

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARGANI CADORE WEIS

ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS RESIDUAIS EM
CUIABÁ

Cuiabá
2016

MARGANI CADORE WEIS

ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS RESIDUAIS EM CUIABÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem - nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem e o cuidado à saúde regional

Orientadora: Profa. Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy

Cuiabá
2016

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

C125a Cadore Weis, Margani.
ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS RESIDUAIS
EM CUIABÁ / Margani Cadore Weis. -- 2016
118 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Christine Baccarat de Godoy.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Cuiabá, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Causas externas. 2. Óbitos. 3. Registros de Mortalidade. 4.
Investigação. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

MARGANI CADORE WEIS

ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS RESIDUAIS EM CUIABÁ

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de: **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada na sua versão final em 22 de Junho de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado, área de concentração: Enfermagem e o cuidado à saúde regional.

Profª. Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy
Presidente (Orientador)

Prof. Dr. Calvino Camargo
Membro Efetivo Externo

Profª. Dra. Solange Pires Salomé de Souza
Membro Efetivo Interno

Prof. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Membro Suplente Externo

Profª. Pós-Dra. Lígia Regina de Oliveira
Membro Suplente Interno

Cuiabá
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, Frederico, luz da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, inteligência e energia superior, por me dar o presente da vida como oportunidade de aprimoramento moral e espiritual.

Sou grata à minha família, unidade de crescimento primário. À minha mãe, Sandra, por me gerar em seu ventre e me indicar a direção, por suas orações e por ser o porto seguro, mesmo que distante. À minha irmã, Bruna, pela torcida e pela admiração velada, pelo amor fraternal, por sermos só nos duas, mesmo que nem sempre seja assim. Ao meu pai, Odyr, pelo amor incondicional que tem por mim, por todas as vezes que levou algo pra eu comer nos dias turbulentos da escrita, pelas incontáveis vezes que me levou e buscou na faculdade, sempre disposto e pronto para me ajudar. Gratidão!

Sou grata ao meu marido, Vinícius, pai do meu filho, pela paciência, companheirismo, pelo apoio mesmo sem entender a complexidade da discussão, pelas vezes nas quais me ajudou na conferência das referências e no banco de dados, por fazer, sempre, o melhor que pode em meu auxílio.

Ao meu filho, Frederico, luz da minha vida, por me escolher como sua mãe, por chegar em meio a tudo isso me trazendo a direção que sempre busquei. Pelas diversas vezes nas quais não pude dar o colo imediatamente, por olhar e me entender mesmo sem palavras e por me amar tanto. Sempre seremos um só.

À minha sogra, Cleuza, pela disponibilidade imediata em ficar com o nenê para que eu pudesse realizar minhas atividades e por me acolher como filha.

Sou grata às minhas amigas, Elen, pela parceria no início da pesquisa e por estar sempre perto, mesmo morando tão longe, e Mari, pelo companheirismo nas velhas e novas jornadas dessa vida, por sempre e tanto. A Rayssa, pela disposição em me auxiliar na máscara do epiinfo e no valor de p e por tantas histórias compartilhadas na vida. Grata, meninas, pela amizade de tantos anos.

Sou grata pela minha dupla de trabalho, Anayana, pela ajuda mútua, pelos desabafos, pela torcida e amizade construída através da pesquisa. E aos demais colegas da turma do mestrado pela construção coletiva de conhecimento.

Sou grata à minha orientadora, Christine, pela paciência e compreensão, por me iniciar nos caminhos da pesquisa quantitativa, pela sua dedicação ao trabalho e por me proporcionar tantos aprendizados e ser exemplo de profissional.

Sou grata ao grupo de pesquisa, GESCA, que me acolheu tão bem, e às professoras, Solange, por passar tanto conhecimento em conversas cotidianas e ser exemplo de humildade, Roseney e Laura por me iniciarem na vida da pesquisa e aos demais professores da graduação, residência e mestrado. Gratidão.

Sou grata aos funcionários da secretaria da FAEN, especialmente a Rodrigo pela disposição em resolver as burocracias, desde os tempos da graduação.

Sou grata à banca da qualificação e da defesa pelas contribuições que engrandeceram este trabalho.

Agradeço à coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos que possibilitou o desenvolvimento do trabalho.

E a todos, “eu sinto muito pelas memórias de dor que compartilho com vocês.

Peço perdão por unir meu caminho ao vosso para a cura.

Agradeço por estarem aqui para mim.

Vos amo por serem quem vocês são”.

EPÍGRAFE

Quando o sangue das tuas veias
regressar ao mar e a rocha dos teus
ossos regressar ao solo, talvez
então te lembres de que esta terra
não te pertence, és tu quem
pertence a esta terra.
Provérbio Indígena

WEIS, M.C. Análise das mortes por causas externas residuais em Cuiabá. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); 2016.

Orientadora: Pós-Dra. Christine Baccarat de Godoy

Resumo

Introdução: A mortalidade no Brasil vem passando por modificações referentes às suas causas. Destacam-se as mortes relacionadas às causas externas (acidentes e violências) que apresentam importante parcela nas causas de óbito, principalmente na faixa etária de 0 a 24 anos, ocupando as primeiras colocações. O registro de mortes se dá pela Declaração de Óbito (DO) e seu correto preenchimento torna-se essencial para o conhecimento e compreensão desses eventos. Em se tratando de causa externa, a não especificação das circunstâncias da morte na DO impossibilita saber se esta trata de causa acidental ou intencional, gerando os óbitos por causas residuais não naturais, que englobam os eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), os óbitos por outras causas externas (W00-X59) e os óbitos em branco (quando o tipo da causa externa de morte não é preenchido no campo 48, bloco VII da DO). Nestes casos, os óbitos passam por investigação com o objetivo de identificar se a morte foi acidental ou intencional. Portanto, é de primordial importância a classificação correta do óbito a fim de estimar o impacto da violência e acidentes sobre a saúde da população.

Objetivo: Analisar os óbitos de causas residuais entre as declarações de óbito por causas externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013. **Metodologia:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nas DO de causas externas do ano de 2013, processados pelo programa computacional Epi Info e analisados por meio de medidas de ocorrência e significância estatística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o parecer 829.672/2014. **Resultados:** Os óbitos residuais por causas externas, na população de 0-24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, somaram 36 (22,3% do total de óbitos), sendo 3 de intenção indeterminada (8,3%), 28 em branco (77,8%) e 5 classificados como de outra causa externa (13,9%). Quanto às vítimas, houve predomínio do gênero masculino (72,2%), da raça/cor/etnia parda (72,2%), do ensino fundamental II (6º a 9º ano) (30,5%), da faixa etária de 20-24 anos (30,6%) e de procedentes de Cuiabá (69,4%). Os óbitos ocorreram com maior frequência em novembro (22,2%) e no hospital (58,3%). Do total de 36 óbitos classificados como causas residuais, não houve o preenchimento da descrição do evento em 27 (75,0%) óbitos. Quanto à descrição das fontes de informações sobre o óbito, em 29 (80,5%) das mortes, essa informação não foi preenchida na DO. Uma quantia de 35 (97,2%) óbitos foi investigada, onde a fonte de informação mais buscada foi o laudo do Instituto Médico Legal (IML) (65,7%); o tempo prevalente de investigação foi de 2 a 4 meses (51,4%) e 30 (85,7%) óbitos foram reclassificados após investigação. Foram apontadas como dificuldades na investigação: os campos em branco da DO; a demora na liberação e inconclusão do laudo do IML; o difícil acesso ao Boletim de Ocorrência (BO). Para os codificadores, a busca em mais de uma notícia traz confiabilidade para a informação, e a reclassificação é dificultada pela inconclusão da investigação. **Conclusão:** Os resultados reforçam a importância da articulação de métodos e instrumentos para capturar, quantitativa e qualitativamente, o evento “óbito por causa externa”.

Palavras-chave: Causas Externas; Óbitos; Registros de Mortalidade; Investigação.

WEIS, M.C. Analysis of deaths from external residual causes in Cuiabá. Dissertation (Master of Nursing) – Graduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá: School of Nursing, Federal University of Mato Grosso (UFMT); 2016.

Abstract

Introduction: Mortality in Brazil has been undergoing changes relating to its causes. It is worth highlighting the deaths related to external causes (accidents and violence), which correspond to a significant share in the causes of death, especially in the age group from 0 to 24 years, thus occupying the first positions. The registry of deaths is performed through the Death Certificate (DC) and its accurate fulfillment becomes essential for the knowledge and understanding of these events. When it comes to external cause, the non-specification of the circumstances of the death in DC make it impossible to know whether this had an accidental or an intentional cause, thus generating the deaths from non-natural residual causes, which cover the events whose the intention is indeterminate (Y10-Y34), the deaths from other external causes (W00-X59) and the blank deaths (when the type “external cause of death” is not filled in the field 48, block VII of DC). In these cases, the deaths undergo an investigation with the objective of identifying whether the death was accidental or intentional. Therefore, it is of paramount importance to make the accurate classification of the death for assessing the impact of violence and accidents on the population’s health. **Objective:** To analyze the deaths from residual causes among the death certificates from external causes in the population aged from 0 to 24 years, in Cuiabá, in 2013. **Methodology:** This is a cross-sectional study, with a quantitative approach. Data were collected in DC from external causes of the year 2013, processed by the Epi Info software and analyzed by means of occurrence measures and statistical significance. The study was approved by the Ethics Committee, under the opinion 829,672/2014. **Results:** Residual deaths from external causes in the population aged from 0 to 24 years, in Cuiabá, in 2013, amounted to 36 (22.3% of total deaths), with 3 from indeterminate intention (8.3%), 28 blanks (77.8%) and 5 classified as from other external cause (13.9%). Regarding the victims, there was a predominance of males (72.2%), race/color/ethnicity brown (72.2%), elementary school II (6th to 9th grade) (30.5%), aged from 20 to 24 years (30.6%) and originating from Cuiabá (69.4%). The deaths occurred most frequently in November (22.2%) and in the hospital (58.3%). Of the total of 36 deaths classified as residual causes, there was no fulfillment of the description of the event in 27 (75.0%) deaths. As for the description of the sources of information about the death, this information was not filled in DC in 29 (80.5%) of deaths. An amount of 35 (97.2%) deaths was investigated, where the most searched source of information was the report of the Legal Medical Institute (LMI) (65.7%); the prevalent investigation time ranged from 2 to 4 months (51.4%) and 30 (85.7%) deaths were reclassified after investigation. The following topics were mentioned as difficulties during the investigation: the blank fields in DC; the delay in releasing the MLI report or its non-fulfillment; the difficult access to the Police Report (PR). According to encoders, the search in more than one story brings reliability to the information, and the reclassification is hampered by the incompleteness of the investigation. **Conclusion:**

The results reinforce the importance of coordination of methods and tools to capture, quantitatively and qualitatively, the event “death from external cause”.

Keywords: External Causes; Deaths; Mortality Registries; Investigation.

WEIS, M.C. Análisis de las defunciones por causas residuales externas en Cuiabá. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, UFMT, Cuiabá: Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Mato Grosso (UFMT); 2016.

Resumen

Introducción: La mortalidad en Brasil ha experimentado cambios relativos a sus causas. Cabe señalar las muertes relacionadas con las causas externas (accidentes y violencias), que abarcan una parte importante de las causas de defunción, principalmente en la franja etaria de 0 a 24 años, ocupando las primeras posiciones. El registro de muertes se hace a través del Certificado de Defunción (CD) y su correcto llenado es esencial para el conocimiento y la comprensión de estos eventos. Tratándose de causa externa, la ausencia de especificación de las circunstancias de la muerte en el CD hace imposible saber si se trata de una causa accidental o intencional, generando las defunciones por causas residuales no naturales, que incluyen los eventos cuya intención es indeterminada (Y10-Y34), las defunciones por otras causas externas (W00-X59) y las defunciones en blanco (cuando el tipo causa externa de muerte no es rellenado en el campo 48, bloque VII del CD). En estos casos, las defunciones son sometidas a una investigación con el objetivo de identificar si la muerte fue accidental o intencional. Por lo tanto, es de suma importancia la clasificación correcta de la defunción para valorar el impacto de la violencia y de los accidentes en la salud de la población. **Objetivo:** Analizar las defunciones de causas residuales entre los certificados de defunción por causas externas, en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá, en 2013. **Metodología:** Estudio transversal, de enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados en los CD de causas externas del año 2013, procesados a través del programa informático Epi Info y analizados por medio de medidas de ocurrencia y significación estadística. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, bajo el dictamen 829.672/2014. **Resultados:** Las defunciones residuales por causas externas, en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá, en 2013, sumaron 36 (el 22,3% del total de defunciones), siendo 3 de intención indeterminada (8,3%), 28 en blanco (77,8%) y 5 clasificadas como de otra causa externa (13,9%). En cuanto a las víctimas, hubo un predominio del género masculino (72,2%), de la raza/color/etnia parda (72,2%), de la enseñanza fundamental II (6° a 9° grado) (30,5%), de la franja etaria de 20 a 24 años (30,6%) y de procedentes de Cuiabá (69,4%). Las defunciones ocurrieron con mayor frecuencia en noviembre (22,2%) y en el hospital (58,3%). Del total de 36 defunciones clasificadas como causas residuales, no hubo el relleno de la descripción del evento en 27 (75,0%) defunciones. En lo que respecta a la descripción de las fuentes de información sobre la defunción, en 29 (80,5%) de las defunciones, esta información no fue rellenada en el CD. Una cantidad de 35 (97,2%) defunciones fue investigada, donde la fuente de información más buscada fue el informe del Instituto de Medicina Legal (IML) (65,7%); el tiempo de investigación prevalente fue de 2 a 4 meses (51,4%) y 30 (85,7%) defunciones fueron reclasificadas después de la investigación. Los siguientes puntos fueron señalados como dificultades en la investigación:

los campos en blanco en el CD; el retraso en la liberación o la incompletitud del informe del IML; el difícil acceso al Reporte Policial (RP). Para los codificadores, la búsqueda en más de una noticia trae fiabilidad a la información, y la reclasificación se ve obstaculizada por la incompletitud de la investigación. **Conclusión:** Los resultados refuerzan la importancia de la articulación de métodos y herramientas para capturar, cuantitativa y cualitativamente, el evento “defunción por causa externa”.

Palabras clave: Causas Externas; Defunciones; Registros de Mortalidad; Investigación.

LISTA DE TABELAS

TABELAS APRESENTADAS NO MANUSCRITO 1

- Tabela I** Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo o perfil das vítimas. Cuiabá, 2013..... **62**
- Tabela II** Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo local de ocorrência do óbito, a fonte de informação sobre o evento e a descrição sumária do evento. Cuiabá, 2013..... **63**

TABELAS APRESENTADAS NO MANUSCRITO 2

- Tabela 1** Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo dados sobre a investigação. Cuiabá, 2013..... **83**

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Seleção das Declarações de Óbito por causa externa residual, na faixa etária de 0 a 24 anos, cujos óbitos ocorreram em Cuiabá, no ano de 2013. **41**

LISTA DE FIGURAS - MANUSCRITO 1

- Figura I** Fluxograma da seleção das declarações de óbito por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos. Cuiabá, 2013. **61**

LISTA DE FIGURAS - MANUSCRITO 2

- Figura 1** Distribuição dos óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo reclassificação após investigação. Cuiabá, 2013..... **84**
- Figura 2** Distribuição dos óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, sem esclarecimento da causa externa de óbito. Cuiabá, 2013..... **85**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APVP	- Anos Potenciais de Vida Perdidos
BRAT	- Boletim de Registro de Acidente de Trânsito
BO	- Boletim de Ocorrência
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CID-10	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão
DENATRAN	- Departamento Nacional de Trânsito
DO	- Declaração de Óbito
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
GEVINO	- Gerência de Nascimentos e Óbitos
HUJM	- Hospital Universitário Julio Muller
IML	- Instituto Médico Legal
MS	- Ministério da Saúde
MSOI	- Ficha de investigação de óbito infantil de serviço de saúde do Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINTOX	- Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SIS	- Sistema de Informação em Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVO	- Sistema de Verificação de Óbitos
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TME	- Taxa de Mortalidade Específica
VO	- Vigilância de Óbitos
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 As mudanças no perfil de mortalidade no Brasil	16
1.2 As causas externas	17
1.2.1. Fatores associados às causas externas	21
1.2.2. Consequências das causas externas	24
1.2.3. Informações sobre as causas externas	25
1.3. As causas residuais na declaração de óbito por causa externa	29
1.4. A Vigilância de óbitos	33
2. OBJETIVOS	36
2.1. Objetivo Geral:	36
2.2. Objetivos Específicos:	36
3. METODOLOGIA	37
3.1. Desenho da pesquisa	37
3.2. População de estudo	37
3.3. Fonte de dados	37
3.4. Coleta, Instrumento e Técnica	38
3.5. Variáveis estudadas	39
3.6. Tratamento e análise de dados	39
3.7. Fonte financiadora	40
3.8. Aspectos éticos	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1. Panorama Geral	41
4.2.1 Manuscrito 1: Mortalidade por Causas Externas: Óbitos residuais, Cuiabá, 2013....	43
4.2.2 Manuscrito 2: Óbitos por causas residuais externas: investigação e reclassificação.	66
5. CONCLUSÕES	90

6. CONSIDERAÇÕES FINAS.....	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNCIDES	103
Apêndice I – Instrumento de coleta de dados	103
Apêndice II - TCLE.....	106
Assinatura do participante:	106
Apêndice III - Termo de Compromisso	107
ANEXOS.....	108
Anexo I – Declaração de óbito	108
Anexo II – Ficha de investigação de óbito do Ministério da Saúde (IF4)	109
Anexo III – Ficha de investigação de óbito por causa mal definida do Ministério da Saúde (10CMD).....	110
Anexo IV – Ficha de investigação de óbito da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.....	111
Anexo V- Ficha de investigação de óbito de causa mal definida Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	112
Anexo VI – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá para coleta de dados.....	113
Anexo VII – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	114

1. INTRODUÇÃO

1.1 As mudanças no perfil de mortalidade no Brasil

A mortalidade vem passando por profundas modificações no que se refere à incidência de determinadas causas de óbitos. Até meados do século XIX, em todo o mundo, 80% das mortes eram devido às doenças infecciosas ainda na infância, aos sobreviventes restava a fome e outros agravos sazonais, o que causava a morte antes da meia idade, já que a esperança de vida raramente ultrapassava os 40 anos. A industrialização, iniciada no fim do século passado, trouxe melhorias na oferta de alimentos, condições de moradia, saneamento e abastecimento de água e isso impulsionou a mudança no padrão de mortalidade e aumento da expectativa de vida (ARAÚJO, 2012; MALTA; et al., 2006).

De modo semelhante ao que aconteceu nos países desenvolvidos, no Brasil, o movimento não foi diferente, as causas relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias, que afetavam grande parte da população, vêm cada vez mais perdendo seu destaque em virtude das transformações demográficas, sociais e econômicas (ARAÚJO, 2012). Essas transformações são decorrentes do processo de urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico de doenças e da melhoria das condições de estilo de vida e da globalização (MALTA; et al., 2006)

Estudo mostra que até 1940 havia um nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morte no Brasil (ARAÚJO, 2012). Nesse cenário, as doenças do aparelho circulatório correspondiam a 14,5% e as neoplasias malignas a apenas 3,9% dos óbitos com causa definida. Em meados da década de 1970, as doenças do aparelho circulatório já surgiram como a primeira causa de mortalidade (24,8%), seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (15,7%). Após o ano de 1986, as Doenças do Aparelho Circulatório já eram responsáveis por 33,5% dos óbitos, vindo em segundo lugar as Causas Externas (14,85%) (ARAÚJO, 2012).

O Brasil, assim como outros países emergentes ou que experimentaram um rápido processo de urbanização sem o acompanhamento de políticas voltadas para a segurança e o bem-estar, apresenta um importante aumento das causas de mortes relacionadas às enfermidades não transmissíveis e violentas (intencionais e acidentais), nas quais esses agravos passaram a ter grande destaque como causas de óbitos, principalmente nas últimas décadas (IBGE, 2009).

Dados do DATASUS (2013) mostram que, atualmente, as principais causas de óbito segundo grupo, no ano de 2013, são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e causas externas, estas com 151.683 mil óbitos no referido período. Ao analisar a mortalidade proporcional por faixa etária nesses grupos de causas, visualiza-se que nas idades de 10 a 39 anos, as causas externas se destacam como principal causa de morte, em 2013, sendo mais expressiva na faixa etária de 20 a 29 anos, na qual foi responsável por 38.205 mil no montante de 55.105 mortes, o equivalente a 69% do total de óbitos (DATASUS, 2013a).

No estado de Mato Grosso, a taxa de mortalidade específica (TME) por causas externas é maior que a do Brasil e atingiu 91,5 óbitos por 100.000 habitantes, em 2011. Especificamente nas idades de zero a 24 anos, essa taxa de mortalidade foi de 56,7 por 100.000 habitantes (DATASUS, 2011a). Em relação à cidade de Cuiabá, para o ano de 2013 (DATASUS, 2013b), houve 454 óbitos nas faixas etárias de 0 a 29 anos, destes 220 (48,5%) foram por causas externas, em que a maior parte (85%) ocorreu nas idades de 15 a 29 anos. Em um estudo realizado, na mesma cidade no ano de 2009, que apresentou o perfil da mortalidade por causas externas em menores de 24 anos, revelou que a maioria das mortes ocorridas foi por: agressão (61,1%), seguida de acidentes de transporte terrestre (16,8%) e outros acidentes (quedas; afogamento e submersão; outros riscos acidentais à respiração e exposição a forças mecânicas inanimadas) (13,0%), havendo o predomínio do gênero masculino (89,3%) e de jovens, já que mais da metade das vítimas (52,7%) estava entre 20 a 24 anos (MATOS; MARTINS, 2012).

Diante do exposto, o panorama das causas externas ganha relevância no perfil de mortalidade do país e em Mato Grosso, sendo necessário compreendê-lo melhor.

1.2 As causas externas

As causas externas, muitas vezes tratadas como causas violentas, constituem um conjunto de agravos à saúde que pode ou não levar a óbito e que compreendem as causas acidentais (devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas) (OMS; 2000). Segundo o documento de 2013 do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a violência é definida como “o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de

desenvolvimento ou privação”; e acidente definido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social, como trabalho, escola, esporte e lazer” (BRASIL, 2013a).

Os acidentes e violências incidem com maior magnitude na população masculina e nas idades mais jovens, concentrando-se com maior frequência no grupo denominado de “adultos jovens”, pessoas de 15 a 39 anos aproximadamente (IBGE, 2009), constituindo um dos principais problemas de saúde pública no país desde o final da década de 1970 (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Anualmente, essas causas são responsáveis por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo, representando cerca de 9% da mortalidade total e apresentando um comportamento de constante crescimento (MASCARENHAS; et al., 2010b). No Brasil, representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringem ao grupo de até 39 anos (MORAIS NETO; MALTA; SILVA, 2009). Assim sendo, esses agravos não afetam a população de maneira uniforme. Dados apontam que há grupos populacionais mais vulneráveis, o que pode ser percebido pela distribuição desigual das mortes, as quais atingem, sobretudo, pessoas de cinco a 44 anos, do gênero masculino e residentes em países de baixa e média renda (WHO, 2010).

Os acidentes e violências provocam fortes impactos na morbidade e na mortalidade da população, e, no Brasil, óbitos por esse tipo de causa apresentam um aumento nos casos, em todas as regiões, a partir da faixa etária dos 15-24 anos (BRASIL, 2005a). No gênero masculino, no ano de 2011, esse grupo de agravos apresentou maior taxa de mortalidade entre 20 a 24 anos, cerca de 206 óbitos para 100.000 habitantes, mantendo-se alta até 39 anos, enquanto que no gênero feminino, as taxas foram de 21 a 22 óbitos por 100.000 habitantes nas mesmas faixas etárias (DATASUS, 2011b).

As lesões e mortes decorrentes de acidentes referentes a trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e outros são a principal causa de morte em crianças a partir de um ano de idade no Brasil. Esta também é a realidade no mundo, no qual o trauma é a principal causa de morte em crianças e adultos jovens e um dos maiores problemas de saúde pública mundial (BRASIL, 2014). Em consonância com os dados mostrados, vê-se que a população exposta a maior risco de morte por causas externas varia de acordo com a idade e gênero, sendo mais expressiva entre crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), porém o tipo de causa também apresenta variação conforme a idade e sexo (BRASIL, 2008).

