies, Hospital de Clínicas, Curitiba, from 1960 to 1995. Jornal de Pediatria 2000;76:213-21

PERES, LC Criação de banco de dados de necropsias pediátricas realizadas no Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no período de abril de 1993 a abril de 1999. 2000 [Tese-Livre docência, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP].

ROCHA, LOS Vida e obra de Luigi Bogliolo. Belo Horizonte. Editora Gráfica da Fundação Cultural Belo Horizonte, 1992. 521p

ROULSON, J; BENBOW, EW; HASLETON, PS Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of postmortem histology: a meta-analysis and review. *Histopathology* 2006;47:551-9

SARODE, VR; DATTA, BN; BANERJEE, AK; BANERJEE, CK; JOSHI, K; BHUSNURMATH, B; RADOTRA, BD Autopsy findings and clinical diagnoses: a review of 1,000 cases. *Human Pathology* 1993;24(2):194-198

SHOJANIA, KG; BURTON, EC; McDONALD, KM; GOLDMAN, L The autopsy as an outcome and performance measure. Evidence Report/Technology Assessment N° 58 (prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under contract N° 290-97-0013). AHRQ Publication N° 03-E002. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2002. Disponível no site <http://www.ahrq.gov>

STEVANOVIC, G; TUCAKOVIC, G; DOTLIC, R; KANJUH, V Correlation of clinical diagnoses with autopsies findings: a retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. *Human Pathology* 1986;17:1225-30

WELSH, TS; KAPLAN, J The role of postmortem examination in medical education. *Mayo Clin Proc* 1998;73:802-05

10. ANEXOS

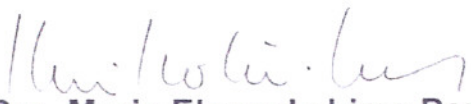
Parecer nº. ETIC 284/05

Interessada: Profa. Dra. Ana Maria Arruda Lana
Depto. de Anatomia Patológica e Medicina Legal
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 29 de março de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Correlação anatomoclínica – um estudo sobre a contribuição da necropsia como método diagnóstico no Hospital das Clínicas da UFMG"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


p/ **Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**
Presidente do COEP/UFMG

Números absolutos anuais de necropsias - APM 1944 - 1998

1944 - 64 (Início regular das necropsias)

1945 - 64

1946 - 55

1947 - 50

1948 - 91

Média anual: 84

1949 - 63

mensal: 7

1950 - 61

1951 - 84

1952 - 96

1953 - 104

1954 - 151

1955 - 126

1956 - 85

1957 - 216

(Fase intermediária)

1958 - 198

1959 - 1.340

(Início do SVO)

1960 - 1.441

1961 - 1.553

1962 - 1.668

Média anual: 1.606

1963 - 2.141

mensal: 133

1964 - 1.958

1965 - 1.453

1966 - 1.462

1967 - 1.439

1968 - 828

1969 - 342

(Fase intermediária)

1970 - 356

1971 - 358

Média anual: 360

1972 - 373

mensal: 30

1973 - 323

1974 - 241

1975 - 152

1984 - 111

1993 - 153

1989 - 1998: Adultos: 28%

1976 - 115

1985 - 160

1994 - 144

Crianças: 7%

1977 - 135

1986 - 133

1995 - 187

RN+NT: 65%

1978 - 135

1987 - 84

1996 - 163

1979 - 165

1988 - 139

1997 - 162

1975 - 1997: Média anual: 140

1980 - 153

1989 - 133

1998 - 47

mensal: 11,6

1981 - 152

1990 - 143

1982 - 124

1991 - 137

1983 - 105

1992 - 134

Correlação anatomoclínica - necropsias do HC-UFMG em duas épocas distintas

Lista dos casos da amostra

Obs.: Nas correlações em que há discordância parcial, os diagnósticos conhecidos em vida estão entre parênteses.

