

UTILIZAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL NA RECODIFICAÇÃO DE CAUSA BÁSICA DE ÓBITO

USE OF VERBAL AUTOPSY IN RECODING OF THE UNDERLYING CAUSE OF DEATH

Adalvane Nobres Damaceno¹, Danieli Bandeira², Luciane Silva Ramos³,
Teresinha Heck Weiller⁴

1. Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Possui bolsa PET-Saúde.
2. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista CAPES.
3. Enfermeira, Mestre. Responsável pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.
4. Enfermeira, Doutora e professora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

► **CONTATO:** Adalvane Nobres Damaceno | adalvane.damaceno@yahoo.com.br

Fomento: Ministério da Educação/Ministério da Saúde - Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e bolsa de mestrado da CAPES.

Resumo

INTRODUÇÃO: O conhecimento sobre causas de morte provenientes das estatísticas de saúde são de importância fundamental, pois fornecem subsídios para analisar a situação de saúde das populações e para planejamento, monitoramento e a avaliação em saúde. **OBJETIVO:** Investigar as mortes por causas mal definidas e sem assistência notificadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **MÉTODO:** Aplicação do instrumento da Autópsia Verbal na investigação dos óbitos por causas mal definidas/sem assistência, informados no Sistema de Informação sobre Mortalidade no ano de 2011, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **RESULTADOS:** Dos 645 óbitos ocorridos no município em 2011 o capítulo das causas mal definidas/sem assistência representou 36,3% (n=234). **CONCLUSÃO:** Verificou-se a predominância de óbitos após investigação de Doenças do Aparelho Circulatorio e Neoplasias, dessa forma contribui-se para a alteração do Sistema de Informação em Saúde do município.

PALAVRAS-CHAVE: vigilância epidemiológica; saúde pública; classificação internacional de doenças; enfermagem em saúde pública.

Abstract

INTRODUCTION: Knowledge of causes of death of health statistics is of fundamental importance since it helps analyzing the health status of populations, and planning, monitoring and evaluating health conditions. **OBJECTIVE:** To investigate the deaths from ill-defined causes with no assistance reported

in the Mortality Information System. **METHOD:** Use of the tool Verbal Autopsy in the investigation of deaths from ill-defined causes/without assistance, informed to the Mortality Information System in the year of 2011 in the city of Santa Maria, state of Rio Grande do Sul, in the south of Brazil. **RESULTS:** Of the 645 deaths in the city in 2011 the chapter of ill-defined causes/unassisted represented 36.3% (n = 234). **CONCLUSION:** There was a predominance of deaths after the investigation of Circulatory System Diseases and Neoplasms. This way, there was a contribution for the alteration of the Health Information System in the Municipality.

KEYWORDS: epidemiological surveillance; public health; international classification of diseases; public health nursing

Introdução

As estatísticas de mortalidade são parte do sistema de estatísticas vitais, subutilizadas em vários países da América Latina devido a suas limitações, por serem sistemas incompletos, desatualizados e dispersos. As informações sobre causas de morte provenientes das estatísticas de saúde são de importância fundamental, pois fornecem subsídios para avaliar a situação de saúde das populações e para o planejamento, o monitoramento e a avaliação em saúde. As causas mal definidas de morte refletem a falta de acesso ao serviço de saúde¹ e a qualidade da assistência médica. Podem ocorrer porque a pessoa chegou já falecida ao serviço de saúde ou porque houve omissão de informações por parte do atestante². A proporção de óbitos com causas mal definidas é considerada um indicador para avaliar a qualidade de um sistema de informações sobre óbitos^{3,4,5}.

Segundo avaliações internacionais, o Brasil apresentou elevada proporção de óbitos por causa mal definida ou inespecífica no período 1974-2000, e foi classificado como tendo qualidade “média” do seu sistema de informações sobre óbitos³. A cobertura e a qualidade das informações sobre causas de óbito são desiguais entre as regiões brasileiras e, apesar de importante decréscimo observado na proporção de óbitos por causa mal definida nos últimos anos, as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam níveis muito elevados⁵. Para fazer frente a situações semelhantes a essa, em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou formulários padronizados para investigação

de óbitos por meio do método da autópsia verbal nas áreas com elevada subnotificação e baixa cobertura da informação sobre causas da morte⁶. Trabalhos internacionais têm utilizado essa metodologia, especialmente em países em que é preciso lançar mão de metodologia específica para se conhecer a estrutura das causas de mortes para orientar políticas públicas em saúde. O método da autópsia verbal foi capaz de reduzir a proporção de mortes por causas inespecíficas e desconhecidas em adultos, tanto em áreas urbanas quanto rurais em um estudo que investigou 80 mil óbitos na Índia⁷. Estudos de validação sobre o método foram conduzidos em vários países^{8,9,10,11}.