Entre as causas acidentais, destacam-se os acidentes de transporte, as queimaduras, afogamentos, quedas e envenenamentos. Para os acidentes de transporte, a previsão da OMS é de que em 2020 o número de óbitos por essa causa atinja 2,3 milhões, ocupando a sexta colocação na escala das causas de morte em todo o mundo (WHO, 2010). No Brasil, para a mesma causa, apesar de acentuado declínio relacionado à entrada em vigor do Estatuto do Trânsito em 1997, retomam sua tendência de crescimento já no ano 2000, com um aumento de 32,6% entre os anos 2000 e 2011 (BRASIL, 2013b). O Brasil ocupa o 5º lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito e em 2009 apresentou 37.635 mortes decorrentes dessa causa, o que a tornou a primeira subcausa dentro do grupo das causas externas para as faixas etárias de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos (MORAIS-NETO; et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), outros eventos também se destacam entre as causas acidentais, como as queimaduras, as quais foram responsáveis por cerca de 238 mil mortes no mundo e, entre as crianças, configuram-se como sendo a quarta causa de morte acidental, único tipo de acidente em que o gênero feminino tem taxas de mortalidade superiores ao masculino (OMS, 2000; WHO, 2008). Em 2005, as queimaduras causaram 373 mortes em menores de 15 anos no Brasil (MARTINS; ANDRADE, 2007; ROCHA NETA, et. al, 2014). Ainda no Brasil, os afogamentos, na faixa etária de 1 a 4 anos foram responsáveis pela maior porcentagem de mortes (34%), já na faixa etária de 5 a 9 anos, o afogamento prevaleceu com 26% do total de óbitos por causas externas em crianças (UNICEF, 2008; SZPILMAN, 2014). No que diz respeito às quedas, a frequência difere de acordo com a idade da criança, pois está diretamente relacionada com a etapa de desenvolvimento da mesma, destacando-se como a principal causa de morbidade acidental, no Brasil e no mundo, entre crianças de 0 a 12 anos, sendo responsáveis por grande parte dos traumatismos não fatais, por exemplo, déficit neurológicos persistentes (MARTINS; ANDRADE; 2010).

Em relação aos envenenamentos, estes agravos apresentaram maior impacto entre os países de baixa e média renda (MASCARENHAS; et al., 2010b; LIMA; et. al, 2013). Segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), no ano de 2013, houve 42.128 mil casos de intoxicação humana no Brasil, destes 209 foram a óbito (0,5%). Desse total, 74 (35,4%) ocorreram entre os jovens (0 a 29 anos), sendo que 40 mortes (19,14%) ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos devido ao uso abusivo de drogas e medicamentos. Dos 34 óbitos, nas faixas etária de 0 a 19 anos, 10 foram ocasionados por

agrotóxicos, 8 foram por intoxicação por medicamentos e 8 por animais peçonhentos, 3 por uso de drogas, 1 por produtos químicos industriais, 1 por plantas venenosas, 1 por causa desconhecida e 1 por outras causas (SINITOX, 2013). Ressalta-se que esses óbitos foram os confirmados por exames específicos, existindo ainda os que não se consegue a realização dos mesmos e, portanto, não entram nessas estatísticas.

No que tange à violência (causa intencional), esta se apresenta sob diversas manifestações, mas são especialmente representadas pelos homicídios e suicídios (OMS, 2002). As taxas de mortalidade por essas causas, entre os homens, são três vezes mais altas do que entre as mulheres, sendo que os números mais altos de homicídios no mundo são encontrados nos homens nas faixas etárias de 15 a 29 anos, seguidos dos de 30 a 44 anos (DAHLBERG; KRUG, 2007; MASCARENHAS, et al, 2010b). No Brasil, nos anos de 1980 a 2011, o aumento das taxas de mortalidade por causas externas (de 28,5%) ocorreu, fundamentalmente, em função dos homicídios. Em 1980, a taxa foi de 11,7 homicídios por 100 mil habitantes, e em 2003 a taxa chegou a 28,9 por 100 mil habitantes, apresentando a partir de então um gradual aumento anual de 4%. A partir de 2003, resultante das campanhas de desarmamento e de outras políticas pontuais, as taxas de homicídio tenderam a cair até 2007, ponto de reinício da escalada ascendente de violência (BRASIL, 2013b).

Além dos homicídios, entre as causas intencionais, o suicídio também se destaca, constituindo-se a segunda causa mais frequente que impulsiona o aumento dos óbitos de causas externas, o qual vem aumentando de forma progressiva e constante desde a década de 1990, que apresentou o crescimento de 18,8%, e de 1990 até 2011, de 28,3% (BRASIL, 2013b).

Entre os jovens (população de 15 a 24 anos), apenas 26,8% dos óbitos é atribuível a causas naturais, ao passo que as causas externas são responsáveis por 73,2% das mortes. Entre as causas externas, os acidentes de transporte são responsáveis por 20,4% e suicídios por 3,7%, e os homicídios por 39,3% dessas mortes (BRASIL, 2013b).

Mascarenhas et al. (2010b) contrapõem em seu estudo que no conjunto de mortes por causas externas ocorridas em 2009 as agressões (homicídios) e acidentes de transporte terrestre figuraram entre a primeira ou segunda causa externa de morte mais frequente em todos os grupos de idade, sendo as agressões (homicídios) responsáveis por 36,8% das mortes e a primeira causa nos grupos de idade entre 15 e 39 anos. Os acidentes de transporte terrestre respondem por 26,5%, sendo a primeira causa na população de 10 a 14 anos e de 40 a 59

anos, ocupando a segunda posição de mortes por causas externas nas demais faixas etárias (MASCARENHAS, et al., 2010b).

Segundo estudos da OMS (2002), a mortalidade por causas externas se destaca por sua amplitude multifatorial e sua alta frequência, atribuída, principalmente, às diferenças políticas, socioeconômicas e culturais, representando um importante desafio de saúde pública no Brasil.

Diante desse panorama, conhecer a magnitude, caracterização, os fatores associados e tendências da mortalidade por causas externas no Brasil pode auxiliar para a construção de ações eficazes na redução e prevenção desses eventos.

1.2.1. Fatores associados às causas externas

Algumas características são associadas à ocorrência de causas externas, tais como a idade jovem, o gênero masculino, a raça negra, o baixo nível socioeconômico e de escolaridade, configurando-se um problema de etiologia multifatorial, abarcando desde o nível individual até o social (MARTINS; MELLO JORGE, 2013a). Nesse sentido, as causas externas relacionam-se com uma rede ampla de fatores, por exemplo, as condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família: o estilo e condições de vida e trabalho, urbanização, marginalidade, desemprego, desigualdade social, superpopulação, miséria, educação, estresse, condições impróprias de moradia, vigilância insuficiente, entre outros (MARTINS, 2006).

Entre os fatores que se associam com a ocorrência desses eventos, destacam-se:

- **Gênero:** a maior vulnerabilidade dos homens em relação aos agravos de causas externas pode ser explicada pelas representações históricas e culturais de gênero, como a maior liberdade que é dada aos meninos e em contrapartida uma maior vigilância sobre as meninas, aliado ao fato de as brincadeiras entre os meninos serem mais agressivas (MATOS; MARTINS, 2013). O comportamento de risco pode ser produzido, em parte, pela pressão exercida pelo grupo, pela imaturidade, pelo sentimento de onipotência, tipicamente presentes em fases de transformações emocionais, como a adolescência, o que soma para acentuar ainda mais as diferenças de gênero (ANDRADE-BARBOSA; et al., 2013). Esse comportamento justifica-se pela maior exposição desse gênero a fatores de risco individuais, como consumo de álcool, fumo e/ou outras drogas, uso de arma de fogo e maior inserção no mercado

informal de trabalho em atividades lícitas ou ilícitas (VALENÇA-NETO; et al., 2015), o que influencia diretamente nos casos de acidentes e violência.

- **Raça/Cor/Etnia:** o componente da raça é morfo-biológico e o da etnia é sociocultural, histórico e psicológico. Uma população de raça “branca”, “negra” e “amarela”, podendo conter em si várias etnias, já que esta é um conjunto de indivíduos que tem uma língua em comum, uma mesma religião etc. (MUNANGA, 2002). No Brasil, a classificação étnico-racial oficial é a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), caracterizada pela complexidade, ambiguidade e fluidez, sendo baseada na aparência dos indivíduos e constituída por cinco categorias (preto, pardo, branco, amarelo e indígena) (MIRANDA, 2010).

No que se refere à mortalidade por causas externas, a raça em si não é considerada um fator de risco, mas a realidade social de determinados grupos, agregando a eles características de vulnerabilidade devido à desigualdade social. Embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos de pessoas (MATOS; MARTINS, 2013). A distinção entre a cor da pele é de natureza social, a vulnerabilidade é igualmente de natureza social e, dessa forma, a morte é também fenômeno de natureza social e se relaciona com a raça por expressão social. Talvez a característica da morte não seja a cor, mas a condição socioeconômica (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA; 2004). Sendo assim, os negros têm maior perda de anos potenciais de vida por acidentes de transporte e são duas vezes mais vítimas de homicídio que brancos, sendo a chance de morte por causas externas entre negros aproximadamente quatro vezes maior que entre brancos (MATOS; MARTINS; 2013).

- **A idade:** estudos apontam que a ocorrência e o tipo de causa externa se diferenciam com a idade, com predomínio dos acidentes entre as menores idades e da violência entre as maiores. Os acidentes mais comuns na infância (tais como aspiração de corpo estranho, quedas, intoxicações, queimaduras, sufocação, afogamento, acidentes em veículos motorizados, entre outros) estão diretamente relacionados com as atividades realizadas, principalmente no ambiente doméstico, levando-se em consideração o período de crescimento e desenvolvimento, aliado à imaturidade física e mental, sua etapa de desenvolvimento neuropsicomotor e principalmente pela curiosidade aguçada e contínuo aprendizado da criança (MATOS; MARTINS, 2012; MARTINS, 2013).

Em relação à adolescência, esta é uma fase marcada por transformações físicas e psicológicas, aliada a uma série de descobertas, contribuindo para uma maior vulnerabilidade do adolescente e adulto jovem (15 a 24 anos). Isso acontece em decorrência das descobertas da idade, da marginalização de alguns grupos, da exposição a drogas e bebida alcoólica, inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e o acesso à arma de fogo, fatores estes que tornam essa faixa etária a principal vítima das causas externas, principalmente a intencional (violência) (PHEBO; MOURA, 2005; BRASIL, 2002a). Outra explicação para justificar o número de óbitos por causas externas na faixa etária de 15 a 24 anos é o modo como ocorreu a urbanização no país, processo rápido e de grandes dimensões, gerando desigualdades acentuadas entre os grupos populacionais urbanos. O elevado ritmo de migração para grandes centros em busca de ocupação se deu, em grande parte, por jovens. No entanto, quem não foi absorvido pelo mercado de trabalho passou a fazer parte da população marginalizada na periferia dessas cidades (VENDRUSCOLO; FERRIANI; SILVA, 2007).

- **Fatores sociais e familiares:** dentre estes, evidenciam-se o ambiente de convívio e a moradia, sendo reconhecidos como fatores intimamente ligados ao desencadeamento das causas externas: separação dos pais, conflitos com a mãe, pai violento, sofrer maus-tratos dentro de casa, não possuir religião e ter no domicílio algum familiar usuário de drogas, entre outros (MATOS; et al., 2010). Ressalta-se a importância da instância familiar, desenvolvendo vínculos de confiança e comunicação entre os membros, sendo os pais importantes modelos a serem seguidos (DUARTE; et al., 2008). Outros pontos destacados são a condição social da família e a renda, tendo como destaque a realidade social da mãe, pois quanto mais nova, maior sua inexperiência e risco da mortalidade por causa externa para o filho, e quando aliado ao número de filhos, isso implica em um maior número de crianças a serem supervisionadas e, conseqüentemente, o maior risco de acidente ou violência decorrente do déficit ou dificuldade nessa supervisão (ALVES; et al., 2013). O grau de instrução da mãe de crianças menores de um ano também pode ser considerado um fator de risco para mortalidade por causas externas, pois sua baixa instrução pode contribuir para o desconhecimento dos cuidados que viriam a reduzir o risco de acidentes (MATOS; MARTINS, 2012). De maneira geral, acredita-se que, em família com renda baixa, os pais necessitem se ausentar para poderem trabalhar, dificultando o supervisionamento adequado dos filhos, que às vezes são deixados sozinhos ou

na companhia de um irmão que não tem condições de prestar cuidados necessários, o que contribui para a ocorrência tanto de acidentes como de violências (BRASIL, 2006).

- **Condições ambientais:** pesquisadores apontam que um ambiente inseguro possibilita o acontecimento de acidentes, além do fato de que crianças que vivem em situação de menor renda podem ser expostas a perigos ambientais de estruturas físicas e espaços inadequados para recreação, além de brincarem na rua, aumentando a exposição (MARTINS, 2006). No ambiente residencial, há que se considerar, ainda, locais perigosos, como janelas, escadas, elevadores, banheiro, áreas de serviço, jardins, piscinas, cozinha, além de objetos perfurocortantes. Somado a estes, existem ainda os fatores de risco relacionados a produtos químicos, como medicamentos, artigos de higiene e limpeza, geralmente estocados em locais inapropriados; acidentes com líquidos quentes (água, café, leite, óleo) (MARTINS, 2013); e fatores biológicos, por exemplo, plantas e animais domésticos/peçonhentos (MARTINS; MELLO JORGE, 2013a). Ao se tratar de condições estruturais das cidades, é preciso considerar a falta de estrutura viária, más condições das vias de circulação e dos veículos, falta de fiscalização, entre outros (MARTINS; MELLO JORGE, 2013b).

Nesse sentido, a existência de uma rede de apoio social, bem como orientações de prevenção e redução de riscos, é importante para se evitar eventos externos, porém, muitas vezes, estes não conseguem ser prevenidos, gerando consequências importantes no cotidiano individual e coletivo (MASCARENHAS; et al., 2010a).

1.2.2. Consequências das causas externas

Há que se considerar, neste cenário, as importantes consequências que as causas externas ocasionam. Danos que vão do físico ao emocional, moral e/ou espiritual, a si próprio ou a outros (BRASIL, 2005b). Esses danos podem causar sequelas permanentes, o que gera incapacidade para o trabalho e, muitas vezes, para as atividades de vida diária, acarretando gastos com licenças de saúde, tratamento de saúde e pensões, com aumento da demanda aos serviços sociais, danos mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas e famílias (MATOS; MARTINS; 2013).

Soma-se, ainda, a perda de anos potenciais de vida (APVP), que é considerado um indicador de saúde, pois traduz o número de anos que uma pessoa que foi morta prematuramente poderia ter vivido, e permite a comparação da importância das diferentes

causas de morte para uma dada população (WHO, 2010). A OMS leva em consideração para o seu cálculo dos APVP o estabelecimento de um limite de idade, que costuma ser fixado em 65 ou 70 anos, como referência abaixo do qual a morte é considerada prematura (WHO, 2010). A morte, quando acontece em uma etapa ativa da vida, considerada de alta criatividade e produtividade, não só atinge o próprio indivíduo e família, mas também a sociedade, já que a priva de seu potencial econômico e intelectual. Portanto, pela frequência com que ocorrem e por serem as crianças, adolescentes e adultos jovens os grupos mais atingidos, as causas externas são as maiores responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos (APVP). No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que para as causas naturais os dados declinaram, padrão que é mantido nos dias atuais (CAMARGO, et al., 2011; BRASIL, 2001).

Além dos custos sociais, econômicos e emocionais, as causas externas são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por sequelas oriundas de traumatismos não fatais, como encefalopatia anóxica por quase afogamento, cicatrizes e desfiguração devido a queimaduras, bem como deficit neurológicos persistentes em razão de traumatismos cranianos, que exercem um grande impacto em longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando as vítimas, muitas vezes crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento (MARTINS, 2006).

Diante da importância dos fatores envolvidos e das consequências das causas externas, tornam-se relevantes as informações sobre o evento, geradas a partir da ocorrência dos mesmos, a fim que se possa monitorar e aprofundar o conhecimento sobre o mesmo.

1.2.3. Informações sobre as causas externas

Considerando a mortalidade como o evento mais grave de saúde, um importante instrumento de registro das causas externas fatais é a Declaração de Óbito (DO). A DO é um documento indispensável para a realização do planejamento de saúde pública, estabelecendo assim políticas direcionadas às necessidades da sociedade. A partir dessas informações, são desenvolvidas estatísticas sobre mortalidade, que constituem um instrumento importante para a programação e avaliação das ações (SILVA; et al., 2013). Os dados provenientes das DO alimentam o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), um dos primeiros sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, o qual vem passando, gradativamente, por

sensíveis melhorias, tanto de cobertura como de qualidade (MASCARENHAS, et al; 2010a). O SIM foi implantado em 1975 e, desde então, processa dados de óbitos ocorridos relacionando com a causa de morte, a partir das DO (PAES, 2005), apresentando uma cobertura nacional da ocorrência dos óbitos de aproximadamente 96,1% até o ano de 2011, sendo que o estado do Mato Grosso fica abaixo da média nacional com 95,8% de cobertura dos óbitos (BRASIL, 2013c).

Todas as causas que levam à morte devem ser descritas na DO pelo médico que atendeu a vítima, em mortes por causas naturais, e por legista em causas acidentais ou violentas. O registro dessas causas deve seguir a sequência lógica e temporal dos eventos mórbidos, desde a causa inicial (natural ou externa) até a final, que ocasionou diretamente a morte. A causa básica de morte refere-se à doença ou ao tipo de acidente ou violência responsável pelo início desse processo (causa inicial) (BRASIL, 2005b). Quando se diz respeito às causas externas, a simples menção à natureza da lesão ou acidente sem qualquer especificação apenas permite saber que a morte foi consequência de um acidente ou violência, não sendo conhecidas, portanto, as circunstâncias em que ela ocorreu (MELLO JORGE; et al., 2012).

O registro dos óbitos inclui informações como sexo, idade, local e a causa do óbito. A avaliação das informações sobre mortalidade deve considerar as circunstâncias clínicas que a propiciaram, além da classificação da causa básica. A necessidade de dados fidedignos é inquestionável e, no caso das causas externas, o preenchimento adequado da DO possibilita informações sobre a vítima, tanto físicas quanto sociodemográficas, o local do evento, o tipo de causa e a intencionalidade (PEDROSA; SARINHO; ORDONHA, 2007).

Essas informações geram conhecimento epidemiológico importante para o processo da organização das ações em saúde. Logo, o correto preenchimento das DO (que alimentam o SIM) torna-se essencial para o conhecimento e compreensão dos acidentes e violências. Entretanto, muitas vezes, os dados esbarram na questão da baixa qualidade da informação disponível sobre esse evento e o sub-registro de casos (MELO; BEVILACQUA, BARLETTO, 2013).

A DO, por vezes, apresenta baixa qualidade das informações e é inadequadamente completada, seja pela pouca importância que se dá a esse registro, pelo desconhecimento de como preenchê-la e de sua real importância epidemiológica ou mesmo para mascarar a verdadeira causa do óbito (MACENTE; ZANDONADE, 2010). De uma forma geral, o

médico, responsável pelo preenchimento da DO, informa a causa terminal e não a causa básica que levou à morte. Um estudo de Silva et al. (2013) revelou descompromisso por parte da classe médica no que diz respeito ao preenchimento do documento, já que foram encontrados equívocos em quase toda a totalidade da amostra. Para os autores supracitados, as carências de projetos de educação médica continuada sobre o tema e a falta de preparo pelas escolas médicas explicam, em parte, esses erros, demonstrando a pouca preocupação com relação à formação profissional médica relacionada às estatísticas vitais, base fundamental para o planejamento em saúde da população.

A qualidade da informação registrada na DO também depende do acesso a serviços de saúde, de tecnologias para diagnósticos e da capacidade técnica do profissional que a preenche para reconhecer a dinâmica dos eventos que participaram da cadeia causal do óbito, bem como de seu comprometimento com a produção de estatísticas confiáveis (SANTOS; et al.; 2014).

Estudo destaca que a identificação correta da causa do óbito depende do fluxo específico de informações, que se inicia nos hospitais e delegacias, na notificação do tipo de violência presente nos documentos de encaminhamento para o Instituto Médico Legal (IML); em seguida, essas informações são transcritas nas DO e o fluxo termina na Secretaria de Saúde com a codificação da causa básica da morte (MATOS; PROIETTI; BARATA, 2007). A partir desses elementos, são desenvolvidas estatísticas relacionadas a diversas variáveis sobre mortalidade, que compõem uma parte essencial para a programação e avaliação das ações e investigações epidemiológicas, de ensino e pesquisa, sendo, ainda hoje, os dados mais utilizados em estatísticas voltadas à saúde, além de constituírem uma ferramenta importante para conhecer o perfil epidemiológico de uma população, elaborar indicadores de saúde e, conseqüentemente, planejar ações para este setor (SILVA; et al., 2013).

Nesse contexto, a qualidade da informação é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária e possibilita orientar as medidas de controle e intervenção de forma efetiva, baseadas em evidência, o que certamente refletirá na melhoria das condições de vida e saúde da população (LIMA, et al., 2009). Para tanto, nos últimos anos se consolidaram estratégias para essa atuação, agregando esforços da esfera social e política, mas ainda os modos de enfrentamento desses problemas têm sido modestos e pouco eficazes, com algumas dificuldades quanto ao real registro e acompanhamento dessa causa (MINAYO; DESLANDES, 2009).

O SIM foi avaliado, pela OMS em 2005, como um sistema de qualidade intermediária, se equiparando a países como França, Itália, Bélgica, Alemanha, Dinamarca, Rússia, Holanda, Suíça, entre outros que constituem o bloco dos países ricos. Desde então, o Ministério da Saúde (MS) vem buscando aprimorar sua qualidade e cobertura, com iniciativas de redução da proporção de óbitos com causas mal definidas, desenvolvimento de novos aplicativos informatizados, curso de formação e de capacitação para codificadores de causas básicas visando à diminuição na proporção de registros com campos ignorados ou em branco em diversas variáveis; a redução no intervalo de tempo entre a ocorrência de eventos, sua captação pelo sistema e a transferência para o Ministério da Saúde, dentre outros (MATHERS; et al., 2005).

Cabe lembrar que, apesar da evolução das bases de dados nacionais, ainda há deficiências na qualidade da informação disponível, sobretudo na identificação dos diferentes tipos de causas externas (MASCARENHAS; et al., 2010b).

Drummond Jr et al (1999) destacam que, apesar dos indícios, os médicos do IML têm dificuldade em determinar a intencionalidade da lesão e os óbitos são classificados no grupo de lesões sobre as quais se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas. No caso dos óbitos por causas externas, quando existem indícios de acidente ou violência, há a determinação legal de que os óbitos sejam atestados pelos médicos do IML, após a necropsia. Além disso, a falta de consenso quanto à causa de morte interfere na produção dos dados (DRUMMOND JR; et al., 1999). Apesar de a referência supracitada ter mais de 17 anos, ela traz conteúdos relevantes a este estudo, além de se constatar que poucos trabalhos publicados permeiam essa questão e outras que também serão discutidas no decorrer do texto, portanto faz-se necessário referenciá-lo.

Para os peritos do IML, esclarecer as circunstâncias em que ocorreu a morte significa determinar a causa jurídica do óbito, que pode ser usada para fins judiciais; enquanto que para os serviços de saúde, esclarecer essas circunstâncias significa conhecer o início do processo que levou ao óbito, a causa real, o ponto de intervenção e atuação por excelência. Assim, é possível que na DO os peritos do IML registrem como causa básica de morte a natureza da lesão (lesão perfurocortante, por exemplo) e assinalem o tipo de violência como ignorada. Dessa forma, esse óbito seria classificado no grupo de outras formas de violência de intencionalidade ignorada. No entanto, se a guia de encaminhamento do hospital ou delegacia

informar que se trata de homicídio, os pesquisadores e serviços de saúde que investigam a causa básica classificariam o mesmo óbito como homicídio (BRASIL, 2009a).

Um estudo pioneiro de Mello Jorge (1990) trouxe que, especificamente sobre as causas externas, a qualidade da informação existente é, de alguma forma, discutível, principalmente em função de os legistas, por temor, talvez, de envolvimento com a justiça ou com a polícia, colocarem no atestado somente a causa médica da morte, ou seja, a natureza do traumatismo ou lesão que levou ao óbito, muitas vezes, sem qualquer referência à circunstância que levou ao óbito. O fato que pode explicar isso é o desconhecimento do funcionário que preenche esses documentos (Laudo do IML e DO), que na grande maioria das vezes não é feito pelo médico, aliado à negligência do médico quando se abstém de preencher; ou que a informação sobre o evento violência não é transcrita na mesma forma, embora em muitos casos o IML tenha uma cópia do BO policial. Fatos como esses fazem com que as estatísticas oficiais por causas externas se apresentem, pelo menos, incompletas, para não dizer, incorretas (MELLO JORGE; 1990), gerando o que chamamos neste estudo de óbitos residuais de causas externas.

Dessa forma, frequentemente, as verdadeiras causas da morte não são encontradas, gerando grande quantidade de mortes registradas como causas mal definidas ou causas residuais. Óbito de causa mal definida ou de causa ignorada é aquele em que as causas de morte não foram definidas na DO porque a pessoa não teve assistência médica suficiente para identificar a causa do óbito ou porque chegou em óbito à unidade de saúde, ou, ainda, porque o atestante omitiu informações. Esses eventos são conhecidos como categorias residuais ou “lixões” e “diagnósticos incompletos” (BORGES; 2012).