Necropsia	Época	Tipo	Correlação	Diagnósticos principais	DSM
19002	1	Adulto	DT	Esquistossomose hepática Edema agudo de pulmão	Adenocarcinoma prostático invasor
19012	1	Pediátrica	DA	Broncopneumonia grave	
19020	1	Pediátrica	DIC	(Polisserosite - tuberculosa?) TEP + Tromboembolismo sistêmico pós-pericardiectomia	
19027	1	Pediátrica	DT	Tuberculose miliar (disseminada)	
19041	1	Adulto	DA	Melanoma metastático	
19044	1	Pediátrica	DA	(Insuficiência renal crônica Glomerulonefrite crônica difusa	Broncopneumonia
19054	1	Adulto	CN		
19057	1	Adulto	DT	Cardiopatia hipertensiva Cardiopatia Chagásica crônica	Pancreatite crônica
19060	1	Adulto	DIC	(Carcinoma de células escamosas invasor da língua) Broncopneumonia	Metástases pulmonares
19062	1	Adulto	DIC	(Hiperplasia nodular da próstata) Prostatite aguda Broncopneumonia	
19072	1	Pediátrica	DA	Leptomeningite aguda fibrino-purulenta	

19077	1	Pediátrica	DA	Broncopneumonia	
19082	1	Adulto	DIC	(Pneumonia de aspiração em pós-operatório de cirurgia abdominal) Deiscência de sutura (enteroanastomose jejuno-ileal)	
19095	1	Adulto	DT	Adenocarcinoma pancreático invasor	Metástases múltiplas
19098	1	Adulto	DT	DPOC	Tromboses e infartos pulmonares
19105	1	Pediátrica	DIC	(Desnutrição + broncopneumonia) Hemorragia retroperitoneal grave por cateterização de v. femoral	
19122	1	Adulto	DTH	Carcinoma pulmonar anaplásico	Metástases disseminadas
19133	1	Adulto	DA	Esquistossomose hepática forma de Symmers Hemorragia digestiva alta	Trombose de v. porta com necrose hepatocelular Peritonite aguda fibrino-purulenta
19141	1	Adulto	DA	Cardiopatia Chagásica crônica	
19154	1	Adulto	DT	Carcinoma gástrico	Broncopneumonia
19162	1	Adulto	DA	Hipertensão arterial maligna (acometimento renal) Cardiopatia hipertensiva	
19166	1	Pediátrica	DT	Artrite séptica com disseminação bacteriana e sepse	Esquistossomose hepática Neurocisticercose
19170	1	Adulto	DA	IAM	
19175	1	Adulto	DIC	(Metástases cervicais de provável carcinoma broncopulmonar) Edema agudo de pulmão	Cardiopatia hipertensiva Broncopneumonia

19182	1	Pediátrica	DT	Coarctação da aorta Endocardite bacteriana grave	Pneumonia de aspiração
19189	1	Adulto	DT	Adenocarcinoma pancreático invasor	Abscessos hepáticos amebianos Leptomeningite aguda Pielonefrite aguda
19204	1	Adulto	DA	IAM	
19208	1	Adulto	DA	Carcinoma de células escamosas invasor do colo uterino com fístula estercoral e peritonite aguda	
19210	1	Pediátrica	DT	Hepatite tóxica (medicamentosa)	
19215	1	Adulto	DIC	(Insuficiência cardíaca congestiva [cardiopatia hipertensiva descompensada] + cor pulmonale crônico) Broncopneumonia grave TEP múltiplo e recorrente	
19218	1	Pediátrica	DA	Trombose do seio sagital superior TEP maciço	
19219	1	Pediátrica	DA	Leptomeningite purulenta Broncopneumonia	Hematoma subdural pós-punção
19227	1	Adulto	DSC	(Insuficiência renal crônica, hipertensão arterial sistêmica) Hipoplasia renal bilateral	
19230	1	Adulto	DTH	Carcinoma gástrico mucossecretor	Metástases linfonodais e hepáticas Broncopneumonia grave
19243	1	Adulto	DT	Leptomeningite fibrino-purulenta Cardiomiopatia dilatada (alcoólica) Hepatite alcoólica	