A autópsia verbal é amplamente empregada em países como Índia, Vietnã, Filipinas e Bangladesh, em áreas com baixa cobertura de registro civil e do sistema de identificação de óbito, e na ocorrência de óbitos no domicílio, com o propósito de chegar à causa que mais provavelmente foi o motivo básico do óbito de crianças que não estavam sob acompanhamento médico na ocasião do falecimento, principalmente no que diz respeito às causas de mortes classificadas no grupo de causas mal definidas^{6,9,10}.

No Brasil, a autópsia verbal está sendo adotada com um objetivo diferente: o de investigar mortes por causas mal definidas onde já existe um sistema de informações com cobertura nacional. Desde 2004, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde desenvolve o Programa de

Redução do Percentual de Óbitos com Causa Mal Definida nas regiões Norte e Nordeste do país com melhoria importante deste indicador. Em março de 2008, o Ministério da Saúde lançou um projeto para implantação da autópsia verbal no país como um método para investigação de óbitos por causas mal definidas¹². Os formulários da autópsia verbal da OMS⁶ foram adaptados para as causas mais prevalentes no Brasil e sua análise poderá permitir ao médico identificar a sequência de eventos que levou ao óbito¹². Este trabalho teve como objetivo investigar as mortes por causas mal definidas e sem assistência notificada ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), a fim de verificar as possíveis causas desses óbitos de acordo com os diagnósticos definidos pelo método da autópsia verbal para posterior alteração no SIM municipal. Localizando-se no centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 286 km da capital Porto Alegre, a cidade de Santa Maria é a mais urbanizada e mais populosa, concentrando 36,4% da população regional. O município concentra, na zona urbana, em torno de 95% da população e na zona rural, o equivalente a 5%. Sua taxa de urbanização é de 91,7%, também é superior à do Estado, que é de 78,6%¹³.

Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa sobre o SIM em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Este projeto foi desenvolvido no território de abrangência da Secretaria de Saúde do Município (SMS). Para este estudo, as causas mal definidas foram consideradas aquelas alocadas no Capítulo XVIII *Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório* da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), códigos R00 a R99 17, dos óbitos ocorridos no município em 2011 com indivíduos ≥ 18 anos. Para busca ativa dos óbitos foi realizada identificação nas fontes de notificação municipal, além da realização de reuniões junto à Vigilância Epidemiológica do

município para apresentação do projeto. A busca no Banco de dados do SIM municipal gerou o relatório de óbitos por Causas Mal Definida e/ou Sem Assistência Médica, por meio do TABWIM, do DATASUS e a posterior busca das Declarações de Óbito (DO) no arquivo da vigilância epidemiológica.

Para todos os óbitos com causa mal definida foi adaptada uma Ficha de Investigação de Óbitos com Causa Mal Definida do Ministério da Saúde¹², para o registro das informações verbais e de prontuários. A investigação dos óbitos pelo método da autópsia verbal ocorreu por bolsistas previamente capacitados. Os formulários da autópsia verbal são constituídos por uma série de blocos de questões sobre sintomas, sinais e circunstâncias da doença que levou à morte, doenças antecedentes e fatores de risco, atendimentos em serviços de saúde e resultados de exames.

Foram entrevistados os familiares ou cuidadores da pessoa falecida, além da busca a prontuários junto aos serviços de saúde do município e contato telefônico com familiares. Para facilitar a interlocução, em alguns casos um Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área de abrangência da residência dos entrevistados acompanhou o entrevistador, mas não participou da entrevista para garantir a confidencialidade. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (entrevistador – participante do estudo).

Com base nas informações coletadas, a Comissão Municipal de Investigação de Óbitos por Causas Mal Definidas e/ou Sem Assistência Médica, composta por dois médicos e uma enfermeira gerente do SIM, realizou a análise e a recodificação quando possível, procedendo à alteração do SIM municipal. A última parte dos formulários correspondia ao quadro no qual o médico certificador registrou as causas de óbito. De posse dos dados foi realizada análise descritiva e posterior análise estatística, utilizando o *software* de análise estatística *Statistical Package for Social Science 15.0- SPSS*.

O projeto desenvolveu-se nos meses de janeiro e fevereiro de 2012 e obteve aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número 0370.0.243.000-10.

Resultados

Dos óbitos ocorridos no município em 2011 com indivíduos ≥ 18 anos, incluídos no capítulo das causas mal definidas, representaram 36,27% (n = 234). No que tange à não realização da Autópsia Verbal o estudo aponta endereços não localizados 10,3% (n=24); casas abandonadas 5,6% (n=13); endereços na DO incorreto 0,9% (n=2) e outro (mudança e subnotificado) 2,6% (n=6). Desse modo, após a investigação, pode-se alterar 94,0%

(n=220) da causa básica de óbitos no SIM, desses a recodificação deu-se somente pela Autópsia Verbal (AV) 97 (41,5%), AV e prontuários 77 (32,9%), prontuários 37 (15,8%) e outra forma 3,8% (n=9).