1.3. As causas residuais na declaração de óbito por causa externa

As causas externas residuais estão inseridas no grupo de causas externas e destacam-se por equivaler-se ao grupo de casos mal definidos, no qual nada se sabe sobre o tipo de causa externa que levava à morte, a não ser tratar-se de óbito decorrente de uma lesão e não de causa natural, seja porque a vítima não teve assistência médica adequada para identificar a causa do óbito, seja porque já chegou em óbito à unidade de saúde, ou, ainda, devido à omissão de informação por quem atestou a morte (MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002). Estas são denominadas, ainda, de diagnósticos incompletos e causas externas mal definidas

(MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002), códigos lixo (NAGHAVI; et al., 2010) ou causas residuais (BORGES, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), quando a causa da morte for uma lesão ou outro efeito de uma causa externa classificada no capítulo XIX da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), as circunstâncias que deram origem a essa afecção deverão ser selecionadas como causa básica para tabulação e codificadas entre V01 e Y89 – causas acidentais e intencionais (OMS; 2002). Esse princípio deixa claro que as causas básicas corresponderão aos tipos de causas externas (englobadas no capítulo XX da CID-10) que originaram as lesões e nunca a essas lesões (MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002).

O termo “causa de morte” usualmente se refere à causa básica do óbito, introduzido pela OMS em 1948 e definido, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima revisão (CID-10), como doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (BORGES, 2012). Portanto, não adianta conhecer apenas a natureza da lesão, é necessário precisar os tipos de agravos que ocasionaram essas lesões.

Apesar disso, a ausência de informação ainda é uma realidade, sendo que no Brasil a porcentagem de mortes residuais por causas externas em que não se sabe sequer se decorrentes de homicídio, suicídio ou acidente, foi estimada ao redor de 10% no final da década de 1990, embora em época não muito distante chegasse a mais de 50% em alguns municípios brasileiros, como no Rio de Janeiro (MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI; 2002).

Os óbitos por causas residuais não naturais ou externas encontram-se dentro de agrupamentos pertencentes ao capítulo XX da CID-10, conhecidos como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), somados, neste estudo, aos óbitos de outras causas externas (W00-X59), em que igualmente a causa externa não está definida. Somam-se, ainda, os óbitos “em branco”, que se caracterizam pelo não preenchimento do tipo de óbito por causa externa no campo 48 do bloco VII da DO. Essa classificação considera eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão autoinfligida ou de uma agressão, ou quando a DO não foi preenchida corretamente, deixando o tipo de óbito

por causa externa em branco (OMS, 2000; NJAINE; REIS, 2005; DRUMOND JR, et al., 1999). O Manual de instrução para o preenchimento da DO do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.15), norteia:

Deve ainda ser evitado deixar campos em branco, assinalando a opção “Ignorado” quando não se conhecer a informação solicitada ou um traço (-) quando não se aplicar ao item correspondente ou na impossibilidade de serem obtidas as informações.

Atualmente, no Brasil, só se consegue mensurar uma parcela dos óbitos residuais, já que apenas os categorizados como de intenção indeterminada (Y10 a Y34) e outras causas externas (W00 a X59) apresentam estatísticas específicas por dados secundários *online*. Os de intenção indeterminada referem-se àqueles nos quais não sabe se foram devido a uma causa acidental ou intencional (agressão) (OMS, 2000). Especificamente, no que tange as outras causas externas, este grupo engloba eventos de diversas causas acidentais, porém sem especificá-los. Por fim, sobre os óbitos em branco, não há dados secundários que captem essa informação, já que eles existem apenas nos dados primários devido ao não preenchimento dos campos causa de morte por causa externa na DO, sendo lançados no SIM somente após terem sofrido investigação, elucidação e posterior codificação da causa de morte. Quando não elucidados, após a investigação, esses óbitos em branco permanecem como acidentes sem especificação (X59), uma vez que a orientação da OMS é de codificá-los dessa maneira (BRASIL, 2011; DRUMOND JR; et al., 1999).

Nesse sentido, no que diz respeito as outras causas externas de mortalidade, em 2011, a taxa de mortalidade para essa causa no Brasil foi de 15,2 (por 100.000 habitantes) e, especificamente no Mato Grosso, ao se restringir a faixa etária de 0 a 24 anos, encontra-se a taxa de 8,4 óbitos para cada 100.000 habitantes (DATASUS, 2011d)

Para os óbitos de intenção indeterminada, observa-se redução do percentual de óbitos por intenção indeterminada, diminuindo de 10,1% em 2000 para 7,1% em 2011, na média nacional (DATASUS, 2011c), os quais sabe-se que foram decorrentes de lesões (não se tratando de causas naturais), mas por deficiência de informações, não é possível saber se, ao menos, se trata de um acidente, um homicídio ou um suicídio. Pode-se afirmar que, no país e em todas as regiões, os valores dessas causas apresentam-se em declínio, de 1980 para 2003, sendo a queda de 20,7% para 8,8%. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores frequências desses eventos (10,0%) e as Norte e Centro-Oeste são as que tiveram menores valores, 2,3% e 3,1%, respectivamente (BRASIL, 2009a).

De acordo com o DATASUS, em 2011, a taxa de mortalidade por causas externas de intenção indeterminada, no Brasil, foi de 2,2 (por 100.000 habitantes) na faixa etária de zero a 24 anos. No estado de Mato Grosso, essa taxa foi de 1,8 (por 100.000 habitantes), o que em números representa 24 óbitos (DATASUS, 2011c). Em Cuiabá, esse indicador foi de 2,6 óbitos a cada 100.000 habitantes.

Deve-se ressaltar que esses dados são obtidos após investigação e que seriam muito mais expressivos se não fossem investigados, já que o percentual de óbitos nessa categoria em relação ao total de óbitos por causas externas é um indicador de qualidade das informações. Ou seja, quanto maior o número de óbitos por lesão sobre a qual se ignora se foi acidental ou intencional, pior a qualidade das informações (MELLO-JORGE; CASCÃO; CARVALHO-SILVA, 2005).

Assim sendo, é essencial a realização da busca de informações complementares por meio da investigação dos eventos, serviço desenvolvido com as Secretarias de Saúde a fim de identificar a intencionalidade do evento e, assim, reduzir a proporção desses óbitos residuais (MATOS; MARTINS, 2013).

Porém, existem dificuldades na determinação da causa de morte e na investigação destes óbitos, que vão desde o preenchimento da DO até a investigação para esclarecimento da intencionalidade (SOUZA, 2002). Algumas destas dificuldades são: as precárias condições de trabalho nos IML com falta de instrumentos adequados ou substâncias necessárias para realizar os exames necroscópico e toxicológico, acarretando na demora da liberação do laudo e, muitas vezes, na inconclusão do mesmo; o longo percurso para elucidação desse óbito, desde a delegacia, passando pelo IML para laudo e preenchimento da DO (SOUZA, 2002), até a necessidade de buscar informações complementares e de realizar visita no domicílio para entrevista com a família, o que demanda tempo e gastos, tornando o processo oneroso e de difícil execução (MELLO JORGE; LAURENTI; NUBILA, 2010); número insuficiente de codificadores para os serviços de investigação e busca de informações complementares; falta de treinamento dos codificadores para a digitalização dos dados de mortalidade; entre outras dificuldades (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2009).

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram, mas essas fontes sofrem diretamente as influências e limitações dos sistemas de notificação. As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das

violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são: o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito (BRAT) do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN); a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BRASIL, 2001). Em caso de morte não natural, aquela que advém em decorrência de um acidente, envenenamento ou violência, o Código de Ética Médica, Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.779/2005, determina que esses atestados sejam emitidos por médicos legistas, após necropsia no IML (BRASIL, 2009b; SIMOES; REICHENHEIM; 2001).

Para tanto, existe um setor físico para organizar *in loco* a realização das atividades de investigação e busca de informações complementares necessárias para a classificação correta dos óbitos de causas externas. Nesse sentido, destaca-se o papel da Vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Gerência de nascimentos e óbitos (GEVINO).

1.4. A Vigilância de óbitos

A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que busca conhecer os determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida visando à proposição de medidas de prevenção e controle desses eventos, por meio das ações de vigilância, que consistem em identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos, vigiando todos os óbitos a fim de melhorar a qualidade das informações sobre a causa da morte (BRASIL, 2013a).

Em Mato Grosso, esse serviço está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), por meio da Gerência de nascimentos e óbitos (GEVINO), com as atribuições de codificar e classificar a causa básica de acordo com o CID-10; revisar o preenchimento e a consistência dos dados da DO; digitar, consolidar e analisar dados, esclarecendo a causa básica do óbito, cabendo a esta revisar todas as DO coletadas. No caso das causas residuais, realizar busca dos dados faltantes e/ou inconsistentes através de pesquisa no serviço emitente, delegacias ou com os familiares, verificando a existência de duplicidade do documento, investigando e esclarecendo a causa de óbito, mesmo após necropsia do IML (MATO GROSSO, 2001). A GEVINO, em uso de sua autonomia, optou por não utilizar o BO devido à dificuldade na obtenção do mesmo, já que para conseguir as informações dessa fonte era

necessário que os funcionários se deslocassem até as delegacias e fizessem cópia dos BO manualmente, o que gerava gastos de tempo, além de colocar os investigadores em risco por estarem no local em meio às ocorrências cotidianas das delegacias. Parta tanto, a GEVINO busca informações complementares no laudo do IML, bem como em notícias vinculadas em jornais impressos e meio digital.

Nesse sentido, há que se esclarecer que o processo de reclassificação se inicia com a seleção de um código que se aproxime com as condições do óbito descrito na DO para esta ser incluída no SIM. Depois de realizada a investigação com conclusão da causa de morte, esse código sofre alteração se for encontrada outra causa básica de morte ou é mantido se a investigação for inconclusiva. Se a investigação revelar outra causa de óbito, diferente da preenchida na DO, esta nova causa será usada apenas no SIM, ficando diferente da causa constante na DO, pois a causa na DO não sofre alteração. Portanto, a reclassificação do evento será apenas para fins epidemiológicos, lançada no SIM, pois não é da governabilidade da vigilância de óbitos proceder à alteração na DO, pois esse documento é unicamente de preenchimento médico. Dessa forma, os dados primários e secundários serão diferentes.

Desse modo, os dados sobre mortalidade devem ser analisados com atenção, uma vez que tendências de melhora/piora na qualidade da notificação da causa básica da morte ou variação na proporção das causas externas de intenção indeterminada podem alterar o valor de um determinado indicador de mortalidade, podendo interferir artificialmente em sua variação relativa no período (BRASIL, 2007). Portanto, é de primordial importância a classificação correta do óbito, dentro das causas externas, para estimar o impacto da violência e dos acidentes sobre a saúde da população, objetivando a construção de políticas públicas que visam à sua redução (MELLO JORGE; GLOTIEB; LAURENTI, 2002).

Perante a importância da mortalidade por causas externas no Brasil, especificamente na faixa etária de 0 a 24 anos, considerando, ainda, a proporção dos óbitos residuais que demandam investigação para elucidação da intencionalidade, visto a relevância da reclassificação desses óbitos a fim de refletir um fidedigno panorama epidemiológico, o presente estudo pretendeu analisar, entre as declarações de óbito por causas externas na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, os óbitos de causas residuais e como está sendo realizada a investigação e a reclassificação dos mesmos após a investigação, buscando saber dos codificadores, o que implica na dificuldade desses processos.

Destacando que existem poucas pesquisas sob esta ótica em Cuiabá e Mato Grosso, o estudo pretende contribuir para a melhora da qualidade da informação nas Declarações de óbito por causa externa, colaborando para a discussão da investigação dos óbitos residuais, uma vez que as informações de mortalidade são importantes instrumentos para monitoramento e conhecimento desses eventos que se configuram como inquestionável desafio para os gestores.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar os óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causas externas, na população de 0 a 24 anos em Cuiabá, no ano de 2013.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os óbitos por causas externas residuais, segundo o perfil das vítimas (gênero, raça/cor/etnia, escolaridade, faixa etária, procedência) e dos eventos (mês e local do óbito, fonte de informação sobre o óbito, descrição sumária do evento).
- Averiguar a investigação dos óbitos residuais quanto à realização ou não da mesma, tempo de investigação, fonte de informação utilizada para a investigação.
- Examinar a reclassificação dos óbitos por causas residuais, após a investigação.
- Verificar o relato dos codificadores quanto às dificuldades vivenciadas na investigação e reclassificação desses eventos, bem como a confiabilidade da fonte de informação utilizada na investigação.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho da pesquisa

Estudo documental exploratório e descritivo, apresentando corte transversal, coleta de dados retrospectiva e abordagem quantitativa com complemento de depoimento dos agentes de qualificação de óbitos.

A abordagem quantitativa foi escolhida por investigar os eventos com variáveis predeterminadas que serão submetidas à mensuração, além de expressar numericamente os resultados obtidos (LOPES et. al., 2009).

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Isso pode ser realizado por meio de dados secundários (dados preexistentes) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo), examinando, assim, se a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

3.2. População de estudo

A população do estudo foi composta por crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), que foram a óbito por causas externas, no município de Cuiabá – MT, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013.

A partir destes, foram selecionados os óbitos residuais, ou seja, os de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID-10), outras causas externas (W00-X59) e os “em branco” (eventos sem preenchimento da causa externa de morte no campo 48 bloco VII da DO).

3.3. Fonte de dados

A fonte de dados desta pesquisa foram as DO que obedecerem aos critérios de inclusão previamente determinados: o óbito estar classificado como óbito de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID-10), outras causas externas (W00-X59) ou “em branco” (eventos sem preenchimento da causa de morte no campo 48 bloco VII da DO); a vítima estar na faixa etária de 0 a 24 anos, o óbito ter acontecido no município de Cuiabá –

MT e no ano de 2013. Além disso, foram utilizados os anexos presentes nas DO, que continham as informações coletadas na realização da investigação das mortes.

O período selecionado, ano de 2013, foi escolhido de modo que houvesse tempo hábil para que fossem realizadas as devidas etapas de esclarecimentos dos óbitos (investigação).

Utilizou-se, também, como fonte de informação, o relato dos codificadores quanto às dificuldades vivenciadas na investigação e reclassificação desses eventos, bem como a confiabilidade da fonte de informação utilizada na investigação.

3.4. Coleta, Instrumento e Técnica

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada na Gerência de óbitos e nascimentos (GEVINO) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. A SMS é a gestora do SIM no nível local e recebe as DO para digitação, sendo responsável por enviar os dados para a Secretaria Estadual de Saúde, para posterior consolidação, além de ser responsável também pelas investigações nos casos de óbitos por causas externas que não foram classificados no momento do preenchimento da DO.

O instrumento utilizado para esta etapa foi formulário fechado (Apêndice I), com perfil da vítima, circunstâncias do óbito e dados da investigação, composto de 98 variáveis e suas subdivisões. Foi construído baseado na DO (Anexo I) e seus blocos de preenchimento, além dos formulários de investigação de óbitos do Ministério da Saúde: IF4 (Anexo II) e 10CMD (Anexo III). Utilizou-se também as fichas de investigação desenvolvidas pela SMS de Cuiabá: Ficha de investigação de óbito (Anexo IV) e Ficha de investigação de óbito de causa mal definida (Anexo V) para a elaboração do instrumento de coleta de dados.

Em um segundo momento, em janeiro de 2016, realizou-se uma entrevista com os codificadores para se verificar as dificuldades existentes na investigação e na reclassificação dos óbitos, bem como a confiabilidade da fonte de informação utilizada na investigação. Essa etapa ocorreu após a análise inicial dos dados quantitativos, sendo direcionadas as lacunas resultantes da primeira fase de coleta de dados. Os que aceitaram participar do estudo tiveram o sigilo, de identificação e divulgação dos dados, assegurado pela assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice II).

3.5. Variáveis estudadas

Foram estudadas variáveis relativas à vítima, ao evento e à investigação.

- Perfil da vítima: Gênero (Feminino e Masculino); Raça/Cor/Etnia (Branca, Preta e Parda) - padronizada pela cor da pele; Escolaridade (Sem escolaridade, Fundamental I, Fundamental II, Médio, Superior incompleto, Superior completo, Ignorado); Faixa etária (< 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24); e Procedência (Cuiabá e demais cidades do estado do Mato Grosso).
- Perfil do evento: Mês do óbito; Local do óbito (Hospital, Outros serviços, Domicílio, Via pública, Outro local, Sem preenchimento); Fonte de informação sobre o óbito (BO, Hospital, Família, Ignorado e não preenchido) e preenchimento da Descrição sumária do evento (Sim e Não).
- Dados sobre a investigação: Se foi realizada investigação (Sim e Não); Fonte de informação utilizada para a investigação (Laudo do IML, Jornal, Internet, Prontuário, Ficha de MSOI - ficha de investigação de óbito infantil de serviço de saúde do Ministério da Saúde, Fonte não informada); Tempo de investigação (até 1 mês, 2 a 4 meses, 5 a 7 meses, mais de 10 meses)
- Reclassificação dos óbitos após investigação (Mudança da causa do óbito; novo código da CID-10).
- Relato dos codificadores quanto às dificuldades na investigação e na reclassificação dos óbitos residuais, bem como quanto à confiabilidade da fonte de informação utilizada para a investigação.

3.6. Tratamento e análise de dados

Os dados coletados foram processados eletronicamente pelo programa Epi Info - versão 6.04d17 e a digitação dos dados, da primeira etapa, foi realizada no período de fevereiro a março de 2015. A análise dos dados se deu por meio de medidas de ocorrência (para as análises univariadas) e de significância estatística (para as multivariadas).

Empregou-se o teste de Qui-quadrado (considerando *p value* menor que 0,05) como medida de significância estatística nas análises multivariadas, nas quais se cruzou a causa residual de óbito (intenção indeterminada; outras causas externas; em branco) com o perfil da

vítima, perfil do evento, dados da investigação e reclassificação dos óbitos residuais após a investigação.

Os dados coletados na segunda etapa foram ouvidos e transcritos pelo pesquisador e conferidos pelos codificadores, no momento da realização da entrevista. O tratamento se deu por meio de agrupamento das respostas semelhantes.

3.7. Fonte financiadora

A pesquisa foi realizada com recursos provindos de bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

3.8. Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) (Anexo V) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (Anexo VI), em atendimento à Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sob o parecer 829.672 de 2014.

As pesquisadoras se comprometem a manter o anonimato dos sujeitos pesquisados, respeitando os aspectos éticos e legais, utilizando os dados somente para fins de pesquisa, conforme o Termo de Compromisso (Apêndice III).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Panorama Geral

Foram selecionadas primeiramente 161 Declarações de Óbitos cujas vítimas estavam na faixa etária de 0 a 24 anos e faleceram em Cuiabá, por causa externa, no ano de 2013. Desses 161 óbitos, 125 (77,7%) foram classificados como causas externas gerais e 36 (22,3%) como sendo de causas residuais (Figura 1).

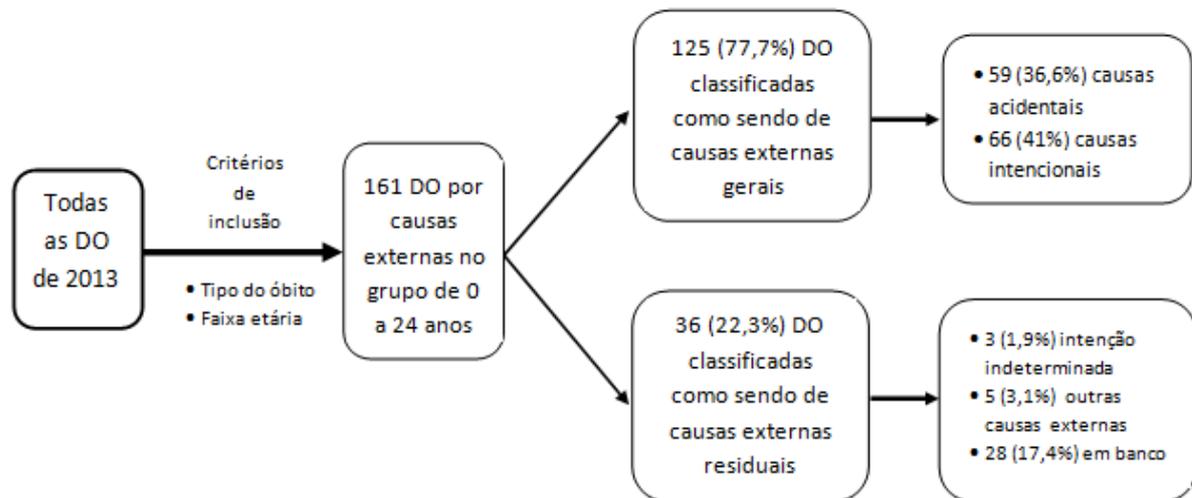


Figura 1- Seleção das Declarações de Óbito por causa externa residual, na faixa etária de 0 a 24 anos, cujos óbitos ocorreram em Cuiabá, no ano de 2013.

Dos 161 óbitos selecionados, 59 (36,6%) foram categorizados como causas acidentais; 66 (41,0%) como intencionais (suicídios e homicídios); 3 (1,9%) como causa indeterminada; 5 (3,1%) classificados como outra causa externa e 28 (17,4%) em branco. Os de causa indeterminada, os em branco e os classificados como outra causa externa constituíram os óbitos residuais, objeto deste estudo.

Atendendo à atual tendência de produção científica, os resultados são apresentados em forma de manuscritos, formatados segundo as normas dos respectivos periódicos escolhidos a seguir:

	Título do manuscrito	Revista pretendida para encaminhamento dos manuscritos	Qualis
1	Mortalidade por Causas Externas: Óbitos residuais, Cuiabá, 2013	Cadernos de Saúde Pública	A2
2	Óbitos por causas residuais externas: investigação e reclassificação	Revista Brasileira de Epidemiologia	B1

4.2.1 Manuscrito 1: Mortalidade por Causas Externas: Óbitos residuais, Cuiabá, 2013.

Prezado(a) Dr(a). Margani Cadore Weis:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Mortalidade por Causas Externas: Óbitos residuais, Cuiabá, 2013" (CSP_1374/16) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Cláudia Medina Coeli
Profª. Luciana Dias de Lima
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Mortalidade por Causas Externas: Óbitos residuais, Cuiabá, 2013

Mortality from External Causes: Residual deaths, Cuiabá, 2013

Mortalidad por Causas Externas: Defunciones residuales, Cuiabá, 2013

Margani Cadore Weis¹

Christine Baccarat de Godoy²

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Bolsista da CAPES. Endereço: Rua Coronel Neto, 1894, Spazio Charme Goiabeiras, Apto. 1007, Torre A, Cuiabá-MT, CEP 78032-110. E-mail: margani_ufmt@yahoo.com.br

²Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Endereço: Avenida das Palmeiras, 20, Residencial Rio Jangada, casa 95, Jardim Imperial, Cuiabá-MT, CEP 78075-850. E-mail: christineufmt@gmail.com

RESUMO

Os óbitos residuais são as mortes por causas externas, em que a informação disponível não permite distinguir tratar-se de acidente, lesão autoinfligida ou agressão, ou quando a declaração de óbito (DO) não especifica a causa do óbito. Objetivou-se analisar os óbitos residuais, entre as declarações de óbito por causas externas, na população de 0-24 anos, em Cuiabá, em 2013. Estudo transversal com 36 óbitos residuais: 3 de intenção indeterminada (8,3%), 5 classificados como outras causas externas (13,9%) e 28 cuja causa de óbito estava em branco na DO (77,8%). Entre as vítimas, predominou: gênero masculino (72,2%), raça/cor parda (72,2%), ensino fundamental II completo (30,5%), idade de 20 a 24 anos (30,6%). Os óbitos ocorreram mais em novembro (22,2%) e no hospital (58,3%). Em 80,5% das DO, a fonte de informação não foi preenchida, assim como a descrição sumária do evento (75,0%). Conclui-se que a mudança desse panorama requer planejamento de políticas específicas para causas externas residuais, aliado à conscientização da importância do preenchimento correto da DO.

Descritores: Mortalidade; Causas Externas; Óbitos; Registros de Mortalidade.

ABSTRACT

The residual deaths are deaths from external causes, where the information available does not allow us to distinguish whether it was an accident, self-inflicted injury or attack, or when the death certificate (DC) does not specify the cause of death. This objective was to analyze the residual deaths among the death certificates from external causes in the population aged from 0 to 24 years, in Cuiabá, in 2013. This is a cross-sectional study involving 36 residual deaths: 3 from indeterminate intention (8.3%), 5 classified as from other external causes (13.9%) and 28 whose the cause of death was left blank in DC (77.8%). Among the victims, there was a predominance of: males (72.2%), race/color/ethnicity brown (72.2%), elementary school II (30.5%), age range between 20 and 24 years (30.6%). Most of the deaths occurred in November (22.2%) and in the hospital (58.3%). In 80.5% of DC, the source of information was not filled, as well as the brief description of the event (75.0%). It is concluded that the change of this scenario requires planning of specific policies for external residual causes, combined with awareness of the importance of the accurate fulfillment of DC.

Descriptors: Mortality; External Causes; Deaths; Mortality Registries.