19249	1 Adulto	DN		
19259	1 Adulto	DA	Insuficiência cardíaca congestiva - cardiopatia hipertensiva descompensada Broncopneumonia	Colecistite aguda
19261	1 Neomorto	DA	Broncopneumonia	
19266	1 Adulto	DT	Infecção generalizada: Hidropniefrose à direita Abscessos hepáticos, esplênicos e subfrênico à esquerda	DPOC
19272	1 Adulto	DA	Carcinoma de células escamosas do esôfago	
19303	1 Adulto	DA	Carcinoma de células escamosas do lábio Hemorragia digestiva alta pós-operatória Choque	
19307	1 Adulto	DSC	Neurocisticercose Infartos cerebrais recentes múltiplos	
19314	1 Adulto	DT	Neoplasia maligna indiferenciada metastática	Pielonefrite aguda Peritonite aguda fibrino-purulenta
19318	1 Adulto	DT	IAM	Estenose de a. renal esquerda Cardiopatia hipertensiva Tromboses pulmonares múltiplas com infartos
19319	1 Adulto	DA	IAM	Trombose cardíaca mural + TEP
19324	1 Adulto	DIC	(Drepanocitose) Pneumonia lobar + cor pulmonale agudo	Atrofia e contração renais Auto-esplenectomia

19329	1 Adulto	DT	Tuberculose intestinal Tuberculose disseminada	Gravidez tubária à direita
19330	1 Adulto	DSC	Agenesia renal à esquerda Glomerulonefrite crônica difusa à direita	Abscessos hepáticos disseminados
19337	1 Adulto	DA	Linfoma linfocítico	
19342	1 Adulto	DIC	(Cardiopatia Chagásica) Tromboembolismo sistêmico	
19345	1 Adulto	DA	Cirrose hepática pós-necrótica de etiologia não determinada morfológicamente	
19350	1 Pediátrica	DA	Tétano + Broncopneumonia	
19358	1 Pediátrica	DA	Neuroblastoma	Broncopneumonia
19365	1 Adulto	DA	"Câncer do colo uterino" Pneumonia de aspiração pós-operatória	Metástases pulmonares Infecção pulmonar por <i>Candida sp</i> TEP Peritonite aguda
19368	1 Adulto	DIC	(Carcinoma de células escamosas do lábio, operado) Carcinoma gástrico invasor	Metástases em linfonodos regionais (peri-gástricos)
19369	1 Pediátrica	DSC	(Síndrome de Down) Caracterização de malformações cardíacas	
19379	1 Adulto	DA	Leucemia mielóide aguda	Êmbolos leucêmicos pulmonares Cor pulmonale agudo

19386	1 Adulto	DSC	(Doença Reumática) Caracterização de valvopatias	Broncopneumonia
19390	1 Adulto	DT	Pielonefrite aguda bilateral	Esquistossomose hepática, pulmonar e intestinal
19397	1 Adulto	DIC	(Hipertensão arterial sistêmica + <i>diabetes mellitus</i>) TEP	Infartos antigos do miocárdio e sistema nervoso central
19501	1 Adulto	DT	IAM + TEP	
19511	1 Adulto	DA	Leucemia mielóide aguda	Disseminação visceral Síndrome hemorrágica - hemorragia subaracnóidea
19525	1 Adulto	DT	Pancreatite crônica agudizada	
19527	1 Pediátrica	DA	Meningomielocoele Leptomeningite purulenta Hidrocefalia obstrutiva	Broncopneumonia
19534	1 Adulto	DT	Carcinomatose disseminada	
19538	1 Adulto	DT	Teratoma maduro ovariano Pseudomixoma peritoneal	Pielonefrite aguda bilateral
19545	1 Adulto	DA	Hidrocefalia interna não-obstrutiva por seqüela de meningite	
19549	1 Adulto	DTH	Carcinoma gástrico invasor	Disseminação

19552	1 Adulto	DTH	Adenocarcinoma mucossecretor com carcinomatose peritonial e metástases	Pneumonia de aspiração
19558	1 Pediátrica	DA	Lúpus eritematoso sistêmico + Sarampo + Broncopneumonia	Cisticercose visceral Esquistossomose
19563	1 Neomorto	DA	Leptomeningite + Broncopneumonia	
19567	1 Neomorto	CN		
19571	1 Adulto	DSC	(Insuficiência renal crônica) Nefrite intersticial crônica	
19574	1 Pediátrica	DA	Broncopneumonia + choque séptico	Infarto pulmonar Abscesso miocárdico
19576	1 Adulto	DT	Broncopneumonia grave	
19580	1 Adulto	DTH	Adenocarcinoma bem diferenciado e invasor da vesícula biliar	Metástases pulmonares e peritoniais
19581	1 Pediátrica	DA	Hepatite subaguda grave	Hematoma retroperitonal volumoso
19585	1 Pediátrica	DA	Broncopneumonia	Bronquiectasias Linfadenite mediastinal supurativa Trombose de pequenos vasos renais e glomérulos
19590	1 Adulto	DSC	(Insuficiência cardíaca congestiva) Malformações cardíacas Pancardite reumática	Endocardite bacteriana TEP + infartos pulmonares Broncopneumonia Esquistossomose hepática forma de Symmers
19593	1 Pediátrica	DA	Broncopneumonia	

22157	2 Natimorto	DT	Doença vasvular útero-placentária	
22168	2 Adulto	DSC	(Insuficiência renal + insuficiência hepática) Pielonefrite aguda bilateral Cirrose hepática	Tuberculose pulmonar Pancreatite crônica
22172	2 Pediátrica	DIC	(Aplasia medular) Encefalopatia de Wernicke aguda	
22179	2 Adulto	DA	(Mielodisplasia) Pancitopenia + broncopneumonia grave	Pielonefrite aguda abscedante Cor pulmonale agudo
22192	2 Neomorto	DSC	(Seqüência do oligodrâmio) Displasia renal obstrutiva por hipertrofia do colo vesical	
22205	2 Adulto	DN		Adenoma renal papilífero
22208	2 Adulto	DIC	(SIDA + hepatite C + Cardiomiopatia dilatada) Trombose intra-cardíaca TEP Tromboembolismo sistêmico	Microabscessos do sistema nervoso central Úlcera péptica perfurada
22213	2 Neomorto	DIC	(Síndrome de Patau) Dano alveolar difuso Trombose oclusiva de médios vasos pulmonares	
22217	2 Neomorto	DA	Pneumonia congênita	
22227	2 Natimorto	CN		
22231	2 Adulto	DT	Trombose da v. porta do fígado transplantado	
22234	2 Neomorto	CN		

22244	2	Pediátrica	DSC	(Malformações múltiplas) Infecção viral congênita (possível rubéola)	
22255	2	Pediátrica	DIC	(Má rotação intestinal submetida a correção cirúrgica) Peritonite aguda pós-operatória	
22267	2	Adulto	DT	Abscesso hepático solitário e volumoso	
22280	2	Natimorto	DT	Malformações congênitas Hidropisia fetal não-imunitária	
22291	2	Adulto	DT	BOOP	DPOC (enfisema pulmonar)
22296	2	Natimorto	DA	(Incompetência istmocervical)	
22299	2	Neomorto	DSC	Caracterização de malformações congênitas múltiplas	
22302	2	Neomorto	DSC	Caracterização de malformações congênitas múltiplas	
22310	2	Adulto	DN		
22318	2	Neomorto	DSC	(Seqüência de "Prune-Belly") Atresia de Uretra Posterior Displasia renal obstrutiva	"Incontinentia pigmenti"
22323	2	Natimorto	DT	Vilosite crônica necrótico-proliferativa Infartos antigos Ausência de hidropisia (possível infecção congênita e/ou doença vascular útero-placentária)	
22326	2	Adulto	DT	Encefalopatia de Wernicke (Pós-operatório de gastrectomia por câncer gástrico)	

22327	2 Adulto	DA	Endocardite bacteriana Leptomeningite purulenta Infartos cerebrais antigos	Aterosclerose grave da aorta Fenômenos trombóticos sistêmicos
22328	2 Neomorto	DSC	(Hidronefrose bilateral) Estenose bilateral de junção pielo-ureteral	
22333	2 Neomorto	DTH	Neuroblastoma congênito dos hemisférios cerebrais	
22337	2 Natimorto	DA	Doença vascular útero-placentária - DHEG	
22345	2 Natimorto	DT	Seqüestro pulmonar extralobar	
22351	2 Adulto	DT	Tuberculose miliar (disseminada)	
22358	2 Neomorto	DA	Candidíase sistêmica	
22366	2 Neomorto	CN		
22367	2 Natimorto	DSC	(Malformação cardíaca) Hipoplasia do coração E Comunicação interventricular alta e ampla	
22381	2 Neomorto	DSC	(Rins policísticos) Doença renal policística compatível com forma autossômica dominante	
22389	2 Neomorto	DSC	(Sepse neonatal) Pneumonia intra-uterina	
22399	2 Natimorto	DA	Doença vascular útero-placentária + descolamento prematuro da placenta	
22414	2 Adulto	DA	(Pós-operatório de gastrectomia por câncer gástrico) TEP	