RESUMEN

Las defunciones residuales son las muertes por causas externas, donde la información disponible no permite diferenciar si hubo un accidente, lesión autoinfligida o agresión, o cuando el certificado de defunción (CD) no especifica la causa de la defunción. El objetivo fue analizar las defunciones residuales, entre los certificados de defunción por causas externas, en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá, en 2013. Estudio transversal que incluyó 36 defunciones residuales: 3 de intención indeterminada (8,3%), 5 clasificadas como otras causas externas (13,9%) y 28 cuya causa de defunción estaba en blanco en el CD (77,8%). Entre las víctimas, predominó: género masculino (72,2%), raza/color pardo (72,2%), enseñanza fundamental II completa (30,5%), edades entre 20 y 24 años (30,6%). Las muertes defunciones ocurrieron mayoritariamente en noviembre (22,2%) y en el hospital (58,3%). En el 80,5% de los CD, la fuente de información no fue rellenada, así como la descripción sucinta del evento (75,0%). Se concluye que el cambio de este panorama requiere planeamiento de políticas específicas para las causas residuales externas, combinado con la concienciación sobre la importancia del correcto llenado del CD.

Descriptor: Mortalidad; Causas Externas; Defunciones; Registros de Mortalidad.

INTRODUÇÃO

As causas externas constituem um conjunto de agravos à saúde que compreendem as causas acidentais (devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas)¹. Incidem com maior magnitude na população masculina e nas idades mais jovens², sendo responsáveis por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo, anualmente, representando cerca de 9% da mortalidade total e apresentando um comportamento de constante crescimento, gerando fortes impactos na morbidade e na mortalidade da população³.

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, quando se exclui as demais causas, passando a ocupar a primeira posição quando se restringem ao grupo de até 39 anos⁴. Sendo a principal causa de morte em crianças a partir de um ano de idade e responsável por 73,2% das mortes entre os jovens (população de 15 a 24 anos)^{5,6}.

A taxa de mortalidade específica por causas externas no Brasil, para o ano de 2011, foi de 75,8 para cada 100 mil pessoas. Em Mato Grosso, essa taxa foi de 91,5 por 100 mil habitantes, sendo de 56,7 por 100 mil quando se restringe às faixas etárias de 0 a 24 anos⁷.

Considerando a mortalidade como o evento mais grave de saúde, um importante instrumento de registro das causas externas fatais é a Declaração de Óbito (DO), que alimenta o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)^{8,9}. Nos casos de morte por causa externa, a necessidade de dados fidedignos é inquestionável, pois o preenchimento adequado da DO possibilita informações sobre a vítima, tanto físicas quanto sociodemográficas, o local do evento, o tipo de causa e a intencionalidade¹⁰. Entretanto, muitas vezes, os dados esbarram na questão da baixa qualidade da informação disponível sobre esse evento e o sub-registro de casos¹¹.

A Organização Mundial da Saúde orienta que quando a causa da morte for uma lesão ou outra consequência decorrente de uma causa externa, as circunstâncias que originaram o evento deverão ser selecionadas como sendo a causa básica do óbito, portanto codificadas entre os códigos V01 e Y89 da Classificação Internacional de Doenças (CID10)¹, ou seja, as causas básicas de morte precisam corresponder aos tipos de causas externas que originaram as lesões (atropelamento por ônibus, homicídio por arma de fogo, queda acidental de janela, entre outras), e não às lesões (traumatismo, ferimento, hemorragia, por exemplo)^{12,13}.

Apesar da orientação de preenchimento, em sua grande maioria, as DO apresentam baixa qualidade das informações e são inadequadamente completadas, seja pela pouca importância que se dá a esse registro, pelo desconhecimento de como preenchê-la e de sua real importância epidemiológica, ou mesmo para mascarar a verdadeira causa do óbito¹⁴. Por esse motivo, frequentemente, as verdadeiras causas dos óbitos não são conhecidas, gerando grande quantidade de mortes registradas como causas mal definidas¹⁵, denominadas, ainda, de diagnósticos incompleto¹³, códigos lixo¹⁶ ou causas residuais¹², seja porque a vítima não teve assistência médica adequada para identificar a causa do óbito ou porque já chegou em óbito à unidade de saúde, ou, ainda, devido à omissão de informação por quem atestou a morte. Nesses casos, se desconhece o tipo de causa externa que levou à morte, a não ser tratar-se de óbito decorrente de uma lesão, e não de causa natural¹³, constituindo assim as causas residuais, que estão inseridas no montante das causas externas.

No Brasil, a porcentagem de mortes por causas externas residuais (em que não se sabe se são decorrentes de homicídio, suicídio ou acidente) foi estimada ao redor de 10% no final da década de 1990, embora chegasse a mais de 26,7 % em alguns municípios brasileiros, como no Rio de Janeiro¹³. Em todas as regiões do país, os óbitos residuais por causa externa (não naturais) apresentaram declínio, de 1980 para 2003, passando de 20,7% para 8,8% no período. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores proporções desses eventos (10,0%) e as Norte e Centro-Oeste são as que tiveram menores valores, 2,3% e 3,1%, respectivamente¹⁷.

Os óbitos por causas residuais não naturais encontram-se em um agrupamento pertencente ao capítulo XX da CID-10, que incluem os eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), somados, neste estudo, aos óbitos de outras causas externas (W00-X59) – em que igualmente o tipo de causa externa não está definida, e aos óbitos “em branco”, que resultam do não preenchimento do tipo de óbito no campo 48 do bloco VII da DO, que contempla os acidentes sem especificação (código X59), já que a orientação da OMS é de codificar como acidentes sem outra especificação, antes da investigação, quando as declarações de óbito não informam o tipo de causa externa^{18,19}. Essa classificação contempla eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão autoinfligida ou de uma agressão, ou quando a DO não foi preenchida corretamente, deixando esses campos em branco^{1,19}.

Para tanto, torna-se essencial conhecer o perfil das vítimas e as circunstâncias acerca dos eventos, quem eram e como morreram essas pessoas, já que o percentual de óbitos nessa categoria em relação ao total de óbitos por causas externas é um indicador de qualidade das informações, ou seja, quanto maior o número de óbitos por lesão sobre a qual se ignora se foi acidental ou intencional, pior a qualidade das informações²⁰.

Diante da importância dos óbitos residuais decorrentes de causas externas no Brasil, bem como seu impacto na faixa etária jovem, o presente estudo analisou os óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causas externas na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, no que diz respeito ao perfil da vítima e perfil dos eventos. Considerando que existem poucas pesquisas sob esta ótica em Cuiabá e Mato Grosso, o estudo desejou contribuir para a melhora da qualidade da informação nas DO por causa externa, uma vez que as informações de mortalidade são importantes instrumentos para monitoramento e conhecimento desses eventos.

MÉTODOS

Estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados, cuja população foi composta por todas as crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) que foram a óbito por causas externas, no município de Cuiabá, Mato Grosso, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013, e que tiveram sua morte registrada por meio da DO.

A coleta de dados foi realizada na Gerência de Nascimentos e Óbitos (GEVINO) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi formulário fechado, com perfil da vítima, circunstâncias do óbito e dados da investigação, construído com base na DO, seus blocos e campo de preenchimento.

As variáveis estudadas foram em relação ao perfil da vítima: gênero, raça/cor/etnia (referindo-se à cor da pele), escolaridade, faixa etária e procedência; perfil do evento: mês e local do óbito, fonte de informação sobre o óbito e descrição sumária do evento.

Para a coleta de dados, foram verificadas todas as DO do ano de 2013, que ocorreram na cidade de Cuiabá – MT, na faixa etária de 0 a 24 anos, devido ao fato de que não são separadas por categorias de causa de morte. Após esse momento, foram selecionadas as DO classificadas como sendo de causas externas, totalizando 161. Obedecendo aos critérios da

pesquisa, selecionou-se dentre as 161 DO por causas externas, na faixa etária de 0 a 24 anos, as de causas residuais, ou seja, os óbitos de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID-10), outras causas externas (W00-X59) e os óbitos sem preenchimento do tipo causa externa de morte na DO (campo 48 da DO em branco), totalizando 36 óbitos por causas residuais (3 de intenção indeterminada, 28 em branco e 5 classificados como de outra causa externa).

Os dados coletados foram processados eletronicamente pelo programa Epi Info - versão 6.04d17 e a análise dos dados foi realizada utilizando-se medidas de ocorrência e de significância estatística (considerando *p value* menor que 0,05).

A pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá-MT e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, em atendimento à Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sob o parecer 829.672 de 2014.

RESULTADOS

Os óbitos residuais, formados pelos óbitos de intenção indeterminada, em branco e outras causas externas somaram 36 (22,3% do total de óbitos por causa externa), sendo 3 de intenção indeterminada (8,3%), 28 em branco (77,8%) e 5 classificados como de outra causa externa (13,9%) (Figura I).

Entre as vítimas, prevaleceu o gênero masculino (72,2%), raça/cor/etnia parda (72,2%), ensino fundamental II completo (6° ao 9° ano) (30,5%), faixa etária de 20 a 24 anos (30,6%), seguida pela de 15 a 19 (27,8%), e procedentes de Cuiabá (69,4%) (Tabela I).

Houve predomínio do gênero masculino em todas as categorias de óbito e o valor de *p* sugere que não houve associação entre o gênero da vítima e o tipo de causa residual (se de intenção indeterminada, em branco ou outra causa externa) ($p=0,0738$).

Quanto à raça/cor/etnia da vítima, esta se modifica conforme a categoria de óbito residual ($p=0,0115$). A raça/cor/etnia parda foi mais prevalente nos óbitos de intenção indeterminada (66,7%), assim como nos óbitos em branco (78,6%). Já nos óbitos por outras causas externas, as raças preta e parda apresentaram a mesma proporção (40% cada uma).

A escolaridade da vítima apresenta diferenças segundo o tipo de óbito residual, entretanto o valor de *p* não sugere significância estatística ($p=0,1291$).

Sobre a faixa etária, houve significância estatística conforme a idade e a categoria do óbito residual ($p=0,0014$). Nos óbitos de intenção indeterminada, a faixa etária que detém maior proporção foi a de 20 a 24 anos (66,7%), assim como nos casos em branco (32,1%). Já nos óbitos por outras causas externas, as faixas etárias de 5 a 9 e de 15 a 19 tiveram 40% de mortes cada uma.

Quanto à procedência da vítima, não houve significância estatística com a categoria de óbito residual ($p=0,9427$), sendo que a maioria dos óbitos foi de vítimas procedentes do município de estudo (69,4%), porém com uma parcela de outros municípios (30,6%).

Sobre o mês de ocorrência das mortes por causas residuais, os meses de novembro e julho apresentaram maior proporção (22,2% e 19,4%, respectivamente), seguidos pelo mês de dezembro (13,9%), janeiro (11,1%) e maio (11,1%) ($p=0,3897$).

Quanto ao local de ocorrência do óbito (Tabela II), este se deu mais no hospital (58,3%), porém nos óbitos de intenção indeterminada todos os casos se deram fora do ambiente hospitalar. O valor de p sugere associação do local de ocorrência do óbito com o tipo de causa residual ($p=0,0001$).

Na descrição das fontes de informações do óbito (onde foram coletadas as informações sobre o evento), a Tabela II evidencia que em 29 declarações de óbito (80,5% do total de óbitos residuais) essa informação não foi preenchida. Essa proporção foi maior entre os óbitos de causa em branco (100,0%). O BO foi mais utilizado como fonte de informação nos óbitos de outras causas externas (80,0%), com significância estatística entre a fonte de informação e o tipo de causa residual de óbito ($p=0,000$).

No que tange à descrição sumária do evento, não houve o preenchimento desta na maioria das DO (75,0%), em maior proporção entre os óbitos em branco (78,6%), havendo associação entre o tipo de causa residual e a descrição do evento ($p=0,0020$) (Tabela II).

DISCUSSÃO

Estudo sobre a mortalidade em três cidades latino-americanas, para os anos de 2003 a 2005²¹, trouxe que a proporção de causas externas de intenção indeterminada chegou a 40,3% em Córdoba, na Argentina; 15,8% em Campinas, Brasil; e 1,6% em Medellín, na Colômbia. Sobre os óbitos por demais causas externas, foi encontrado 21,9%, 11,9% e 9,2%, nas mesmas cidades e períodos, respectivamente. Segundo os autores, a alta porcentagem de mortes por eventos de intenção indeterminada e outras causas externas distorcem os

resultados reais das causas de mortes, sendo que os de intenção indeterminada tiveram aumento no seu total desde 1990. Para os óbitos “em branco”, o estudo “Como morrem os brasileiros” (2010)²² que utilizou dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para 2000, 2005 e 2009 e o Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) trouxeram que no ano de 2009, em todas as faixas etárias, o tipo de causa não foi preenchido em 13,9% das DO. Fato possivelmente relacionado à não transcrição dessa informação para a DO pelo IML, responsável pelo preenchimento. Chama atenção que o não preenchimento dessa variável é encontrado em maior proporção nos municípios com 500 mil ou mais habitantes²².

Destacam-se, ainda, outras pesquisas, como a realizada em Viçosa (MG), para o ano de 2000 a 2009, em que 21% dos óbitos por causa externa registrados no SIM foram classificados como eventos com intenção indeterminada, excedendo o valor máximo aceitável de 10%²³; e apenas 0,5% foram de outras causas externas²³. O mesmo estudo ainda traz um acréscimo de 19 óbitos indeterminados que não havia sido informado ao SIM²³. Segundo DATASUS, para o ano de 2011, na faixa etária de 0 a 24 anos, houve mais de 40 mil óbitos referentes a causas externas, destes 6.014 (15%) foram declarados como sendo de outras causas externas e 1.819 (4,5%) de intenção indeterminada²⁴. Os óbitos em branco não apresentam dados no DATASUS, pois necessitam de investigação e reclassificação antes de serem informatizados.

Diante desse contexto, é preciso ressaltar que as informações corretas sobre as causas externas de mortalidade são importantes para o conhecimento dos agravos que afetam as populações para que possam contribuir para o planejamento e avaliação das ações, pois conhecer quem é vulnerável e quais as circunstâncias do óbito constitui um elemento fundamental para políticas de prevenção^{13,19}. Nesse sentido, destacam-se os investimentos que o Ministério da Saúde tem realizado nas últimas décadas, buscando a melhoria das informações de mortalidade por meio de regulamentação das atividades desenvolvidas pelas três esferas de governo: a divulgação dos dados na Internet; a elaboração de publicações técnicas; e capacitação de codificadores de causa básica, dentre outros²⁵.

Quanto ao perfil das vítimas por causas residuais, em Cuiabá, 2013, este coincide com o perfil dos óbitos por causas externas descrito por outras casuísticas⁸, no qual há um predomínio do gênero masculino. Em 2010, 82,6% das mortes notificadas no SIM decorrentes de causas externas ocorreram com esse gênero, sendo que o risco de morte entre os homens

foi cinco vezes maior que em mulheres, sobretudo entre adolescentes e adultos-jovens de 15 a 29 anos⁸. Mais especificamente em Cuiabá, um estudo encontrou que a participação do gênero masculino nos óbitos de causas externas, independente da classificação, foi de 88,7% no ano de 2009²⁶, mantendo a proporção elevada desse grupo de vítimas.

Porém, torna-se importante citar que apesar do gênero masculino ser o que apresenta maior número de vítimas, o gênero feminino apresenta sua especificidade, dentro dos casos violentos, no que tange à violência doméstica. Dados apontam que, entre 2003 e 2013, o número de vítimas do sexo feminino passou de 3.937 para 4.762, incremento de 21,0% na década, representando 13 homicídios femininos diários²⁷.

Especificamente sobre as causas residuais, não foram encontrados estudos nos quais se discute a proporção de mortes entre os gêneros, apenas estudos que trazem dados de óbitos de causas que compõem as causas residuais. Entre estes, um estudo²⁸ encontrou que a taxa de mortalidade masculina por eventos de intenção indeterminada diminuiu entre 1999 e 2002, de 12,4 óbitos/100.000 para 5,7 óbitos/100.000, decréscimo de aproximadamente 45,9%, porém houve aumento de 2003 a 2008 em 36,6%. Quanto à mortalidade do gênero masculino por outras causas externas, esta também apresentou declínio de 31,4 óbitos/100.000 para 19,4 óbitos/100.000 para o período de 1999 a 2008, portanto um decréscimo de 61,8%²⁸. Em outro estudo²³, o gênero masculino também foi predominante entre os registros dos óbitos por causas externas de intenção indeterminada, correspondendo a 78,66% de 2000-2002 e 71,99% de 2008-2010.

A maior vulnerabilidade do gênero masculino entre os óbitos de causas residuais pode ser explicada pelas representações históricas e culturais de gênero²⁹, o que determina um comportamento de risco para os homens, em parte, pela pressão exercida pelo grupo, pela imaturidade e pelo sentimento de onipotência, acentuados na fase de adolescência²⁸. Estudo justifica esse comportamento pela maior exposição desse sexo a fatores de risco individuais, como consumo de álcool, fumo e/ou outras drogas, uso de armas de fogo e armas brancas, maior exposição a veículos motores e a tipos de empregos que os expõe a maiores riscos de acidentes, além da maior inserção no mercado informal de trabalho em atividades lícitas ou ilícitas, o que influencia diretamente nos casos de acidente e violência³⁰.

No que tange à raça/cor/etnia, variável nomeada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há que se considerar que o termo tem uma multiplicidade de definições, geralmente utilizadas para descrever um grupo de pessoas que apresentam certas

características fenotípicas em comum e devido a isso a classificação étnico-racial é mais precisa por meio da autoqualificação³¹. Em casos de óbito, a alternativa é a heteroatribuição de pertença, em que um familiar ou pessoa próxima define o grupo do sujeito³¹. Porém, no caso da ocorrência das mortes por causas externas, a DO é preenchida por médicos legistas, que são os responsáveis pela determinação da causa da morte, no ato do evento, uma vez que o falecido não pode se autodeclarar³².

Pesquisa realizada com os registros de óbitos do estado de São Paulo, dos anos de 1999 a 2001, encontrou que para a variável raça/cor/etnia, a raça parda teve a proporção de óbitos por causas externas de maior destaque com 27,1% do total; Já na cor preta, esse montante foi de 19,39 % e cor de 12,5%³³. Autores^{29,34} trazem que cor da pele ou raça/cor/etnia negra (preta e parda) apresenta-se como a mais vulnerável, principalmente nos casos de agressões, além de serem o grupo que apresenta maior perda de anos potenciais de vida, sendo considerados as maiores vítimas por todas as causas externas. Há que se considerar, em sua grande maioria, a situação de desigualdade social, agravada pelo racismo e suas diversas formas de discriminação, o que os torna mais vulneráveis devido às diferenças, seja na educação, emprego, renda, saúde, oportunidades de ascensão social, seja na vitimização por crimes e uso de drogas, sendo duas vezes mais vítimas de homicídio que brancos, com risco de morte aproximadamente quatro vezes maior^{29,34}. Portanto, a etnia em si não é considerada um fator de risco, mas a realidade social de determinados grupos, agregando a eles características de vulnerabilidade em razão da desigualdade social, pois embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos de pessoas²⁹.

Sobre a escolaridade, ressalta-se que esta pode se relacionar com a idade, desse modo de acordo com a idade da vítima poderá ser o grau de instrução. Estudo realizado na Bahia mostra que a menor escolaridade está relacionada a uma maior chance das vítimas de sofrer acidentes com mais danos graves, como: ser pedestre ou motociclista ou ainda possuir veículos em condições precárias, estando mais suscetíveis aos acidentes de transporte³⁵. E no que tange às causas violentas, a escolaridade está relacionada ao nível de ocupação e renda salarial, refletindo diretamente na incidência de violência em jovens, já que a pouca educação passa a ser uma condição na medida em que diminui o acesso das pessoas a uma melhor qualificação profissional e, conseqüentemente, a uma renda melhor, gerando marginalização social³⁶. Há de se ressaltar que houve grande proporção de vítimas sem escolaridade, porém

ao relacionar com a idade das vítimas, verifica-se que estas se encontravam ainda fora da idade escolar, ou seja, não seriam analfabetas.

Sobre a faixa etária, estudo aponta que a ocorrência e o tipo de causa externa se diferenciam com a idade, com predomínio dos acidentes entre as menores idades e da violência entre as maiores³⁷. Entre os óbitos de intenção indeterminada e em branco (em que não se conhece a causa do óbito), há predomínio de adolescentes e jovens, e aquela causa figura entre a quinta e sexta mais frequente, dentre todas as causas externas de óbito nessas faixas etárias⁸. Esse fato pode ser explicado, pois a adolescência é marcada por transformações físicas, psicológicas, colaborando para uma maior vulnerabilidade do adolescente e adulto jovem (15 a 24 anos) em virtude das descobertas da idade, da marginalização de alguns grupos, da exposição a drogas e bebida alcóolica, inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e o acesso à arma de fogo³⁸. Outras explicações utilizadas para justificar o número de óbitos por causas externas na faixa etária de 15 a 24 anos é o modo como ocorreu a urbanização no país, processo rápido e de grandes dimensões, gerando desigualdades acentuadas entre os grupos populacionais urbanos. O elevado ritmo de migração para grandes centros em busca de ocupação se deu, em grande parte, por jovens. No entanto, quem não foi absorvido pelo mercado de trabalho passou a fazer parte da população marginalizada na periferia dessas cidades³⁹.

Com relação ao município de procedência da vítima, a verificação de vítimas de outros municípios justifica-se pelo fato de Cuiabá ser um polo de atendimento em saúde da região.

Sobre o mês de ocorrência das mortes por causas residuais, a maior proporção de mortes nos meses de novembro, julho, dezembro e janeiro pode estar relacionada ao fato de esses períodos serem de férias escolares e festas de final de ano, o que aumenta a exposição a fatores ambientais e sociais que contribuem para a ocorrência de causas externas^{40, 41}. Um estudo⁴⁰ com dados da África do Sul (2000 a 2006) mostrou maior incidência de mortes por causas externas acidentais no mês de dezembro, sugerindo relação com ingestão de álcool e comportamento de risco⁴⁰. Já para as causas intencionais, o autor sugere que os conflitos tenham maior ocorrência nos momentos livres, ou seja, férias, feriados e festas de finais de ano, sendo mais comuns nos meses quentes, já que quando as pessoas estão com tempo livre e fora de casa têm mais chance de serem vítimas⁴¹.

Apesar de a maioria dos óbitos residuais terem ocorrido no hospital, os óbitos de intenção indeterminada ocorreram fora do ambiente hospitalar, o que coincide com a grande ocorrência de causas externas no espaço extradomiciliar e via pública³⁸. Em se tratando de óbitos, há que se considerar a gravidade do evento, em que muitas vezes o atendimento de urgência não chega a tempo hábil, o que pode ter contribuído para as mortes fora do ambiente hospitalar.

O não preenchimento da fonte de informação coincide com dados nacionais, em que esta variável, fundamental para investigação da morte não natural, apresentou a proporção de não preenchimento entre os óbitos por causa externa no país de 32,3%, alcançando 41,6% nos municípios com 500 mil ou mais habitantes. Já para a descrição sumária do evento, dados nacionais trazem 0,3% de não preenchimento⁸. O não preenchimento da fonte de informação e descrição sumária do evento pode estar relacionado com o fato de que essas variáveis são consideradas de importância secundária⁴². Essa definição pode ter consolidado a ideia de variáveis mais importantes, trazendo a falsa impressão da pouca importância das demais, contribuindo com a cultura do não preenchimento⁴³. Para as causas externas, o preenchimento adequado dessas variáveis é importante, pois trazem informações sobre o local no qual aconteceu o óbito, além de descrever a circunstância do óbito, fato que possibilita esclarecer a intencionalidade do evento, elementos fundamentais no planejamento de ações preventivas e na avaliação da eficácia dessas ações¹¹.

É preciso destacar que, para os casos de não descrição exata do evento, as informações necessitam de outras estratégias em diferentes locais para serem complementadas, como em hospitais, delegacias e o IML. Isso devido à importância dos fatos que se traduzem como prova científica produzida, que por vezes são melhores relatados em local apropriado, longe das pressões oriundas de interesses variados e da comoção produzida pelo evento, que atrapalham o relatório técnico do médico legista (que tem importância jurídica) e o preenchimento da DO, com importância epidemiológica, estatística e demográfica⁴². Destaca-se que a qualidade da informação do SIM também compete às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria GM/MS nº 116, de 11 de Fevereiro de 2009¹⁷, em que cabem a estas desenvolverem ações para o aprimoramento da qualidade da informação, bem como estabelecer diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos para gerenciamento do sistema de informação.

Em síntese, reduzir o número de DO por causas externas residuais, esclarecendo as reais causas de óbito por meio da correta classificação é imprescindível para se conhecer o perfil de mortalidade, identificar locais com maior risco para a ocorrência desse evento e ainda ter subsídios para orientar políticas de prevenção de acidentes e violências no país⁴⁴.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou os óbitos residuais, entre as declarações de óbito por causas externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, em 2013, em que a maioria das vítimas foi do gênero masculino, da raça/cor/etnia parda, com escolaridade fundamental II (6° a 9° ano), na faixa etária de 20-24 anos, residentes de Cuiabá. Óbitos, estes, que apresentaram maior ocorrência no hospital, com grande maioria de não preenchimento das fontes de informações e descrição do evento.

Destaca-se que a importante proporção de causas residuais no montante de causas externas distorcem as reais causas de morte dessa população, fato que evidencia a necessidade e importância da investigação para que essas causas sejam elucidadas, o que gera gastos com o recrutamento e treinamento de recursos humanos voltados para o desenvolvimento dessas investigações. A mudança desse panorama requer planejamento de políticas específicas para causas externas residuais, que poderiam ser espelhadas nas já existentes sobre causas mal definidas. Aliado a essas novas possibilidades, a principal ação é a de conscientização da importância do preenchimento correto da DO, que é o documento base do SIM e de grande importância epidemiológica, principalmente no que diz respeito ao bloco VIII, referente às causas externas, que traz informações essenciais para a classificação correta do óbito.