22416	2 Neomorto	DA	Displasia óssea tanatofórica	
22424	2 Adulto	DA	Doença do enxerto <i>versus</i> hospedeiro	Aspergiloma pulmonar
22439	2 Natimorto	DT	Placentite crônica em atividade (infecção hematogênica)	
22465	2 Pediátrica	DSC	Pielonefrite aguda	
22472	2 Pediátrica	DSC	Síndrome de Patau	Lesões renais túbulo-intersticiais difusas (nefrotoxicidade pela anfotericina B)
22476	2 Natimorto	DA	Descolamento prematuro da placenta (ausência de causa anatômica)	
22486	2 Pediátrica	DIC	(Calazar) Linfadenopatia de Kikuchi-Fujimoto	Toxicidade por drogas: fígado, medula óssea, rins, miocárdio
22496	2 Neomorto	DSC	Caracterização de malformações intestinais	Infecção fúngica pulmonar
22506	2 Adulto	DA	Polimiosite - Esclerodermia "Overlap Syndrome"	Amiloidose renal
22515	2 Neomorto	DA	Displasia renal cística difusa	Corioamnionite e funiculite agudas Trombose da veia umbilical
22527	2 Adulto	DA	Síndrome pulmão-rim, possivelmente Síndrome de Goodpasture	
22538	2 Neomorto	DSC	Caracterização de malformações congênitas: Onfalocele gigante Comunicação interventricular alta Hipoplasia pulmonar bilateral	

22547	2	Pediátrica	DT	Doença viral exantemática, possivelmente Sarampo	
22553	2	Natimorto	CN		
22561	2	Natimorto	DSC	Hidropisia fetal não-imunitária	
22576	2	Natimorto	DA	Doença vascular útero-placentária	
22579	2	Neomorto	DT	Macrossomia fetal com alterações próprias do diabetes materno Ausência de malformações	
22583	2	Adulto	DA	Pneumonia fibrino-purulenta grave	Cor pulmonale agudo Cardiomiopatia dilatada Aterosclerose coronariana grave
22595	2	Natimorto	DA	Síndrome de Down Hidropisia fetal	
22598	2	Neomorto	DSC	Caracterização de lesões decorrentes de tocotraumatismo: Fratura de coluna torácica	
22602	2	Natimorto	DA	Endocardite bacteriana: IAM Acidente vascular cerebral hemorrágico	
22610	2	Pediátrica	DSC	(Insuficiência hepática + broncopneumonia [sepse]) Cirrose biliar secundária a cisto de colédoco	Pancreatite crônica fibrosante
22615	2	Neomorto	DA	Broncopneumonia	
22628	2	Natimorto	DA	Circular de cordão (segundo gemelar)	Inserção velamentosa do cordão Hemoperitônio por ruptura de hematoma subcapsular hepático (hipóxia)

22642	2 Natimorto	DA	Descolamento prematuro da placenta (ausência de causa anatômica)	
22646	2 Natimorto	DT	Malformação crânio-facial Hemorragias de Kline Hidropisia fetal não-imunitária	
22656	2 Adulto	DSC	(Plaquetopenia febril) Púrpura Trombocitopênica Trombótica	
22662	2 Natimorto	DA	Doença vascular útero-placentária	
22683	2 Neomorto	DSC	Atresia de laringe	
22685	2 Pediátrica	DA	Hepatite fulminante	
22690	2 Natimorto	DSC	Caracterização de malformações múltiplas: Meningocele sacral com espinha bífida Arrinencefalia, etc.	Corioamnionite e decíduite agudas graves
22694	2 Neomorto	DA	Síndrome de Edwards	
22703	2 Adulto	DT	Broncopneumonia grave + sepse Disfunção secundária de enxerto renal	
22729	2 Adulto	DA	Hepatite aguda fulminante idiopática	
22732	2 Neomorto	DSC	Caract malf complexas: Síndrome do isomerismo esquerdo ("anisosplenia O") Hérnia diafragmática à direita Atresia de intestino delgado Agenesia renal à esquerda	