O perfil das vítimas e dos eventos encontrados neste estudo se entrelaça com os demais referentes às causas externas gerais, nos quais homens jovens, da raça/cor/etnia parda, com poucos anos de estudo se destacam como os principais atores. Esta população demanda ações específicas que abarquem modos de incitar a conscientização de atitudes de cunho cultural e individual como evitar ingestão de álcool e outras drogas aliada à direção de veículos, fato que acontece cada vez mais precocemente; e também a de atenção e disciplina no trânsito. Além de atitudes sociais, no que tange à diminuição da marginalização, por meio de maior oferta de empregos e acesso à educação, principalmente de jovens que vivem em ambiente de risco social. Essas ações precisam conter uma linguagem comum a essa faixa

etária e vinculação em mídias sociais, que atualmente são amplamente acessadas pelos adultos-jovens.

Ressalta-se, ainda, a existência de poucos estudos que buscam conhecer o perfil de eventos de causas externas residuais, o que sugere a necessidade de pesquisas que abordem esse tema a fim de vislumbrar quem são as vítimas, onde ocorrem os eventos, que políticas são efetivas e quais merecem mais atenção.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial Da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima reunião (CID 10). São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Genebra. OMS, 2000.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009.
3. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Bandeira de Sá NN, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências, p.203-223. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2011a. 1ª Ed. 366 p.
4. Morais Neto OL, Malta DC, Silva, MMA. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. Rev. Ciênc. saúde coletiva 2009;14(5):1638.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de Segurança e Direitos Humanos: Enfocando a Primeira infância, Infância e Adolescência. 1a. ed., 2014, 75p.
6. Waiselfiz, J. J. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil. Rio de Janeiro: Cebela. 2013, 83p.
7. Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade. Taxa de mortalidade específica por causas externas, 2011a. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>. (Acesso em 14.05.2015).
8. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Bandeira de Sá NN, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. p 225-249. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e

- de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2011b. 1ª Ed. 366 p.
9. Silva JAC, Yamaki VN, Oliveira JPS, Teixeira RKC, Santos FAF, Hosoume VSN. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. Rev assoc med bras.2013;59(4):335-40.
 10. Pedrosa LDCO, Sarinho SW, Ordonha MR. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. Cad. Saúde Pública 2007;23(10):2385-95.
 11. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. Ciência & Saúde Coletiva 2013;18(3):1225-34.
 12. Borges CCS. Análise da recuperação das informações sobre causas em óbitos por causas mal definidas e diagnósticos incompletos investigados no município de Niterói, RJ, de junho a setembro de 2008 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. 89 p.
 13. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O Sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II causas externas. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002;5(2):197-211.
 14. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):173-81.
 15. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência e Saúde Coletiva 2004;9(4):909-20.
 16. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. Population Health Metrics 2010;8(9) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873308/> (Acesso em: 05/11/2015).
 17. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde 2009; 148p.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília, 2011a. 55p.

19. Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas MD, Nitrini TM, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saúde Pública* 1999;33(3):273-80.
20. Mello Jorge MHP, Cascão AM, Carvalho-Silva R. Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualidade da informação. São Paulo:CBCD; 2005. (Série Divulgação n° 10).
21. Cardona D, Peláez E, Aidar T, Ribotta B, Alvarez MF. Mortality from external causes in three Latin American cities: Córdoba (Argentina), Campinas (Brazil) and Medellín (Colombia), 1980-2005. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2008;25(2):335-52.
22. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Castex Aly CM, Rabello Neto DL, Porto DL, Oliveira H, et al. Como morrem os brasileiros: Caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009:p 51-78. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, 2011. 1ª Ed. 366p.
23. Melo GB. Qualidade do sistema de informação sobre mortalidade: a questão das causas externas em Pernambuco [Dissertação]. Pernambuco: Insituto de Saúde Coletiva, 2014, 111p.
24. Datasus. Informações de Saúde. Mortalidade. TME p/event.intenção indeterminada por Faixa etária segundo Unidade da Federação, 2011b. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def> (Acesso em 14.05.2015).
25. Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Lira PIC, Szwarcwald CL. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010;26(4):671-81.
26. Martins CBG, Mello Jorge MHP. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos, *Rev. Bras. De epidemiologia* 2013;16(2):454-68.
27. Waiselfisz, J. J. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Flasco, 2015, 83p.
28. Andrade-Barbosa TL, Xavier-Gomes LM, Barbosa VA, Caldeira AP. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(3):711-9.
29. Matos KF, Martins CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Espaço para a Saúde (Online)* 2013;14:82-93.
30. Valença Neto PF, Siqueira BPJ, Nery AA, Casotti CA. Tendência da mortalidade masculina por causas externas. *Rev enferm UFPE on line* 2011;9(5):7877-86.

31. Osório RG. O Sistema Classificatório de “Cor ou Raça” do IBGE. Textos para Discussão IPEA, Brasília: IPEA novembro de 2003; nº.996:53p.
32. Rodrigues LC, Coelho TCB, Santos ABSD, Peixoto MT, Góes, SC. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no preenchimento da declaração de óbito. Rev. baiana saúde pública 2011; 35(4):884-97.
33. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. "A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saúde Pública 2004; 38(5):630-6.
34. Tristão KM., Leite FMC, Schmildt ER, Leite EC, Castro DS, Vilela, APM. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde 2012; 21(2):305-13.
35. Rios PAA, Mota ELA. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(1):131-44.
36. Francisco Filho LL. Análise da relação da criminalidade e baixo nível escolar. Revista Intellectus. 2012; Ano VIII:103-18.
37. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. Rev Bras Enferm. 2013; 66(4):578-84.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília 2002.
39. Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica. Revista Latino Americana de Enfermagem 2007;15:812-9.
40. Sukhai A, Jones AP, Love BS, Haynes R. Temporal variations in road traffic fatalities in South Africa. Accid Anal Prev. 2011; 43(1):421-8.
41. Christodolou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulos A, Bouras G, Gournellis R, Lykouras, L. Suicide and seasonality. Acta psychiatr Scand. 2011;125(2):127-46.
42. Carvalho GS, Albuquerque ES. Avaliação do Preenchimento das Declarações de Óbito por Acidentes de Trânsito, Goiânia, 2002. Rev. Estudos 2008; 35(6):1129-49.
43. Costa JMBDS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. Rev.Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(1): 1267-74.

44. Melo GBT, Alves SV, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em Pernambuco, 2001-2003 e 2011-2013. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(5):855-61.

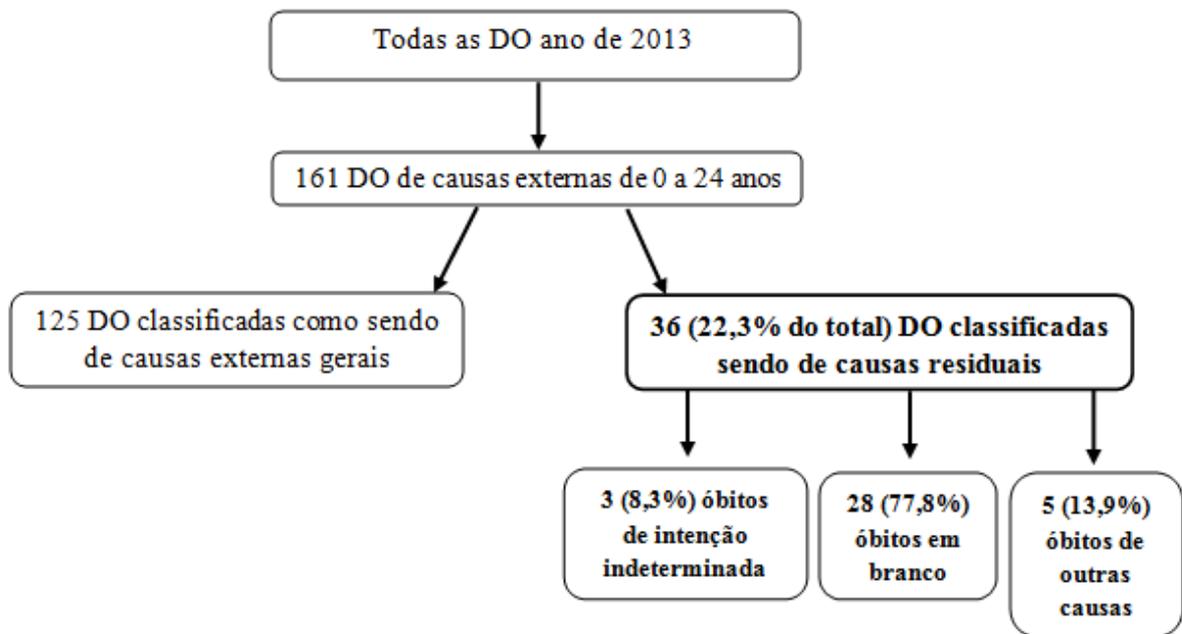


Figura I – Fluxograma da seleção das declarações de óbito por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos. Cuiabá, 2013.

Tabela I - Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo perfil das vítimas. Cuiabá, 2013.

Perfil das vítimas	Óbitos por Causas Residuais							
	Intenção Indeterminada		Em branco		Outras causas externas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero (p= 0,0738)								
Masculino	2	66,7	20	71,4	4	80,0	26	72,2
Feminino	1	33,3	8	28,6	1	20,0	10	27,8
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Raça/Cor/Etnia (p=0,0115)								
Branca	1	33,3	3	10,7	1	20,0	5	13,9
Preta	-	-	3	10,7	2	40,0	5	13,9
Parda	2	66,7	22	78,6	2	40,0	26	72,2
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Escolaridade (p=0,1291)								
Sem escolaridade	1	33,3	7	25,0	2	40,0	10	27,8
Fundamental I	-	-	4	14,3	1	20,0	5	13,9
Fundamental II	1	33,3	8	32,0	2	40,0	11	30,5
Médio	-	-	7	25,0	-	-	7	19,4
Superior incompleto	1	33,3	1	3,6	-	-	2	5,6
Superior completo	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Faixa etária (p=0,0014)								
< 1 ano	-	-	2	7,1	-	-	2	5,5
1 a 4	1	33,3	5	17,9	1	20,0	7	19,4
5 a 9	-	-	3	10,7	2	40,0	5	13,9
10 a 14	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
15 a 19	-	-	8	28,6	2	40,0	10	27,8
20 a 24	2	66,7	9	32,1	-	-	11	30,6
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Procedência (p=0,9427)								
Rio Verde	-	-	-	64,3	1	20,0	1	2,8
Cuiabá	3	100	18	7,1	4	80,0	25	69,4
Poconé	-	-	2	3,6	-	-	2	5,6
Colíder	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
Água Boa	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
São J. dos 4 Marcos	-	-	1	10,7	-	-	1	2,8
Várzea Grande	-	-	3	7,1	-	-	3	8,3
Santo A. Leverger	-	-	2	64,3	-	-	2	5,6
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0

Tabela II - Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo local de ocorrência do óbito, a fonte de informação sobre o evento e a descrição sumária do evento. Cuiabá, 2013.

Perfil do evento	Óbitos por Causas Residuais							
	Intenção Indeterminada		Em branco		Outras causas externas		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Local-do Óbito (p=0,0001)								
Hospital	-	-	18	64,3	3	60,0	21	58,3
Outros serviços	1	33,3	1	3,6	-	-	2	5,6
Domicilio	1	33,3	1	3,6	1	20,0	3	8,3
Via pública	-	-	4	14,3	-	-	4	11,1
Outro local	1	33,3	2	7,1	1	20,0	4	11,1
Sem preenchimento	-	-	2	7,1	-	-	2	5,6
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Fonte de informação do evento (p=0,000)								
Boletim de Ocorrência	1	33,3	-	-	4	80,0	5	13,9
Hospital	-	-	-	-	1	20,0	1	2,8
Família	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	1	33,3	-	-	-	-	1	2,8
Não preenchido	1	33,3	28	100,0	-	-	29	80,5
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Descrição sumária do evento (p=0,0020)								
Sim	1	33,3	6	21,4	2	40,0	9	25,0
Não	2	66,7	22	78,6	3	60,0	27	75,0
TOTAL	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0

4.2.2 Manuscrito 2: Óbitos por causas residuais externas: investigação e reclassificação.

 Revista Brasileira de Epidemiologia

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Brasileira de Epidemiologia

Manuscript ID

RBEPID-2016-0074

Title

Óbitos por causas residuais externas: investigação e reclassificação

Authors

Weis, Margani
de Godoy, Christine

Date Submitted

04-Aug-2016

Óbitos por causas residuais externas: investigação e reclassificação

Deaths from external residual causes: investigation and reclassification

Defunciones por causas residuales externas: investigación y reclasificación

Margani Cadore Weis¹

Christine Baccarat de Godoy²

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Bolsista da CAPES. Endereço: Rua Coronel Neto, 1894, Spazio Charme Goiabeiras, Apto. 1007, Torre A, Cuiabá-MT, CEP 78032-110. E-mail: margani_ufmt@yahoo.com.br

²Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Endereço: Avenida das Palmeiras, 20, Condomínio Rio Jangada, casa 95, Jardim Imperial, Cuiabá-MT, CEP 78075-850. E-mail: christineufmt@gmail.com

Resumo

Introdução: Elucidar a intencionalidade dos óbitos residuais por causas externas permite a reclassificação dos mesmos, porém existem dificuldades na classificação e na investigação desses óbitos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (protocolo 829.672). **Objetivo:** Analisar, entre os óbitos de causas residuais externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, dados da investigação e reclassificação desses óbitos e suas dificuldades. **Metodologia:** Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva, processamento pelo programa Epi Info e análises simples e multivariadas (teste estatístico Qui-Quadrado, $p =$ ou $< 0,05$). **Resultados:** 97,2% dos óbitos residuais foram investigados; a fonte de informação mais buscada foi o laudo do IML (65,7%); o tempo prevalente de investigação foi de 2 a 4 meses (51,4%); e 30 (85,7%) óbitos foram reclassificados. Foram apontadas como dificuldades na investigação: os campos em branco da DO; a demora na liberação e inconclusão do laudo do IML; o difícil acesso ao BO. Para os codificadores, a busca em mais de uma notícia traz fidedignidade para a informação e a reclassificação é dificultada pela inconclusão da investigação. **Conclusão:** Os resultados reforçam a relevância da investigação na elucidação dos óbitos mal definidos, entre as causas externas, bem como a importância da articulação de métodos e instrumentos para capturar, quantitativa e qualitativamente, esses eventos.

Descritores: Causas Externas; Óbitos; Registros de Mortalidade; Investigação; IML.

Abstract

Introduction: To elucidate the intentionality of the residual deaths from external causes allows us to reclassify them, but there are difficulties in the classification and investigation of these deaths. The research was approved by the Ethics Committee (protocol 829,672). **Objectives:** To analyze, among the deaths from external residual causes, in the population aged from 0 to 24 years, in Cuiabá, in 2013, data related to the investigation and reclassification of these deaths and their difficulties. **Methodology:** This is a cross-sectional study with retrospective collection of data, processing through the Epi Info program, and simple and multivariate analyzes (Chi-Square statistical test, $p =$ or < 0.05). **Results:** 97.2% of residual deaths were investigated; the most searched source of more information was the report of MLI (65.7 %); the prevalent investigation time ranged from 2 to 4 months (51.4%); and 30 (85.7%) deaths were reclassified. The following difficulties were

mentioned during the investigation: the blank fields in DC; the delay in releasing the MLI report or its non-fulfillment; the difficult access to PR. According to encoders, the search in more than one story brings reliability to the information, and the reclassification is hampered by the incompleteness of the investigation. **Conclusion:** The results reinforce the importance of the investigation in the elucidation of poorly defined deaths, among the external causes, as well as the importance of coordination of methods and tools to capture, quantitatively and qualitatively, these events.

Descriptors: External Causes; Deaths; Mortality Registries; Investigation; MLI.

Resumen

Introducción: Dilucidar la intencionalidad de las defunciones residuales por causas externas permite su reclasificación, pero hay dificultades en la clasificación e investigación de dichas defunciones. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética (protocolo 829.672).

Objetivos: Analizar, entre las defunciones de causas residuales externas, en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá, en 2013, los datos de investigación y reclasificación de estas defunciones y sus dificultades. **Metodología:** Estudio transversal con recolección retrospectiva de datos, procesamiento a través del programa Epi Info y análisis simples y multivariantes (prueba estadística de Chi-Cuadrado, $p = 0 < 0,05$). **Resultados:** El 97,2% de las defunciones residuales fueron investigados; la fuente de información más buscada fue el informe del IML (65,7%); el tiempo prevalente de investigación fue de 2 a 4 meses (51,4%); y 30 (85,7%) defunciones fueron reclasificadas. Se identificaron las siguientes dificultades en la investigación: los campos del CD en blanco; el retraso en la liberación o la incompletitud del informe del IML; el difícil acceso al RP. Para los codificadores, la búsqueda en más de una noticia trae fiabilidad a la información, y la reclasificación se ve obstaculizada por la incompletitud de la investigación. **Conclusión:** Los resultados refuerzan la pertinencia de la investigación en la dilucidación de las defunciones mal definidas, entre las causas externas, así como la importancia de la articulación de métodos y herramientas para capturar, cuantitativa y cualitativamente, estos eventos.

Descriptor: Causas Externas; Defunciones; Registros de Mortalidad; Investigación; IML.

Introdução

Os óbitos residuais por causas externas são eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão autoinfligida (suicídio) ou de uma agressão (homicídio) e se encontram dentro do grupo de causas externas gerais, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID10¹, constituídos pelos eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), somados, neste estudo, aos óbitos de outras causas externas (W00-X59), em que não se tem determinado o tipo de causa externa, e aos “em branco”, que resultam do não preenchimento do tipo de óbito no campo 48 do bloco VII da Declaração de óbito (DO)²⁻⁵. Podem ser denominados, ainda, de diagnósticos incompletos⁶ ou “códigos lixo”⁷ e resultam da baixa qualidade da informação na DO, prejudicando a análise do panorama epidemiológico das causas externas, as quais se apresentam como a principal causa de morte entre os jovens brasileiros^{8,9}.

De um modo geral, as causas externas causam forte impacto na mortalidade da população brasileira, sendo responsáveis por 73,2% das mortes entre os jovens (população de 15 a 24 anos), além de ser a principal causa de morte em crianças a partir de um ano de idade^{10,11}. Nos casos de morte decorrentes de violência ou acidente, os corpos devem ser encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML), pois a causa física do óbito precisa ser determinada pelo médico legista, sendo ele o responsável pelo preenchimento da DO¹². Em locais onde não há legista, cabe à Secretaria Municipal de Saúde solicitar à autoridade judicial competente a nomeação de um médico perito, e onde não há médico, a DO deverá ser preenchida em Cartório, baseada em Boletim de Ocorrência (BO) fornecido pela Polícia¹². Em termos de fluxo, a DO emitida pelo IML é encaminhada ao Cartório de Registro Civil onde, após o registro pertinente, é recolhida em geral pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pela Gerência de nascimentos e óbitos (GEVINO).

Apesar do preenchimento da DO em casos de óbitos por causa externa ser de responsabilidade exclusiva do médico legista, muitas vezes, o mesmo tem acesso apenas ao cadáver e com frequência desconhece as circunstâncias do acidente ou violência, não as descrevendo, pois para isso seria necessário informações complementares que são, na maioria das vezes, descritas em outras fontes, como BO, relato de familiares ou notícias de jornal/internet, o que demanda o trabalho de investigação em busca dessas informações complementares¹³. Dessa forma, quando o laudo do IML não consegue explicitar a

intencionalidade do óbito (o que caracteriza os óbitos residuais de causas externas), torna-se necessário um processo de investigação por parte do serviço de saúde, que é essencial, uma vez que o percentual de óbitos nessa categoria em relação ao total de óbitos por causas externas é um indicador de qualidade das informações, ou seja, quanto maior o número de óbitos por lesão sobre a qual se ignora se foi acidental ou intencional, pior a qualidade das informações¹⁴.

No Brasil, segundo avaliações internacionais, houve elevada proporção de óbitos por causas inespecíficas no período de 1974-2000, sendo classificado como possuidor de uma “média” qualidade do seu sistema de informações sobre óbitos¹⁵⁻¹⁶. Esse panorama, que ainda persiste, indica que o país pode não ter conhecimento das reais causas de óbito da população, comprometendo a fidedignidade das estatísticas dos dados de mortalidade¹⁷.

Nesse sentido, faz-se necessária a realização da busca de informações complementares, por meio da investigação dos eventos, serviço desenvolvido com as Secretarias de Saúde, para que esses eventos mal definidos na DO emitida pelo IML sejam investigados, com o objetivo de identificar a intencionalidade do evento e, assim, reduzir a proporção desses óbitos residuais¹⁸.

Em Mato Grosso, esse serviço está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES), com as atribuições de codificar e classificar a causa básica de acordo com o CID-10; revisar o preenchimento e a consistência dos dados da DO; digitar, consolidar e analisar dados, esclarecendo a causa básica do óbito¹⁹. Em Cuiabá (capital de Mato Grosso), essas atribuições ficam sob a responsabilidade da SMS, no âmbito da Vigilância de Óbitos (VO), dentro da GEVINO, cabendo a esta revisar todas as DO coletadas e realizar busca dos dados faltantes e/ou inconsistentes por meio de pesquisa no serviço emitente, delegacias ou aos familiares, verificando a existência de duplicidade do documento. No caso das causas residuais, cabe à GEVINO realizar a investigação de todos os óbitos com causas indeterminadas ou que a causa básica não esteja bem esclarecida (outras causas externas), mesmo após necropsia do IML¹⁹.

Há que se esclarecer que o processo de reclassificação se inicia com a seleção de um código que se aproxime com as condições do óbito descrito na DO para esta ser incluída no SIM. Depois de realizada a investigação com conclusão da causa de morte, este código sofre alteração se for encontrada outra causa básica de morte ou é mantido se a investigação for inconclusiva. Se a investigação revelar outra causa de óbito, diferente da preenchida na DO,

esta nova causa será usada apenas no SIM, ficando diferente da causa constante na DO, pois a causa na DO não sofre alteração. Portanto, a reclassificação do evento será apenas para fins epidemiológicos, lançada no SIM, pois não é da governabilidade da vigilância de óbitos proceder à alteração na DO, pois esse documento é unicamente de preenchimento médico. Assim sendo, os dados primários e secundários serão diferentes.

Elucidar a intencionalidade desses eventos por meio da investigação permite a reclassificação dos mesmos e o real conhecimento epidemiológico dessas causas, já que conhecer o início do processo desencadeador do óbito é desvendar o ponto de intervenção por excelência em busca da redução desses óbitos²⁰.

Porém, a literatura aponta dificuldades na determinação da causa de morte e na investigação desses óbitos, que vão desde o preenchimento da DO até a investigação para esclarecimento da intencionalidade. Algumas dessas dificuldades são: as precárias condições de trabalho nos IML com falta de instrumentos adequados ou substâncias necessárias para realizar os exames necroscópico e toxicológico, acarretando na demora da liberação do laudo e, muitas vezes, na inconclusão do mesmo; o longo percurso para elucidação desse óbito, desde a delegacia, passando pelo IML para laudo e preenchimento da DO²¹; a necessidade de buscar informações complementares e de realizar visita no domicílio para entrevista com a família, o que demanda tempo e gastos, tornando o processo oneroso e de difícil execução⁹; número insuficiente de codificadores para os serviços de investigação e busca de informação complementares; falta de treinamento dos codificadores para a digitalização dos dados de mortalidade, entre outras dificuldades²².

Dessa forma, considerando a importância dos dados de mortalidade por causas externas, a proporção dos óbitos residuais que demandam investigação para elucidação da intencionalidade e a relevância da reclassificação desses óbitos a fim de refletir um fidedigno panorama epidemiológico, o presente estudo pretendeu averiguar a investigação dos óbitos de causas residuais externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, examinando a reclassificação dos mesmos após a investigação, além de verificar o relato dos codificadores sobre as dificuldades na realização da investigação e reclassificação. Assim, o estudo pretendeu contribuir para a discussão da investigação dos óbitos residuais, já que poucas pesquisas foram realizadas com esse escopo em Cuiabá e Mato Grosso.

Métodos

Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva, com a população de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) falecidos em decorrência de causas externas, no município de Cuiabá, Mato Grosso, durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013, e que tiveram sua morte registrada por meio da DO, sendo esta a fonte de coleta de dados. Utilizou-se também, como fonte de informação, o relato dos codificadores dos óbitos (3 funcionários) da GEVINO da SMS, responsáveis pela investigação e codificação dos óbitos residuais de causas externas, os quais aceitaram participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo, assim, o sigilo de identidade.

O ano de 2013 foi escolhido para que fossem realizadas as etapas de esclarecimentos dos óbitos (investigação e reclassificação). A coleta de dados foi realizada na GEVINO da SMS de Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015 (etapa 1) e em janeiro de 2016 (etapa 2).