22734	2 Natimorto	DSC	(Hipóxia intra-uterina) Torção acentuada do cordão umbilical	
22736	2 Natimorto	DSC	(Seqüência do oligodrânio) Uropatia obstrutiva	
22746	2 Neomorto	DSC	Caracterização de malformações múltiplas do sistema nervoso central	
22747	2 Natimorto	DA	Doença vascular útero-placentária	
22748	2 Neomorto	DA	Hipoplasia do coração esquerdo	
22754	2 Natimorto	DT	Doença vascular útero-placentária	
22761	2 Adulto	DIC	(SIDA) Citomegalovirose disseminada Hepatite aguda medicamentosa grave	Aneurisma de aorta abdominal e artérias ilíacas
22773	2 Natimorto	DA	Insuficiência placentária	

QUESTIONÁRIO - “IMPORTÂNCIA DA NECROPSIA NA PRÁTICA MÉDICA – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG”

Este questionário é parte de um estudo realizado por patologistas do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal e acadêmicos de Medicina, tendo por objetivo auxiliar na avaliação da situação das necropsias no Hospital das Clínicas da UFMG.

As respostas não serão identificadas.

Contamos com o apoio e a sinceridade de todos aqueles que queiram contribuir para o sucesso de nosso estudo, respondendo objetivamente às questões que se seguem. Algumas questões permitem mais de uma resposta.

Desde já agradecemos sua colaboração. Os resultados serão divulgados oportunamente.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Pessoais : Idade _____ Sexo () M () F

Médico formado há _____ anos (ignorar se for estudante)

CATEGORIA PROFISSIONAL

- () Estudante (interno) () Médico Residente :
- () Clínica Médica
 - () Cirurgia
 - () Pediatria
 - () Ginecologia e Obstetrícia
 - () Ortopedia
 - () Otorrinolaringologia
 - () Oftalmologia
 - () Anatomia Patológica

() Médico contratado (RPA, plantonista etc.) () Docente

ÁREA DE ATUAÇÃO PRINCIPAL

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| () Clínica Médica | () CTI adulto |
| () Ginecologia | () Obstetrícia |
| () Cirurgia de adulto | () Cirurgia Pediátrica |
| () Pediatria | () Neonatologia sala de parto |
| () CTI neonatal | () CTI pediátrico |
| () Anatomia Patológica | () Ortopedia |
| () Oftalmologia | () Otorrinolaringologia |
| () Neurologia | () Neurocirurgia |

- 7) Em sua opinião, a atitude dos patologistas em relação à necropsia é:
- () Favorável
 - () Desfavorável
- 8) Se a resposta anterior foi *desfavorável*, que aspectos justificariam essa atitude?
- () Desagrado frente à realização do exame (trabalhoso, demorado, desagradável)
 - () Descrédito em relação ao valor da necropsia como exame médico anátomo-patológico
 - () Temor da possibilidade de contaminação durante a realização da necropsia
 - () Infra-estrutura precária dos locais de realização de necropsia
 - () Temor de processo judicial relacionado ao ato da necropsia
- 9) Marque os motivos que **você** considera importantes para **você** solicitar uma necropsia:
- () Solicitada a necropsia, a condução do caso é transferida para outro profissional, encerrando a minha participação
 - () Necropsias são solicitadas rotineiramente em meu setor
 - () Tenho dificuldades no preenchimento do atestado de óbito
 - () Tenho interesse em conhecer os diagnósticos precisos e as causas do óbito
 - () Acredito na necropsia como instrumento de ensino num hospital universitário
 - () A necropsia pode confirmar que o óbito era inevitável apesar de condutas corretas terem sido tomadas (controle de qualidade e defesa profissional)
 - () Pressões da família para a realização da necropsia (desejo **da família** de conhecer os diagnósticos precisos)

CASO QUEIRA FAZER ALGUM COMENTÁRIO, UTILIZE O ESPAÇO ABAIXO