O instrumento utilizado para a coleta de dados nas DO foi um formulário fechado com questões acerca da investigação, elaborado com base na DO, seus campos e blocos de preenchimento, além dos formulários de investigação de óbitos: Ficha de investigação de óbito do Ministério da Saúde (IF4), Ficha de investigação de óbito por causa mal definida do Ministério da Saúde (10CMD), Ficha de investigação de óbito e Ficha de investigação de óbito de causa mal definida (essas duas últimas desenvolvidas pela SMS de Cuiabá).

Para a coleta de dados, buscaram-se primeiramente todas as declarações de óbitos do ano de 2013, na faixa etária de 0 a 24 anos, cujos óbitos ocorreram no município de Cuiabá - MT para, assim, selecionar as classificadas como sendo de causas externas, totalizando 161 DO. Tornou-se necessária esta primeira etapa, pois as DO não são separadas por categorias de causa de morte. Entre as 161 DO, foram selecionadas para o presente estudo as de óbitos residuais, sendo elas: as de Óbitos de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID-10); Outras causas externas (W00-X59); e os “Em branco” (sem preenchimento da causa de morte na DO - campo 48, bloco VII), totalizando 36 óbitos por causas externas residuais.

As variáveis estudadas foram em relação à investigação (se foi realizada ou não, fonte de informação utilizada para a investigação, tempo para a conclusão da investigação); em relação à reclassificação dos óbitos após investigação (se houve mudança da categoria do óbito com novo código da CID-10); e em relação ao relato dos codificadores (dificuldades na investigação e na reclassificação dos óbitos residuais, bem como quanto à confiabilidade da fonte de informação utilizada para a investigação). Os dados foram trabalhados

eletronicamente pelo programa Epi Info - versão 6.04d17 e analisados utilizando-se medidas de ocorrência e de significância estatística (considerando *p value* menor que 0,05).

A pesquisa recebeu autorização da Secretária Municipal de Saúde (SMS) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, atendendo à Resolução 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sob o parecer 829.672 de 2014.

Resultados

Os óbitos residuais de causas externas (36) representaram 22,3% do total de óbitos por causa externa, ocorridos na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013.

Dos óbitos residuais de causas externas (36), 3 foram de intenção indeterminada (8,3%), 28 em branco (77,8%) e 5 classificados como de outra causa externa (13,9%) (Figura 1).

Sofreram investigação 35 óbitos (97,2%), sendo estes: 3 (8,6%) de intenção indeterminada, 27 (77,1%) em branco e 5 (14,3%) de outras causas externas. O único óbito não investigado pertencia aos categorizados como em branco ($p=0,0006$), ou seja, não havia informação nenhuma que servisse como ponto de partida para a investigação. Esse óbito representa 2,8% do total de causas residuais e por não ter sofrido investigação permaneceu na categoria dos óbitos residuais (Figura 1).

Após a realização da investigação, 30 óbitos de causa residuais (85,7%) foram reclassificados da seguinte forma: 1 óbito de intenção indeterminada (3,3%) foi reclassificado como sendo acidental; 25 óbitos em branco (83,3%) passaram para 17 acidentais; 4 homicídios; 4 indeterminados (mesmo após investigação e mudança da causa de óbito, a nova causa figura dentro da categoria dos óbitos residuais); e, por fim, 4 óbitos de outras causas externas (13,4%) foram reclassificados como sendo acidentais. E mesmo com a realização da investigação, 5 óbitos (14,3%) não foram reclassificados, permanecendo com a mesma causa, ou seja, na categoria de residuais (Figura 1).

Dentre os eventos residuais reclassificados, o maior incremento da nova causa de óbito foi na categoria acidentais, com 22 óbitos (73,3%), sendo eles 6 (27,3%) decorrentes de acidentes de trânsito, 5 (22,8%) devido a quedas, 3 (13,6%) de afogamentos, 3 (13,6%) inalação de fumaça, 2 (9,1%) devido a impacto de objetos, 2 (9,1%) inalação de conteúdo gástrico e 1 (4,5%) por obstrução do trato respiratório.

Dos 36 óbitos residuais, 10 (27,6%) deles se mantiveram nessa mesma categoria, sem esclarecimento de qual causa externa levou ao óbito. Desses 10 óbitos que permaneceram como residuais, 6 (60%) foram de intenção indeterminada (2 originalmente de intenção indeterminada que assim permaneceram e 4 que resultaram da reclassificação dos em branco). Outros 3 eram originalmente em branco (em que 1 não foi investigado e 2 sofreram investigação, porém não foram reclassificados) e 1 óbito era classificado inicialmente como de outras causas externas e assim permaneceu, mesmo após investigado (Figura 2).

A fonte de investigação dos óbitos mais buscada foi o laudo do IML (65,7%), seguido por notícias veiculadas na *internet* (14,3%) (Tabela 1), com significância estatística entre a fonte de investigação utilizada e a categoria do óbito residual ($p=0,0000$), em que as notícias de jornal/internet e prontuários foram mais utilizados entre os óbitos em que a causa da morte não foi preenchida (em branco). Em todos os casos, a fonte de informação da investigação foi declarada.

O tempo prevalente de investigação (Tabela 1) foi de 2 a 4 meses (51,4%) e o valor de p sugere possível associação entre o tempo de investigação e o tipo de causa residual ($p=0,0019$), em que o menor tempo de investigação (um mês) ocorreu entre os óbitos de intenção indeterminada e em branco (100,0% e 51,9%, respectivamente).

Quanto à fonte de informação utilizada para a investigação dos óbitos residuais, o relato dos codificadores evidenciou como dificuldades: os campos em branco da DO, o que muitas vezes impossibilita a codificação correta da causa básica, sendo o principal motivo para investigação dos óbitos; em seguida, a demora na liberação do laudo do IML também foi relatada, já que por meio dele é elucidada a causa da morte, informação que ajuda na busca da correta codificação da causa básica. O laudo inconclusivo também foi referido como sendo uma das dificuldades, pois apesar de sofrer investigação pelo IML não há conclusão do motivo que levou ao óbito, fato que pode explicar a parcela de eventos que, mesmo investigados, se mantém como de intenção indeterminada.

O difícil acesso ao BO também foi citado como dificuldade na investigação e vale ressaltar que, apesar de conter elementos relevantes, este não é utilizado pelos codificadores, pois não existe um sistema integrado que permita aos funcionários o acesso às informações contidas no BO. Para tanto, era necessário que um deles se deslocasse a cada delegacia responsável pela localidade na qual ocorreu o óbito e copilasse as informações, uma vez que não era disponibilizada a cópia do documento. Motivo que foi crucial para não se utilizar mais

essa fonte de informação, já que onerava gastos com transporte, tempo útil e recursos humanos, além de colocar os investigadores em situações vulneráveis em meio às ocorrências cotidianas de uma delegacia, com grande periculosidade.

Quanto ao uso frequente das notícias de jornal e internet, que constituem a segunda fonte mais buscada nas investigações, indagou-se sobre a confiabilidade das mesmas e os codificadores citaram que buscam informação em mais de um jornal para haver a comparação da notícia e, assim, garantir a fidedignidade da informação.

Quanto às dificuldades vivenciadas na reclassificação dos óbitos por causas residuais após a investigação, os codificadores responderam que a inconclusão da investigação é a principal dificuldade na reclassificação, pois mantém o óbito sem classificação adequada, ou seja, como residuais.

Discussão

O estudo apresenta alta proporção de óbitos residuais investigados, quase a totalidade destes, condizendo com o que é preconizado pela Resolução CES nº 21/ 2000 (doe 17/08/00-lei complementar nº 22, de 09/11/92, art. 6º do manual do SIM/MT)¹⁹ de que todo óbito por causas externa cuja codificação, na DO original, esteja entre Y10 e Y34 ou que a causa básica não esteja bem esclarecida (outras causas externas-X59) (Capítulo XX da CID-10)¹, após necropsia do IML, necessita de investigação para elucidação da sua intencionalidade. O valor de p sugere que exista associação entre o tipo de causa externa residual e a realização da investigação. Visto que o único óbito não investigado pertence à categoria cuja causa estava “em branco”, é possível supor que a falta de dados, tais como a descrição sumária do evento ou a própria fonte de informação, tenha impossibilitado a investigação, pois essas informações são indispensáveis para nortear esse processo. Aliado a isso, ainda existem os casos de vítimas indigentes, que por não haver uma história consistente e relato de familiares, esses eventos demandariam a realização de perícias técnicas rigorosas, investigações de testemunhas, além de necropsia minuciosa, o que nem sempre é realizado pelas instituições responsáveis³.

O fato de o laudo do IML ser a fonte de informação mais buscada pode-se relacionar à obrigatoriedade do preenchimento da DO, nos casos de mortes violentas, ser feita por um médico legista¹², o que torna o laudo do IML o documento mais acessível e frequente para tentar esclarecer a intencionalidade da morte. A significância estatística indicada pelo valor de

p mostra que a fonte de investigação se modifica de acordo com a causa residual de óbito, o que pode ser explicado pelo fato de os óbitos em branco apresentarem pouca informação preenchida na DO, o que exige a busca de mais de uma fonte de informação complementar.

Quanto ao tempo médio de investigação, este se relaciona com a busca de dados nas fontes de informações, sendo que, no caso do laudo do IML (o mais utilizado), não há regra que possibilite preestabelecer um tempo certo de liberação do laudo, visto que este depende da realização dos exames necessários²³. Em virtude disso, uma funcionária da equipe da GEVINO foi alocada no IML para auxiliar na liberação das informações referentes a esse local.

Pesquisas trazem a necessidade de se aliar dados do laudo do IML com os do BO para que haja aprimoramento das informações, pois, geralmente, os médicos legistas declaram somente a natureza da lesão, e não as circunstâncias dos eventos^{5,24}. Assim sendo, quanto mais acesso a informações, menor será o tempo em que esse óbito ficará sendo investigado. Com a municipalização da saúde pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a seleção, codificação da causa básica e, por fim, a investigação dos óbitos passaram a ser feitas a nível municipal, garantindo liberdade para a seleção das fontes de investigação dos óbitos²⁵⁻²⁶. Não houve como comparar o tempo médio de investigação dos óbitos por causas residuais externas, pois não foram encontrados estudos desenvolvidos com esse enfoque. A significância estatística indica que o tempo de investigação se modifica de acordo com o tipo de óbito residual, o que pode ser explicado pelo fato de os óbitos “em branco” demandarem a busca de informações complementares, o que pode acarretar em mais tempo de investigação.

A investigação do óbito por causa externa residual busca aperfeiçoar a qualidade da informação e deve ser utilizada enquanto existirem imperfeições no preenchimento da DO com o intuito de fornecer dados mais completos e corretos. Para tanto, é preciso investir na formação dos profissionais, considerando a importância epidemiológica da DO; além de estimular, nos serviços, o melhor preenchimento das variáveis que apresentam maior porcentagem de erros, insistindo com os legistas que as circunstâncias do acidente e violência venham a ser sempre colocadas na DO, pois isso representaria, certamente, economia apreciável, visto que praticamente eliminaria visitas ao IML com o objetivo de conhecer, no maior detalhamento possível, a real causa básica da morte⁹.

Todavia, torna-se fundamental resgatar a importância da DO, já que a melhora da qualidade de seu preenchimento está relacionada à qualidade de todo o Sistema de Informação

de Mortalidade (SIM). Nesse contexto, estudo sugere a capacitação dos profissionais responsáveis pelos registros, dos codificadores das causas básicas do SIM, bem como a melhoria do compartilhamento das informações dos eventos pelos órgãos envolvidos, o que facilitaria a investigação desses óbitos⁶, pois quando esses dados são inconsistentes, a confiabilidade das informações torna-se prejudicada e, conseqüentemente, falsos diagnósticos sobre a situação de saúde são construídos²⁷. Nesse sentido, a OMS tem incentivado a qualificação do registro de dados nas DO, proporcionando capacitações sobre a CID. No Brasil, o Ministério da Saúde, via secretarias estaduais e municipais de saúde, e o Conselho Federal de Medicina têm investido na capacitação permanente de médicos neste aspecto²⁸.

Quanto à reclassificação dos óbitos por causas externas residuais após a investigação, a proporção verificada de óbitos reclassificados no que tange à causa básica coincide com trabalho realizado no Distrito Federal em 2003, que buscou esclarecer a causa básica dos óbitos por causas externas por meio da investigação, definindo uma nova causa básica de óbito para 95,7% do total de DO investigadas, o que evidencia a alta proporção de resgate de informação, bem como a importância da investigação²⁰. O impacto maior, neste estudo, foi na reclassificação para a categoria de acidentais, concordando com os resultados encontrados por outros estudos^{3,26}.

Esses resultados estão relacionados com a intenção do Ministério da Saúde em buscar a qualificação das informações de mortalidade, agregando esforços para possibilitar o esclarecimento das causas mal definidas de óbitos visando à redução da sua proporção. Neste esforço, desde 2005 foram investigados no país 132.056 óbitos por essas causas, notificados de 2006 a 2010, sendo que 64,2% destes foram reclassificados em um grupo definido de causas de morte e incluídos nas estatísticas oficiais, dos dados públicos disponibilizados *online*¹⁷. As principais ações que contribuíram para esse avanço foram: desenvolvimento de instrumentos de investigação de óbitos (fichas de investigação e de entrevista por meio de autópsia verbal com a família da vítima) e de aplicativos para subsidiar e monitorar os municípios no processo de investigação dos óbitos mal definidos; realização de relacionamento de registros do SIM com outros sistemas de informação; estabelecimento de metas de investigação; monitoramento continuado dos resultados das investigações e do indicador “percentual de óbitos por causas mal definidas” em cada Unidade da Federação; e divulgação ampla de um novo manual de instruções para o preenchimento da DO, considerando que sua emissão é parte integrante da assistência médica^{17,29}.

Nesse sentido, destaca-se o papel da Vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Gerência de nascimentos e óbitos (GEVINO), que atua no conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida visando à proposição de medidas de prevenção e controle, incorporando a informação para a adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis através de ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) de todos os óbitos, em busca de melhorar a qualidade das informações existentes (inclusive sobre a causa da morte)³⁰.

Entretanto, apesar dos esforços para avançar na elucidação desses óbitos, na presente casuística ainda houve evento em que não foi possível esclarecer as circunstâncias e, conseqüentemente, definir a causa externa que levou à morte, permanecendo como de intenção indeterminada, o que evidencia dificuldades na investigação. Nesse aspecto, o relato dos codificadores corrobora com o que a literatura aponta.

Quanto aos “campos em branco na DO” que dificultam a investigação, é preciso lembrar que esta situação não deveria ocorrer, já que o manual de preenchimento DO orienta a não deixar campos em branco: “Deve ainda ser evitado deixar campos em branco, assinalando a opção “Ignorado” quando não se conhecer a informação solicitada ou um traço (-) quando não se aplicar ao item correspondente ou na impossibilidade de serem obtidas as informações” p. 15⁴.

Um estudo realizado em Pernambuco que comparou o preenchimento das variáveis da DO, entre 2000-2002 e 2008-2010, evidenciou crescimento de campos em branco de algumas variáveis, especialmente ‘circunstância’ e ‘assistência médica’ (143,2% e 40,2%, respectivamente)³¹. Considerando que esses campos trazem informações essenciais para a determinação da intencionalidade do evento e classificação correta do óbito, destaca-se que, apesar dos esforços do governo em melhorar a qualidade da informação de óbitos, ainda há um grande caminho a ser percorrido, pois os campos em branco na DO podem mascarar ou distorcer informações importantes sobre mortalidade, comprometendo o conhecimento da magnitude dos óbitos por essa causa, prejudicando o planejamento de ações destinadas a seu monitoramento e prevenção^{3,32}.

Quanto à demora na liberação do laudo pelo IML, apontada pelos codificadores como fator que dificulta a investigação, é preciso destacar que não há regra que possibilite preestabelecer um período certo de duração desses exames²³. Já no que permeia a inconclusão do laudo, há que se ressaltar que este fato não permite esclarecer o caso e impossibilita a

classificação do óbito na correta causa de morte. Há, ainda, que se ressaltar os casos em que a investigação mostra uma causa de morte diferente da que foi assinalada no ato do preenchimento da DO, mas que mesmo sendo desvendado o real motivo da morte por meio da investigação, isso não possibilita a remarcação (ou modificação da causa) no documento. Autores⁹ apontam que a investigação tem uma função médico-epidemiológica, com a finalidade de qualificação da informação ou vigilância do óbito, sendo importante salientar que alterações quanto à causa da morte são realizadas apenas quanto aos seus aspectos estatísticos e epidemiológicos, não havendo qualquer modificação do ponto de vista jurídico no documento passado pelo médico ou no seu registro em Cartório⁹.

Outra questão levantada pelos codificadores foi a dificuldade no acesso ao BO, fato que prejudica a apreensão de informações fundamentais, pois a Polícia Civil dispõe de dados que permitem esclarecer melhor a causa básica de cada morte²⁰. Entretanto, o fluxo da informação passa por processos que prejudicam o alcance desse objetivo. Consequentemente, devido ao difícil acesso, a GEVINO, em uso de sua autonomia, optou por não usar dados do BO, buscando informações complementares ao laudo do IML em notícias vinculadas em jornais impressos e meio digital. Nesse sentido, estudo³ destaca que um dos principais fatores que contribuem para aumentar o número de óbitos por causa externa de intenção indeterminada é a não utilização de todas as fontes de informações disponíveis para o preenchimento da DO.

Para suprir essa lacuna, as notícias veiculadas por meio da imprensa escrita e online (no site dos jornais) são utilizadas, desde a década de 1990, pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão e hoje usadas em larga escala pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro⁹, assim como na SMS de Cuiabá. Nessa perspectiva, autores³³ ressaltam que as notícias de jornal qualificam as informações do SIM em caso de não concordância entre as causas de óbito, pois nelas há melhor especificação sobre a circunstância do óbito. Além disso, o elevado número de notícias de jornais sobre acidentes e violências valoriza essa fonte de informação, porém torna-se necessário avaliar a qualidade e a fidedignidade das notícias veiculadas na imprensa escrita.

Por fim, a dificuldade acerca da reclassificação permeia a mesma questão da inconclusão da investigação, o que impossibilita a seleção correta do código referente à causa básica. Desse modo, a baixa qualidade dos dados da DO e a investigação insatisfatória influenciam diretamente na precisão do codificador, que não consegue saber o contexto geral

do evento e, assim, selecionar a causa correta do óbito no SIM, prejudicando a fidedignidade dos dados²⁰.

Tendo em vista que a DO constitui o instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para a coleta de dados de mortalidade no Brasil pelo SIM, é preciso refletir sobre o aprimoramento de seu preenchimento, com os consequentes reflexos sobre a consistência das informações sobre mortalidade no país, destacando-se os ganhos quanto ao detalhamento da causa e à produção de novas informações para a consequente modificação do quadro epidemiológico retratado pelo SIM. Há que se destacar que sem a investigação dos óbitos, essas informações não seriam registradas e, portanto, não seriam incorporadas às estatísticas oficiais de mortalidade²⁰. É necessário, também, estimular a disseminação de serviços de verificação de óbitos com respaldo legal a fim de permitir a realização de autópsia sempre que a causa de óbito for desconhecida. Além disso, é preciso revisar normas e condutas no preenchimento do atestado de óbito para estimular os médicos a procurarem mais informações sobre os processos que levam ao óbito³⁴.

Em síntese, reduzir o número de causas externas residuais nas DO contribui diretamente para o esclarecimento das reais causas de óbito, condição imprescindível para se conhecer o perfil de mortalidade das causas externas, identificar grupos mais vulneráveis e locais com mais risco para a ocorrência desse evento e, ainda, ter subsídios para orientar políticas de prevenção de acidentes e violências no país³⁵. Para tanto, faz-se necessário que todos os profissionais destinados ao registro de dados na DO e no SIM, seja no preenchimento, processamento ou gerenciamento dos dados de óbitos, compreendam sua responsabilidade como parte integrante e essencial de um sistema nacional de informações em saúde, bem como a importância de qualificá-lo com seu trabalho, inclusive como um instrumento de cidadania³¹. Tais medidas poderiam reduzir o investimento nas investigações, as quais se apresentam como essenciais diante do panorama atual das causas mal definidas.

Conclusão

O estudo analisou, entre os óbitos de causas residuais externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, no ano de 2013, como está sendo realizada a investigação e as dificuldades que permeiam esse processo, que findam na reclassificação desses eventos.

Conclui-se que 97,2% desses óbitos foram investigados, nos quais a fonte de informação mais buscada foi o laudo do IML (65,7%), sendo que em todos os casos a fonte de

informação da investigação foi declarada. O tempo prevalente de investigação foi de 2 a 4 meses (51,4%). Após a realização da investigação, 30 (85,7%) óbitos de causa residuais foram reclassificados. Foram apontadas como dificuldades na investigação: os campos em branco da DO; a demora na liberação do laudo do IML e inconclusão do mesmo; e o difícil acesso ao BO. A busca em mais de um jornal para haver a comparação da notícia foi citada pelos codificadores como fator associado à fidedignidade da informação. Quanto às dificuldades na reclassificação dos óbitos por causas residuais, a inconclusão da investigação é a principal dificuldade, o que mantém esses óbitos sem classificação.

Os resultados reforçam a relevância da investigação na elucidação dos óbitos mal definidos, entre as causas externas, bem como a importância da articulação de métodos e instrumentos para capturar, quantitativa e qualitativamente, o evento óbito por causa externa, o que perpassa pela qualificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do documento, bem como o aprimoramento das ações de vigilância dos óbitos através da busca ativa de informações em várias fontes. Ressalta-se, ainda, a relevância de estreitamento entre Vigilância de óbitos/SMS e Polícia Civil, condição primordial para a melhoria dos registros das causas externas e, conseqüentemente, para avaliações adequadas que culminem na construção de políticas públicas específicas.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem as causas externas residuais sob diferentes aspectos, considerando a importância dessas causas para o panorama epidemiológico do país.

Por fim, a melhora na classificação dos óbitos por causas externas e a conseqüente redução das mortes por causas residuais dependem de uma melhor qualidade da informação dos óbitos, que perpassa pela articulação de todos os setores e sujeitos responsáveis pelo preenchimento da DO e divulgação dos óbitos. Como sugestão, aponta-se a criação de um comitê de investigação de óbitos residuais, assim como já existem os de mortalidade materna e infantil.

Referências

1. Organização Mundial Da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima reunião (CID 10). São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Genebra, 2000.
2. Njaine K, Reis AC. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005, p.313-39.

3. Drummond JR M, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(3):273-80.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília, 2011, p.55.
5. Borges CCS. Análise da recuperação das informações sobre causas em óbitos por causas mal definidas e diagnósticos incompletos investigados no município de Niterói, RJ, de junho a setembro de 2008 [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.
6. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. *Rev. bras. Epidemiol*, 2002; 5(2):212-23.
7. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul. Health Metrics*, 2010;8(9). Disponível em: << <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2873308/> >> (Acesso em: 05/11/2015).
8. Melo GB. Qualidade do sistema de informação sobre mortalidade: a questão das causas externas em Pernambuco [Dissertação de mestrado]. Pernambuco: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, 2014.
9. Mello Jorge MHP, Laurenti R., Nubila HBV. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Rev. bras. Epidemiol*, 2010;13(4): 561-76.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de Segurança e Direitos Humanos: Enfocando a Primeira infância, Infância e Adolescência. 1a. ed., 2014.
11. Waiselfiz, J. J.. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil. Rio de Janeiro: Cebela. 2013, 83p.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Taniguchi M, Bourrol MLM, Shibao K, Nascimento IEC, Pereira EC, Panachão MRI, Lira MMTA. Aprimoramento das informações de mortalidade por acidentes de trânsito (transporte) no Município de São Paulo: coletando informações de outras fontes, de dados. In: Ministério da Saúde. Anais da 8ª EXPOEPI. Brasília, 2008.
14. Mello Jorge MHP, Cascão AM, Carvalho-Silva R. Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualidade da informação. São Paulo: CBCD; 2005. (Série Divulgação n° 10).
15. Organização Pan-Americana de Saúde. Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª edição. Brasília. Organização Pan-americana de saúde. 2008.
16. Matheus CD, Fat DM., Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* 2005; 83(3):171-7.
17. Franca EB; Cunha CC, Vasconcelos AMN, Escalante JJC, et al. Avaliação da implantação do programa "Redução do percentual de óbitos por causas mal definidas" em um estado do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2014;17(1):119-34.
18. Matos KF, Martins CBG. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(1):43-53.

19. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Manual do Sistema de Informações sobre Mortalidade: Mato Grosso, Cuiabá, 2001.
20. Oliveira MLC, Souza LAC. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, 2007;16(4):245-50.
21. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: Minayo MCS, Deslandes S.F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-73.
22. Laurenti R., Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, 2009;12(2):195-203.
23. Distrito Federal. Manual de rotinas instituto de medicina legal Leonídio Rribeiro. Polícia Civil do Distrito Federal, 2014. Disponível em: << <http://www.tjdft.jus.br/institucional/corregedoria/MANUALDEROTINASIML.pdf> >> (Acessado em: 01.12.2015).
24. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):1225-34.
25. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(5):349-56.
26. Mello Jorge MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Rev. Saúde Pública*,1990; 24(3):217-23.
27. Costa JMBDS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Rev.Ciênc. saúde coletiva*, 2011;16(Supl.1):1267-74.
28. Fajardo S, Aerts DRGC, Bassanesi SL. Acurácia da equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade na seleção da causa básica do óbito em capital no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10): 2218-28.
29. Mendes, ACG, Lima MM, De Sá DA, Oliveira LCS, Maia LTS, et al. Uso da metodologia de relacionamento de bases de dados para qualificação da informação sobre mortalidade infantil nos municípios de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , 2012;12(3):243-9.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde [online]. Disponível em: << <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/> >> (Acessado em: 05.05.2015).
31. Melo GBT, Valongueiro S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília,2015;24(4):651-60.
32. Lozada EMK, Mathias TAF, Andrade SM, Aidar T. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(1):223-8.
33. Villela LCM, Rezende EM, Drumond EF, Ishitani LH, Carvalho GML. Utilização da imprensa escrita na qualificação das causas externas de morte. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):730-6.
34. Teixeira CLS, Klein CH, Bloch KV, Coeli CM.. Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006;22(6): 1315-24.

35. Maia BT, Veloso GGV, Gonçalves E. Perfil epidemiológico dos óbitos por causas externas no norte de Minas Gerais. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, 2014;18(190). Disponível em:<< <http://www.efdeportes.com/efd190/perfil-epidemiologico-dos-obitos-por-causas-externas.htm> >>. Acesso: 05/09/15.

Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos por causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo dados sobre a investigação. Cuiabá, 2013.

Table 1 - Distribution of deaths from residual causes, among the declarations of death from external causes, population 0-24 years, according to data on the investigation. Cuiabá, 2013.

Dados sobre a Investigação	Óbitos por Causas Externas Residuais							
	Intenção Indeterminada		Em branco		Outras causas externas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Investigação realizada (p=0,0006)								
Sim	3	100,0	27	96,4	5	100,0	35	97,2
Não	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
TOTAL (n=36)	3	100,0	28	100,0	5	100,0	36	100,0
Fonte de investigação (p=0,0000)								
Laudo do IML	2	66,7	16	59,3	5	100,0	23	65,7
Jornal	-	-	3	11,1	-	-	3	8,6
Internet	1	33,3	4	14,8	-	-	5	14,3
Prontuário	-	-	3	11,1	-	-	3	8,6
Ficha MSOI	-	-	1	3,7	-	-	1	2,8
Fonte não informada	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL (n=35)	3	100,0	27	100,0	5	100,0	35	100,0
Tempo prevalente de investigação (p=0,0019)								
1 mês	3	100,0	14	51,9	-	-	17	48,6
2 a 4 meses	-	-	13	48,1	5	100,0	18	51,4
5 a 7 meses	-	-	-	-	-	-	-	-
Mais de 10 meses	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL (n=35)	3	100,0	27	100,0	5	100,0	35	100,0

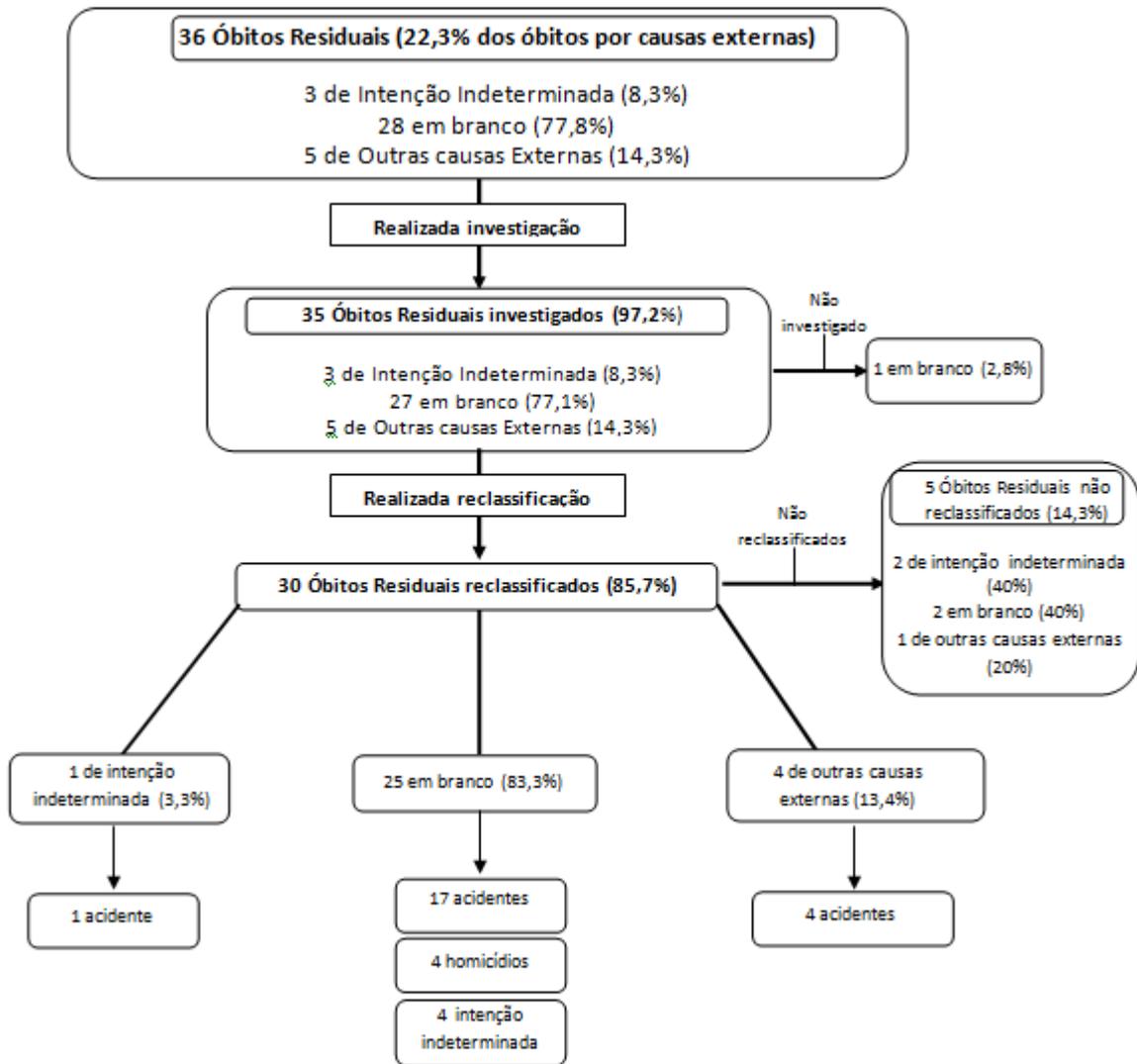


Figura 1 - Distribuição dos óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo reclassificação após investigação. Cuiabá, 2013.

Figure 1 - Distribution of waste causes deaths among the declarations of death from external causes, population 0-24 years, according reclassification after investigation. Cuiabá, 2013.

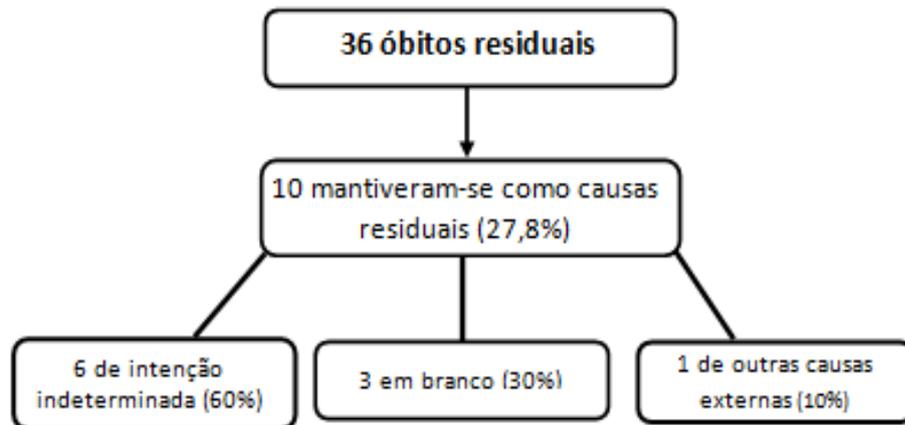


Figura 2 - Distribuição dos óbitos de causas residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, sem esclarecimento da causa externa de óbito. Cuiabá, 2013.

Figure 2 - Distribution of residual causes deaths among the declarations of death from external causes, population 0-24 years, without clarifying the external cause of death. Cuiabá, 2013.

5. CONCLUSÕES

Os resultados permitiram as seguintes conclusões:

Dos 161 óbitos por causas externas, na população de 0 a 24 anos, em Cuiabá, em 2013, os óbitos residuais somaram 36 (22,3% do total de óbitos), sendo 3 de intenção indeterminada (8,3%), 28 em branco (77,8%) e 5 classificados como de outra causa externa (13,9%).

- **Quanto ao perfil das vítimas de causas residuais externas:**
 - Houve predomínio do gênero masculino (72,2%), da raça/cor/etnia parda (72,2%), com ensino fundamental II completo (6º a 9º anos) (30,5%), na faixa etária de 20 a 24 anos (30,6%), residentes em Cuiabá (69,4%).

- **Quanto ao perfil do evento de causas residuais externas:**
 - Os óbitos ocorreram mais no mês de novembro (22,2%) e no hospital (58,3%).
 - Em 80,5% das DO, a fonte de informação não foi preenchida, assim como a descrição sumária do evento (75,0%).

- **Quanto aos dados da investigação dos óbitos por causas residuais externas:**
 - Sofreram investigação 35 óbitos (97,2%), sendo estes: 3 (8,6%) de intenção indeterminada, 27 (77,1%) em branco e 5 (14,3%) de outras causas externas.
 - 1 (um) óbito não foi investigado e pertencia aos categorizados como em branco.
 - A fonte de informação mais buscada foi o laudo do IML (65,7%).
 - O tempo prevalente de investigação foi de 2 a 4 meses (51,4%).

- **Quanto à reclassificação dos óbitos por causas externas residuais após investigação:**
 - 30 (85,7%) óbitos foram reclassificados.
 - 1 óbito de intenção indeterminada (3,3%) foi reclassificado como sendo acidental.

- 25 óbitos em branco (83,3%) passaram para: 17 acidentais; 4 homicídios; 4 indeterminados.

- 4 óbitos de outras causas externas (13,4%) foram reclassificados como sendo acidentais.

- 5 óbitos (14,3%) não foram reclassificados, permanecendo com a mesma causa, ou seja, na categoria de residuais.

- Dos 36 óbitos residuais, 10 (27,6%) deles se mantiveram nessa categoria, sem esclarecimento de qual causa externa levou ao óbito.

• **Quanto à dificuldade dos codificadores na investigação e reclassificação dos óbitos por causas externas residuais:**

- Foram apontadas como dificuldades na investigação: os campos em branco da DO; a demora na liberação e inconclusão do laudo do IML; o difícil acesso ao BO.

- Para os codificadores, a busca em mais de uma notícia traz fidedignidade para a informação.

- Para os codificadores, a reclassificação é dificultada pela inconclusão da investigação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAS

O estudo objetivou analisar os óbitos por causas residuais externas, na população de 0 a 24, em Cuiabá, no ano de 2013, buscando conhecer o perfil das vítimas e dos eventos, bem como verificar dados da investigação e a reclassificação desses óbitos, como também as dificuldades que permeiam esses processos.

A pesquisa se mostra pioneira no estado, no sentido de evidenciar as lacunas existentes nas informações de mortalidade por causas externas, incluindo desde o preenchimento da DO, passando por problemas na identificação da causa básica de morte, aliado a dificuldades para se buscar dados que auxiliem na elucidação da causa, por meio da investigação. Ressalta-se que a não determinação da causa culmina em óbitos sem condições de serem classificados de acordo com os preceitos da CID-10, o que distorce o real conhecimento epidemiológico dessas causas.

O perfil das vítimas e dos eventos encontrados nesta casuística corrobora com os demais referentes às causas externas gerais, incide com maior frequência nos homens jovens, da raça/cor/etnia parda, com poucos anos de estudo, e considerando-se, ainda, que proporção de causas residuais no montante de causas externas mascara as reais causas de morte dessa população, o que demonstra a relevância da investigação para a elucidação desses eventos.

Ao se analisar a parcela de 36 óbitos dentro do montante geral das mortes por causas externas pode parecer inexpressivo, porém ao verificarmos que eles somam 22,3%, ou seja, aproximadamente $\frac{1}{4}$ do total, vislumbra-se a importância que apresentam. Ganham mais relevância ao observar que, mesmo após todas as etapas de busca de informações complementares, 10 óbitos residuais (27,8%) permaneceram sem esclarecimento da causa externa de óbito, sendo que esse valor, dentro do total de 161 óbitos por causas externas de 0 a 24 anos, equivale a 6,2%, ou seja, um resultado maior do que o encontrado para as mesmas causas no Brasil.

Assim sendo, nota-se a eficiência da vigilância epidemiológica devido ao fato de conseguir esclarecer a maior parte das mortes por causas residuais, fato apontado pela grande proporção de reclassificação dos mesmos e o incremento, principalmente na categoria de óbitos acidentais. Porém, ainda existem lacunas que dificultam o trabalho da equipe da GEVINO, o que por fim acaba por mascarar uma parcela importante das reais causas de mortes, dentro das causas externas, implicando no desconhecimento de vítimas e das

consequências desses eventos, além de atrapalhar na mensuração da efetividade das políticas públicas existentes voltadas para esse público e na formulação de novas que poderiam abarcar mais necessidades.

A melhora desse cenário demanda planejamento, desde políticas específicas para a população vulnerável, perpassando por recrutamento e treinamento de recursos humanos voltados para o desenvolvimento dessas investigações e, sem dúvidas, a otimização da qualificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do documento, bem como o aprimoramento das ações de vigilância dos óbitos.

Para tanto, sugere-se a criação de políticas de enfrentamento dessas lacunas, que poderiam ser espelhadas nas já existentes sobre causas mal definidas, e a implantação de comitês de investigação de óbitos residuais, assim como já existem os de mortalidade materna e infantil.

Ressalta-se, ainda, que a equipe não faz uso do BO, documento de extrema relevância, pois traz muitas informações acerca das circunstâncias do evento. Para tanto, seria necessário o estreitamento entre Vigilância de óbitos/SMS e Polícia Civil, condição primordial para a melhoria dos registros das causas externas e, conseqüentemente, para avaliações adequadas que culminem na construção de políticas públicas específicas. Especificamente, para os casos nos quais a investigação não consegue sanar as lacunas, indica-se o uso da autópsia verbal, para qualificar de fato essas informações.

Aliado a isso, torna-se imprescindível refletir sobre como está sendo feita a instrução dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da DO, já que é este o principal fator que desencadeia a dificuldade na classificação. Porém, é necessário desvendar de que modo toda a informação de mortalidade transita até ser sintetizada na DO. Talvez com a instituição de um cadastro único, no qual as informações estejam disponíveis e não se percam no caminho, o óbito poderá ser melhor qualificado, pois o profissional que preenche precisará de outras informações para qualificar o evento.

Por fim, conhecer as causas de morte não tange apenas à construção de perfis epidemiológicos, transcorre na ideia de que se todo cidadão tem direito à vida pela promulgação da constituição de 88. Estes também merecem o respeito às suas memórias e com a certeza do que os levou à morte, buscando assim acalantar a família e sociedade.

Como limitação, ressalta-se a existência de poucos estudos que buscam conhecer o perfil de eventos de causas externas residuais e as dificuldades na busca de informações

complementares, o que indica a necessidade de pesquisas que abordem esse tema a fim de vislumbrar quem são, do que morrem e quais informações permeiam esses eventos de causas externas residuais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. M. R. et al . Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2013.
- ANDRADE-BARBOSA, T. L. de et al . Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 711-719, Mar. 2013.
- ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Rev.Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n.4, dez. 2012.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L. ; PEREIRA, J. C. R. "A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001.**Rev Saúde Pública**, v.38, n.5, p. 630-6,2004.
- BORGES, C. C. S. **Análise da recuperação das informações sobre causas em óbitos por causas mal definidas e diagnósticos incompletos investigados no município de Niterói, RJ, de junho a setembro de 2008**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 737, de Maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília. 2002a.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal n° 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: 2.ed.**Brasília: Editora do Ministério da Saúde,64 p, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**, 2005b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf.>> Acessado abril de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**, Brasília, DF, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília, p. 372, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.641, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito: documento necessário e importante.** Brasília:Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.3. ed., 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito.** Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011.** Brasília, DF, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de juventude. Homicídios e juventude no Brasil. **Mapa da violência 2013.** Editora do Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM **Consolidação da base de dados de 2011.** Brasília, 2013c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Segurança e Direitos Humanos: Enfocando a Primeira infância, Infância e Adolescência.** 1a. ed., 2014.
- CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H.; OLIVEIRA, L. P.; OLIVEIRA, R. C. Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. **Rev.Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. p. 100-107, 2011.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1163-1178, 2007.
- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. Mortalidade proporcional segundo grupo de causas, 2013a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 03.05.16.
- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. Óbitos por causas externas por faixa etária segundo capital, 2013b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>>. Acesso em 03.05.16.

- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. Taxa de mortalidade específica por causas externas, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>> Acesso em 14.05.2015.
- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. Taxa de mortalidade específica por causas externas por sexo segundo faixa etária, 2011b. Disponível em [http: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def) Acesso em 14.05.2015.
- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. TME p/event.intenção indeterminada por Faixa etária segundo Unidade da Federação, 2011c. Disponível em [http: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def) Acesso em 14.05.2015.
- DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde. Mortalidade. TME p/demais causas externas por Faixa etária segundo Região e Unidade da Federação por Faixa etária: 0 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 2011d. Disponível em [http: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def) Acesso em 03.05.2016.
- DRUMOND JR, M.; MARGARIDA, M.T.A; LIRA, M.F.; TANIA, M.V.; NITRINE, K.S. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.3, 1999.
- DUARTE, E. C.; DUARTE, E.; SOUSA, M. C.; TAUIL, P. L.; MONTEIRO, R. A. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. **Rev.Epidemiol Serv Saúde**; v.17, n.1, p.7-20, 2008.
- IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos**. Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 195-203, 2009.

- LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. saúde pública**, v.25 n.10, p.2095-2109, out. 2009.
- LIMA, R. H. S.; AMORIM, R. T.; MARTINS, V. A.; RODRIGUES, L. S.; FERNANDES, R.; BATISTA, L. Mortalidade por causas externas no estado do maranhão, Brasil: tendências de 2001 a 2010. **Rev Pesq Saúde**, v.14, n.2, p: 96-100, maio-agost, 2013.
- LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, p.189-201, 2003.
- LOPES, J. L. et. al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm**, v. 22(2), p. 136-41, 2009.
- MACENTE LB, ZANDONADE E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **J Bras Psiquiatr**. V.59, n.3, p.173-81, 2010.
- MALTA, D. C. CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev.Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006 .
- MARTINS, C. B G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm**, maio-jun, v.6, n.59, supl.3, p. 344-8, 2006.
- MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paul Enferm**. V.20, N.4, P.464-9, 2007.
- MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Rev. Ciênc Saúde Coletiva**; v.15, (Supl 2), p.3167-3, 2010.
- MARTINS, C. B G. Acidentes e violência na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jul-ago; v. 66, n.4, p.578-84, 2013.
- MARTINS, C. B. G., MELLO JORGE, M. H. P, Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiabá, Brazil, Sao Paulo **Med J.**; v.131(4), p.228-37, 2013a.

- MARTINS, C. B. G., MELLO JORGE, M. H. P. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos, **Rev. Bras. De epidemiologia**, v.16, n.2, p. 454-68, 2013b.
- MASCARENHAS, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências, p.203-223. In: MINISTERIO DA SAUDE - Saúde Brasil 2010a: **Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.**
- MASCARENHAS, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. P 225-249. In: MINISTERIO DA SAUDE - Saúde Brasil 2010b: **Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.**
- MATHERS, C.D., MA FAT. D., INOUE, M., RAO. C., LOPEZ, A.D. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bulletin of the World Health Organization, v.83, n.3, p. 171-9, Mar, 2005.
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde (SES). Manual do Sistema de Informações sobre Mortalidade: Mato Grosso, Cuiabá, 2001.
- MATOS, S. G.; PROIETTI, F. A; BARATA, R.C. B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-84 , fev. 2007.
- MATOS, A. M., CARVALHO, R C.; COSTA, M. C. O.; GOMES, K. E. P. S.; SANTOS, L. M.. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.2, Jun., 2010.
- MATOS, K. F. de; MARTINS, C. B. de G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Rev Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, mar. 2012 .
- MATOS, K. F., MARTINS, C. B. G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 14, n. 1 e 2 , p. 82-93, dez. 2013
- MELLO JORGE, M. H. P. de. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 217-223, Jun 1990.

- MELLO JORGE MHP, GOTLIEB SLD, LAURENTI R. O Sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.2, p.197-211, 2002.
- MELLO-JORGE, M. H. P., CASCÃO, A. M.; CARVALHO-SILVA, R. **Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualidade da informação**. São Paulo: CBCD, 2005.
- MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V.. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 561-576, 2010.
- MELLO JORGE, M. H. P., CASCÃO, A. M., REIS, A. C., LAURENTI, R. Linkage de óbitos: um recorte sobre causas externas em idosos. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n.3, p.407-418, jul-set, 2012.
- MELO, C. M. de; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M.. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, Maio 2013.
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 5, p. 1641-1649, Dec. 2009.
- MIRANDA, M. **Classificação de raça, cor e etnia: conceitos, terminologia e métodos utilizados nas ciências da saúde no Brasil, no período de 2000 à 2009**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- MORAIS NETO, O. L. de; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1638, Dez. 2009.
- MORAIS NETO, O. L.; MONTENEGRO, M. M.; MONTEIRO, R. A.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. B.; SILVA M. M. A.; LIMA, C. M.; MIRANDA, L. O. M.; MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2223-2236, 2012.

- MUNANGA, K. A identidade negra no contexto da globalização. IN: **Ethnos Brasil**, Ano I – nº 1, p.11-20, março de 2002.
- NAGHAVI, M.; MAKELA, S.; FOREMAN, K.; O'BRIEN, J.; POURMALEK, F.; LOZANO, R.; Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. **Population Health Metrics**, v.8, n.9, 2010.
- NJAINE, K.; REIS, A.C. Qualidade da Informação sobre acidentes e violências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, p.313-333, 2005.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima reunião (CID 10)**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 2000.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.
- PAES, N.A. Avaliação da cobertura dos registros de óbitos dos Estados brasileiros em 2000. **Rev. de Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 882-90. 2005
- PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. R.. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, Out. 2007.
- PHEBO, L; MOURA, ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.81, n.5, p.189- 196, 2005.
- ROCHA NETA, A. P.; MACIEL, S. M.; LOPES, M. L. H.; SARDINHA, A. H. DE L.; CUNHA, C. L. F. Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças menores de dez anos, **rev. s a n a r e**, sobral, v.13, n.1, p. 41-47, jan./jun, 2014.
- SANTOS, H. G.; ANDRADE, S. M; SILVAI, A. M. R.; CARVALHO, W. O MESAS, A. E.; GONZÁLEZ, A. D. Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 313-322, jun. 2014.
- SILVA, J. A. C; YAMAKI, V. N; OLIVEIRA, J. P. S; TEIXEIRA, R. K. C; SANTOS, F. A. F.; HOSOUME, V. S. N. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Rev assoc med bras.**, v.59, n.4, p.335–340, 2013.

- SIMOES, E. M. S.; REICHENHEIM, M. E.. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 521-531, Jun 2001.
- SINITOX. SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. **Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 2013.** Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela12_2013.pdf>
Acessado em 03/05/2016
- SOUZA, E.R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. In: Minayo MCS, Deslandes S.F. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 255-73, 2002.
- SZPILMAN, D. **Afogamento-Perfil epidemiológico no Brasil em 2012.** Publicado on-line em < <http://www.sobrasa.org/?p=15534>> Outubro, 2014. (Acesso em 02/09/2015)
- UNICEF, **A transição dos cuidados na infância**, Innocenti Report Card n.º 8, 2008.
- VALENÇA NETO, P. F.; SIQUEIRA, B. P. J.; NERY A. A.; CASOTTI, C. A. Tendência da mortalidade masculina por causas externas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9, n. 5, p.7877-86, maio., 2015.
- VENDRUSCOLO, T.S.; FERRIANI, M. das G.C.; SILVA, M.A.I. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica. **Revista LatinoAmericana de enfermagem**, v. 15, set./out. 2007.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on child injury prevention.** Geneva, 2008.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts.** Geneva, 2010.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de coleta de dados



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - FACULDADE DE ENFERMAGEM - MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013. CADASTRO PRÓPEQ 210/2015

SUBPROJETO 1: MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CUIABÁ-MT: ANÁLISE DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.

Data da coleta: ____/____/____ Número da DO: _____

Mestranda responsável pelo preenchimento: () Anayana () Margani

I - Perfil do Óbito

1. Causa do óbito: () Classificada como causa externa () Não classificada como causa externa, porém foi causa externa
2. Classificação da causa externa: () Acidente () Suicídio () Homicídio () Indeterminado () Em branco
3. Identificação da causa externa registrada na DO: () Sim () Não
4. Classificação da causa acidental: () V01-V99 Acidentes de transporte () W00-W19 Quedas () W20-W49 Exposição à forças mecânicas inanimadas () W50-W64 Exposição à forças mecânicas animadas () W65-W74 Afogamento e submersão acidentais () W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração () W85-W99 Exposição à corrente elétrica, radiação e a temperatura e pressão extremas do ar ambiental () X00-X09 Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas () X10-X19 Contato com uma fonte de calor e substâncias quentes () X20-X29 Contato com animais e plantas venenosos () X30-X39 Exposição às forças da natureza () X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental e exposição a substâncias nocivas () X50-X57 Excesso de esforços, viagens e privações () X58-X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados () Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica () Y85-Y89 Sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade () Y90-Y98 Fatores relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificadas em outra parte
5. Classificação da causa intencional: () X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente () X85-Y09 Agressões () Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra
6. Evento cuja intenção é indeterminada - Y10-Y34: () Sim () Não
7. Acidente de trabalho () Sim () Não () Ignorado () Em branco
8. Fonte de informação no caso de causa externa: () Boletim de ocorrência () Hospital () Família () IGN () Outra () Em branco
9. Se outra fonte de informação, qual? _____
10. Descrição sumária do evento, incluindo o tipo e local de ocorrência 10a. Preenchido () Sim () Não
- 10b. _____
11. Local de ocorrência do óbito: () Hospital () Outro serviço saúde () Domicílio () Via Pública () IGN () Outro
12. Se outro local de ocorrência, qual? _____
13. Nome da vítima: _____
14. Idade da vítima: _____
15. Idade em faixa etária: () <1 () 1-4 () 5-9 () 10-14 () 15-19 () 20-24 () IGN () Em branco
16. Sexo: () M () F
17. Escolaridade (anos de estudo): () Sem escolaridade () Fundamental I - 1ª a 4ª série () Fundamental II - 5ª a 8ª () Médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado () Em branco
18. Raça/cor/etnia: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () IGN () Em branco
19. Município de residência da vítima: _____
20. Data do óbito: ____/____/____
21. Mês do óbito: () jan () fev () mar () abr () mai () jun () jul () ago () set () out () nov () dez () IGN () Em branco
22. Data da inclusão da DO no SIM: ____/____/____

II – Análise por campo individual da DO

Bloco I - Identificação

23. 1 – Tipo de óbito 23a. Preenchido: () Sim () Não 23b. IGN() Sim () Não 23c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
24. 2 – Data do óbito 24a. Preenchido: () Sim () Não 24b. IGN() Sim () Não 24c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
25. 3 – Cartão SUS 25a. Preenchido: () Sim () Não 25b. IGN() Sim () Não 25c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
26. 4 – Naturalidade 26a. Preenchido: () Sim () Não 26b. IGN() Sim () Não 26c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
27. 5 – Nome do falecido 27a. Preenchido: () Sim () Não 27b. IGN() Sim () Não 27c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
28. 6 – Nome do pai 28a. Preenchido: () Sim () Não 28b. IGN() Sim () Não 28c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
29. 7 – Nome da mãe 29a. Preenchido: () Sim () Não 29b. IGN() Sim () Não 29c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
30. 8 – Data de nascimento 30a. Preenchido: () Sim () Não 30b. IGN() Sim () Não 30c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
31. 9 – Idade 31a. Preenchido: () Sim () Não 31b. IGN() Sim () Não 31c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
32. 10 – Sexo 32a. Preenchido: () Sim () Não 32b. IGN() Sim () Não 32c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
33. 11 – Raça/Cor/Etnia 33a. Preenchido: () Sim () Não 33b. IGN() Sim () Não 33c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

34. 12 – Situação conjugal 34a. Preenchido: () Sim () Não 34b. IGN() Sim () Não 34c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 35. 13 – Escolaridade 35a. Preenchido: () Sim () Não 35b. IGN() Sim () Não 35c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 36. 14 – Ocupação Habitual 36a. Preenchido: () Sim () Não 36b. IGN() Sim () Não 36c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco II – Residência

37. 15 – Logradouro 37a. Preenchido: () Sim () Não 37b. IGN() Sim () Não 37c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 38. 16 – CEP 38a. Preenchido: () Sim () Não 38b. IGN() Sim () Não 38c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 39. 17 – Bairro/Distrito 39a. Preenchido: () Sim () Não 39b. IGN() Sim () Não 39c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 40. 18 – Município de residência 40a. Preenchido: () Sim () Não 40b. IGN() Sim () Não 40c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 41. 19 – UF 41a. Preenchido: () Sim () Não 41b. IGN() Sim () Não 41c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco III - Ocorrência

42. 20 – Local de ocorrência do óbito 42a. Preenchido: () Sim () Não 42b. IGN() Sim () Não 42c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 43. 21 – Estabelecimento 43a. Preenchido: () Sim () Não 43b. IGN() Sim () Não 43c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 44. 22 – Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento de saúde ou da residência (rua, praça, avenida, etc) 44a. Preenchido: () Sim () Não 44b. IGN() Sim () Não 44c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 45. 23 – CEP 45a. Preenchido: () Sim () Não 45b. IGN() Sim () Não 45c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 46. 24 – Bairro/Distrito 46a. Preenchido: () Sim () Não 46b. IGN() Sim () Não 46c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 47. 25 – Município de ocorrência 47a. Preenchido: () Sim () Não 47b. IGN() Sim () Não 47c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 48. 26 – UF 48a. Preenchido: () Sim () Não 48b. IGN() Sim () Não 48c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco IV – Fetal ou menor que 1 ano – Informações sobre a mãe

49. Não se aplica (óbito não fetal ou maior de 1 ano) () Sim () Não
 50. 27 – Idade 50a. Preenchido: () Sim () Não 50b. IGN() Sim () Não 50c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 51. 28 – Escolaridade 51a. Preenchido: () Sim () Não 51b. IGN() Sim () Não 51c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 52. 29 – Ocupação habitual 52a. Preenchido: () Sim () Não 52b. IGN() Sim () Não 52c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 53. 30 – Número de filhos tidos 53a. Preenchido: () Sim () Não 53b. IGN() Sim () Não 53c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 54. 31 – Número de semanas de gestação 54a. Preenchido: () Sim () Não 54b. IGN() Sim () Não 54c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 55. 32 – Tipo de gravidez 55a. Preenchido: () Sim () Não 55b. IGN() Sim () Não 55c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 56. 33 – Tipo de parto 56a. Preenchido: () Sim () Não 56b. IGN() Sim () Não 56c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 57. 34 – Morte em relação ao parto 57a. Preenchido: () Sim () Não 57b. IGN() Sim () Não 57c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 58. 35 – Peso ao nascer 58a. Preenchido: () Sim () Não 58b. IGN() Sim () Não 58c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 59. 36 – N^o da Declaração de Nascido Vivo 59a. Preenchido: () Sim () Não 59b. IGN() Sim () Não 59c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco V – Condições e causas do óbito

60. 37 – Óbito de mulher em idade fértil 60a. Óbito enquadrado na categoria () Sim () Não 60b. Preenchido: () Sim () Não 60c. IGN() Sim () Não 60d. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 61. 38 – Assistência médica 61a. Preenchido: () Sim () Não 61b. IGN() Sim () Não 61c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 62. 39 – Diagnóstico confirmado por necropsia 62a. Preenchido: () Sim () Não 62b. IGN() Sim () Não 62c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 63. 40 – Causas da morte 63a. Preenchido: () Sim () Não 63b. IGN() Sim () Não 63c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 64. Linha a: _____
 65. Linha b: _____
 66. Linha c: _____
 67. Linha d: _____

68. Causas da morte – Parte II 68a. Preenchido: () Sim () Não 68b. IGN() Sim () Não 68c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco VI - Médico

69. 41 – Nome do médico 69a. Preenchido: () Sim () Não 69b. IGN() Sim () Não 69c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 70. 42 – CRM 70a. Preenchido: () Sim () Não 70b. IGN() Sim () Não 70c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 71. 43 – Óbito atestado por médico 71a. Preenchido: () Sim () Não 71b. IGN() Sim () Não 71c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 72. 44 – Município e UF do SVO ou IML 72a. Preenchido: () Sim () Não 72b. IGN() Sim () Não 72c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 73. 45 – Meio de contato 73a. Preenchido: () Sim () Não 73b. IGN() Sim () Não 73c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 74. 46 – Data do atestado 74a. Preenchido: () Sim () Não 74b. IGN() Sim () Não 74c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 75. 47 – Assinatura 75a. Preenchido: () Sim () Não 75b. IGN() Sim () Não 75c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

Bloco VII – Causas externas

76. 48 – Tipo de causa externa 76a. Preenchido: () Sim () Não 76b. IGN() Sim () Não 76c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 77. 49 – Acidente de trabalho 77a. Preenchido: () Sim () Não 77b. IGN() Sim () Não 77c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 78. 50 – Fonte da informação 78a. Preenchido: () Sim () Não 78b. IGN() Sim () Não 78c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 79. 51 – Descrição sumária do evento, incluindo o tipo e local de ocorrência 79a. Preenchido: () Sim () Não 79b. IGN() Sim () Não 79c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica
 80. 52 – Logradouro da ocorrência – se foi em via pública 80a. Preenchido: () Sim () Não 80b. IGN() Sim () Não 80c. Legível: () Sim () Não () Não se aplica

III – Análise por blocos

81. Os blocos apresentam validade (geram as informações necessárias)?

81a. Bloco I – () Sim () Não 81b. Bloco II – () Sim () Não 81c. Bloco III – () Sim () Não 81d. Bloco IV – () Sim () Não 81e. Bloco V – () Sim () Não 81f. Bloco VI – () Sim () Não 81g. Bloco VII – () Sim () Não

82. Campos que não apresentam validade: _____

IV – Análise entre os blocos

83. Há preenchimento com letras diferentes entre os blocos? () Sim () Não

84a. Há inconsistência entre blocos? () Sim () Não Se sim, entre quais?

84b. () I e II () I e III () I e IV () I e V () I e VI () I e VII () I e VIII () I e IX () II e III () II e IV () II e V () II e VI () II e VII () II e VIII () II e IX () III e IV () III e V () III e VI () III e VII () III e VIII () III e IX () IV e V () IV e VI () IV e VII () IV e VIII () IV e IX () V e VI () V e VII () V e VIII () V e IX () VI e VII () VI e VIII () VI e IX () VII e VIII () VII e IX () VIII e IX

V – Análise da DO de maneira geral

85. A intencionalidade foi ignorada neste óbito? () Sim () Não () Não se sabe

86. A classificação de intencionalidade foi consistente com a história do óbito? () Sim () Não () Não se sabe

87. Comentários: _____

VI – Investigação

88. Óbito sofreu investigação: () Sim () Não

89. Data de início da investigação: ____/____/____

90. Data de conclusão da investigação: ____/____/____

91. Ainda em investigação: () Sim () Não

92. Tempo decorrido do início à conclusão da investigação: () 1 mês () De 2 a 4 meses () De 5 a 7 meses () De 8 a 10 meses () Mais de 10 meses

93. Tipo de investigação: () IML () Jornal () Internet

94. Fonte da investigação disponível: () Sim () Não

95. Se a investigação for pelo IML:

95a. Investigador responsável identificado: () Sim () Não

96. Se a investigação for por jornal:

96a. Data da notícia: ____/____/____

96b. Fonte: _____

96c. Investigador responsável identificado: () Sim () Não

97. Se a investigação for por internet:

97a. Data da notícia: _____

97b. Fonte: _____

97c. Investigador responsável identificado: () Sim () Não

98. O óbito sofre reclassificação: () Sim () Não Se sim:

98a. de Intenção Indeterminada para () Acidente () Suicídio () Homicídio

98b. de Em branco para () Acidente () Suicídio () Homicídio () Indeterminado

98c. Causa básica do óbito após reclassificação: _____

Apêndice II - TCLE



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013. SUBPROJETO 2: ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSA EXTERNA EM CUIABÁ-MT, 2013: CAUSAS RESIDUAIS.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSA EXTERNA EM CUIABÁ-MT, 2013: CAUSAS RESIDUAIS. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. Em caso de dúvida você pode procurar a coordenadora dessa pesquisa, a Profa. Pós Dra. Christine Baccarat de Godoy no telefone (65) 8100-9626, que se encontra no endereço Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367, Bairro Boa Esperança - Cuiabá/MT. O objetivo desta etapa do estudo é verificar como está sendo realizada a investigação dos óbitos por causas externas de intenção indeterminada; em branco; e outras causas externas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, respondendo a questões objetivas acerca das dificuldades existentes na investigação e reclassificação dos óbitos por causas externas. A entrevista será feita no local de escolha do participante, na Vigilância de óbitos da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, o qual foi previamente combinado.

Não há riscos relacionados com sua participação na pesquisa, pois sua participação é anônima e você poderá desistir a qualquer momento. Os benefícios para você, enquanto participante da pesquisa, se darão na medida em que, com as suas respostas, será possível tornar mais visíveis as dificuldades existentes para a classificação correta dos óbitos por causas residuais externas, em Cuiabá, possibilitando assim a diminuição dessas lacunas e melhora no conhecimento das reais causas de morte da população de 0 a 24 anos.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo garantido o completo anonimato e a confidencialidade, e que ninguém, além dos pesquisadores, terão acesso ao seu nome como participante desta pesquisa. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Meu nome é MARGANI CADORE WEIS, enfermeira e aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Nível Mestrado da Universidade Federal de Mato Grosso, meu telefone de contato é (65) 9203-0166 e e-mail margani_ufmt@yahoo.com.br. Posso ser localizada na Universidade Federal de Mato Grosso, na Faculdade de Enfermagem (FAEN).

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Eu (nome do participante)....., idade:.....
sexo:.....Naturalidade:.....portador(a) do documento RG Nº:.....declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador principal:

Testemunha*

* Testemunha só é exigido caso o participante não possa por algum motivo, assinar o termo.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

Apêndice III - Termo de Compromisso



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - FACULDADE DE ENFERMAGEM -
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013. CADASTRO PRÓPEQ 210/2015

SUBPROJETO 1: MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CUIABÁ-MT: ANÁLISE DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.

Nós, **Christine Baccarat de Godoy**, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, e **Margani Cadore Weis**, mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UMFT), desenvolvendo a pesquisa “**ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013.**”, **SUBPROJETO 2: “ANÁLISE DAS MORTES POR CAUSA EXTERNA EM CUIABÁ-MT, 2013: CAUSAS RESIDUAIS.**”, vimos garantir, na divulgação dos resultados, o anonimato de todos os sujeitos pesquisados, o tratamento global das informações e que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

Cuiabá, 02 de setembro de 2015.

Christine Baccarat de Godoy
Docente do Departamento de Enfermagem - Área saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Enfermagem – FAEN
e-mail: christineufmt@gmail.com

Margani Cadore Weis
Mestranda em Enfermagem da UFMT
e-mail: margani_ufmt@yahoo.com.br

ANEXOS

Anexo I – Declaração de óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde FUNA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito: <input type="checkbox"/> Data do óbito: _____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> Município de origem	<input type="checkbox"/> Naturalidade	
	<input type="checkbox"/> Local: _____ <input type="checkbox"/> Data local: _____	Município de origem: _____	
II Residência	Endereço da residência: _____		
	<input type="checkbox"/> Número do imóvel: _____	<input type="checkbox"/> Bairro: _____	<input type="checkbox"/> Município: _____
	<input type="checkbox"/> Estado: _____	<input type="checkbox"/> País: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____
III Local de ocorrência do óbito	<input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> Quilombo: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde: _____	<input type="checkbox"/> Tipo: _____
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito: _____	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____
IV Idade ao morrer que é sexo	INFORMAÇÃO EXCLUSIVA PARA ÓBITOS DE FETOS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÃO SOBRE O (A) MÃE (S)		
	<input type="checkbox"/> Estado: _____ <input type="checkbox"/> Nacionalidade: _____ <input type="checkbox"/> Situação: _____	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual: _____	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002: _____
V Condições e causas do óbito	CAUSAS DA MORTE		
	PARTE I Doença ou estado agudo que conduziu diretamente à morte		
VI Médico	Município de origem: _____		
	<input type="checkbox"/> Estado: _____	<input type="checkbox"/> País: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____
VII Causas externas	PROVAVEL CIRCUNSTÂNCIA DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter preliminar epidemiológico)		
	<input type="checkbox"/> Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Acidente: _____ <input type="checkbox"/> Homicídio: _____ <input type="checkbox"/> Suicídio: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____
VIII Causas	Município de ocorrência: _____		
	<input type="checkbox"/> Estado: _____	<input type="checkbox"/> País: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____
IX Local de sepultamento	Município de sepultamento: _____		
	<input type="checkbox"/> Estado: _____	<input type="checkbox"/> País: _____	<input type="checkbox"/> CEP: _____

Anexo II – Ficha de investigação de óbito do Ministério da Saúde (IF4)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

IF4

Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia

Nº do Caso
L L L L

1	Nome da Criança				ou Óbito fetal	L
2	Nome do mãe					
3	Sexo	Masculino	Feminino	Ignorado		
4	Nº da Declaração de Óbito				5	Data do óbito
		L	L	L	L	L
6	Número do Laudo de Necropsia				6	Data de emissão do Laudo
		L	L	L	L	L
		Órgão Emissor do Laudo			Município	
7	Município de ocorrência do óbito				UF	L
8	Causas da morte, que constam no Laudo de Necropsia	_____ _____ _____ _____				
9	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde	_____ _____ _____ _____				
10	Exame macroscópico – transcrever os principais achados	_____ _____ _____ _____				
11	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados	_____ _____ _____ _____				
12	Data da conduta	L	L	L	L	L
13	Responsável pela investigação	Nome			Carimbo e rubrica	
		_____			_____	

Anexo III – Ficha de investigação de óbito por causa mal definida do Ministério da Saúde (10CMD)

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde		IOCMD
Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida		Nº do Caso _____
Município _____ UF _____		
INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO		
1 Nº da Declaração de Óbito	2 Causa Básica	_____
3 Nome da(s) falecido(s)	_____	
4 Nome da mãe	_____	
5 Data de nascimento	6 Data do óbito	_____
Assinar após a Declaração de Óbito. Se necessário, completar os dados faltantes somente após a DD durante a investigação.		
INVESTIGAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA		
7 Nome da Unidade Básica (USF)	8 Nº do Promúrio	_____
9 A pessoa falecida morou quanto tempo nesta residência?	_____	
10 A pessoa falecida era cadastrada nesta USF?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11 Quais as patologias que motivaram os atendimentos?	_____	
12 Qual a data da última consulta?	_____	
13 Qual o motivo da última consulta?	_____	
INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNATÓRIA		
14 Nome do Estab. de Saúde	15 Nº do Promúrio	_____
16 Data da internação	17 Data da alta	_____
18 Estado do paciente à hospitalização	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Sem vida	
19 Motivo da alta	<input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Saída por solicitação da família <input type="checkbox"/> Evacuo <input type="checkbox"/> Óbito	
20 Atendimento pré-hospitalar	_____	
21 Hipótese diagnóstica da alta	_____	
22 Resultados dos exames relevantes para identificar a causa do óbito	_____	
23 Procedimentos realizados durante a internação	_____	
24 Causa de óbito registrada no promúrio	_____	

INVESTIGAÇÃO DA CAUSA DA MORTE EM OUTROS LOCAIS	
25 Assinale uma ou mais alternativas, se houver:	
<input type="checkbox"/> SINAN (anexar cópia da FO)	Ficha de Investigação de _____ Qual a patologia? _____
<input type="checkbox"/> INEL (anexar cópia do BO)	Laudo de necropsia _____
<input type="checkbox"/> SVO (anexar cópia do BO)	Laudo de necropsia _____
<input type="checkbox"/> FUNASA (anexar cópia)	Óbito registrado no SIASI _____
<input type="checkbox"/> Jornal / Internet (anexar cópia)	Descrição sumária do evento _____
INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR - AUTÓPSIA VERBAL	
26 Formulário utilizado (anexar formulário)	<input type="checkbox"/> Formulário 1 <input type="checkbox"/> Formulário 2 <input type="checkbox"/> Formulário 3 <input type="checkbox"/> Formulário 3,1-MF <input type="checkbox"/> Não realizada
CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO	
Causas da morte depois da investigação	
Parte I	CID-10
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a
Causas antecedentes	b
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	c
	d
Parte II	e
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	
Data _____	Data _____
Responsável pela investigação _____	Coordenador da Vigilância Epidemiológica ou do SIASI _____

Anexo VI – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá para coleta de dados



PREFEITURA DE Cuiabá

ANÁLISE DE REQUERIMENTO DE PESQUISA
(Portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009)

PROJETO DE PESQUISA

Título: "ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013".		
Nome do orientador: Drª Christine Baccarat de Godoy Martins		
Nome do pesquisador: Anayana Cristina Pertile e Margani Cadore Weis		
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO		

O PROJETO CONTÉM	SIM	NÃO
Objetivo? Avaliar a qualidade das informações das Declarações de Óbito de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), cujas mortes se deram por causas externas no município de Cuiabá – MT, no ano de 2013.	X	
Metodologia? Estudo de corte transversal com coleta retrospectiva de dados, cuja população de estudo será composta por crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), que foram a óbito por causa externas, no município de Cuiabá- MT, no período de 1º de janeiro a 31 de Dezembro de 2013. A fonte de dados serão Declarações de Óbito, utilizando formulário fechado.	X	

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.
 Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante ao SUS.

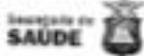


 Sílvia Maria Ribeiro Arruda Miranda
 Diretora de Vigilância em Saúde

PARECER DA CDDP/SMG:

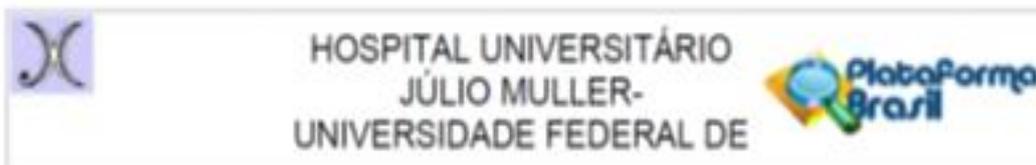
Somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 foram preenchidos, e por ser relevante ao SUS.
 Não somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 não foram preenchidos, e por não ser relevante ao SUS.


 ANDERSON HENRIQUE SILVA MARTINS
 DIRETOR DE PESSOAL-SMGE



Rua São Joaquim, 303 - Bem Fado
 Fone: (65) 3677-7355 - 3617-7344
 Cep: 78.025-120 - Cuiabá - MT
www.cuiaba.mt.gov.br

Anexo VII – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO POR CAUSA EXTERNA NA CAPITAL DE MATO GROSSO, 2013.

Pesquisador: CHRISTINE BACCARAT DE GODOY MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33411814.4.0000.5541

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem - Cuiabá - UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 829.672

Data da Relatoria: 08/10/2014

Apresentação do Projeto:

No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) são apontadas pelas estatísticas como a terceira causa de mortalidade geral, gerando repercussões importantes na sociedade, na economia e na saúde da população, atingindo principalmente a população de crianças, adolescentes e jovens. Assim, a pesquisadora propõe a presente pesquisa, de corte transversal, para avaliar a qualidade das informações das Declarações de Óbito (DO), cujas mortes se deram por causas externas, em Cuiabá-MT. Por meio de formulário elaborado pela pesquisadora, serão coletadas informações das DO nas SES.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a qualidade das informações das Declarações de Óbito de crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos), cujas mortes se deram por causas externas no município de Cuiabá – MT, no ano de 2013.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os óbitos por causas externas segundo idade, sexo e tipo específico de causa externa.

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

CEP: 78.060-000

UF: MT

Município: CUIABÁ

Telefone: (65)3015-8254

E-mail: eth@ufmt.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 029.072

- Identificar os campos da DO que possuem maiores problemas de preenchimento em relação à completude dos dados.
- Avaliar a sequência de preenchimento dos campos que definem a causa básica do óbito.
- Identificar os óbitos classificados como de intenção indeterminada na população de 0 a 24 anos, no ano de 2013;
- Investigar possíveis mudanças nas informações da D.O, quanto a classificação do óbito, de acordo com busca de informações adicionais.
- Levantar as dificuldades na classificação e reclassificação desses eventos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

NÃO HÁ RISCOS, POIS AS INFORMAÇÕES SERÃO COLETADAS JUNTO ÀS DECLARAÇÕES DE ÓBITO.

Benefícios:

Diante dos erros apontados pela literatura no preenchimento da Declaração de Óbito e da importância da mortalidade por causas externas no Brasil, principalmente na população jovem, torna-se vital avaliar a qualidade das informações das Declarações de Óbito, o que pode subsidiar medidas que visem o aprimoramento quanto ao seu preenchimento e, conseqüentemente, melhor conhecimento sobre as mortes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: devidamente assinada e carimbada pela diretoria da Faculdade de Enfermagem.

TCLE: dispensado, pois trata-se de pesquisa com dados secundários.

Autorização da SES para coleta de dados: adequada

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. O pesquisador atendeu à todas as solicitações.

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

CEP: 78.060-000

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (63)3615-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 029.072

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado pelo CEP HUJM.

CUIABA, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)