O número de óbitos por Causas Mal Definidas e/ou Sem Assistência Médica ocupando a terceira posição no município (n=234), atrás apenas das Doenças do Aparelho Circulatório (n=515) e Neoplasias (n=371), após o inquérito observou-se Doenças do Aparelho Circulatório (n=610), Neoplasias (n=405), Doenças do Aparelho Respiratório (n=229) e Causa Mal Definida e/ou Sem Assistência Médica (n=13) (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de causa básica de óbitos no município anterior e posterior aplicação da Autópsia Verbal em Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.

Prevalência de causa básica de óbitos	Anterior Autópsia Verbal	Posterior Autópsia Verbal
Doenças do Aparelho circulatório	515	610
Neoplasias	371	405
Causa Mal Definida e/ou Sem Assistência	234	13
Doenças do Aparelho respiratório	216	229
Outros	0	79
Total	1336	1336

A distribuição dos 234 óbitos por causa mal definida notificados no SIM segundo sexo, raça/cor, estado civil e escolaridade encontra-se na Tabela 3. Dentre os óbitos pode-se identificar alta ocorrência do sexo feminino na faixa etária 70 a 80 (n=36) e 81 a 91 (n=34), população branca 70 a 80 (n=52)

e 81 a 91 (n=46) e com baixa escolaridade 70 a 80 (n=21). No percentual absoluto apresentou-se sexo masculino 50,9% (n=119), viúvo 33,3% (n=78) e escolaridade Ensino Fundamental 5ª a 8ª 31,6% (n=74) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos óbitos notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade, do município de Santa Maria, no ano de 2011, Rio Grande do Sul, segundo informações sociodemográficas.

Variáveis	Faixa Etária							Total	%	
	26 a 36	37 a 47	48 a 58	59 a 69	70 a 80	81 a 91	92 a 105			
Sexo	Feminino	-	-	7	19	36	34	19	115	49,1
	Masculino	7	17	25	27	20	17	6	119	50,9
Raça/ cor	Não informado	-	-	-	-	1	-	-	1	0,4
	Branca	6	11	21	42	52	46	24	202	86,3
	Preta	1	4	8	1	1	3	1	19	8,1
	Parda	-	2	3	2	2	2	-	11	4,7
	Indígena	-	-	-	1	-	-	-	1	0,4

Variáveis	Faixa Etária									
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+	Total
Estado Civil	Não informado	-	-	-	-	1	2	-	3	1,3
	Solteiro	6	11	11	15	13	3	7	66	28,2
	Casado	1	5	8	18	15	9	3	59	25,2
	Viúvo	-	0	2	4	22	35	15	78	33,3
	Separado/ Divorciado	-	1	11	9	5	2	-	28	12,0
Escolaridade	Não informado	-	1	2	7	2	4	3	19	8,1
	Sem escolaridade	2	4	6	11	13	5	6	47	20,1
	Fundamental (1ª à 4ª série)	1	3		5	8	11	6	34	14,5
	Fundamental (5ª à 8ª série)		5	14	9	17	21	8	74	31,6
	Médio	4	4	8	11	10	7	2	46	19,7
	Superior incompleto	-	-	1	1	1		-	3	1,3
	Superior completo	-	-		1	3	1	-	5	2,1
	Ignorado	-	-	1	1	2	2	-	6	2,6
Total	7	17	32	46	56	51	25	234	100,0	

As respostas fornecidas pelos entrevistados durante a AV a algumas questões selecionadas, observa-se que a maior parte dos óbitos investigados por esse método ocorreu em domicílio 79,5% (n=186), bem como 86,8% (n=203) não souberam informar se houvera tratamento em estabelecimento de saúde durante a doença que levou ao óbito. Ainda a presença de fatores de risco

classificados como Outros 34,6% (n=81) incluem-se: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes mellitus*, Aterosclerose, Insuficiência Renal Crônica, Doenças de Notificação Compulsória (DCNTs) e episódios prévios de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Neoplasias (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do local do óbito e variáveis assistenciais de óbitos registrados no Sistema de Mortalidade do município de Santa Maria/RS no ano de 2011, como causas mal definidas.

Variáveis selecionadas	n	%
Local do óbito		
Hospital	12	5,1
Outro estabelecimento de saúde	14	6,0
Domicílio	186	79,5
Via pública	3	1,3
Outros	19	8,1
Assistência Médica		
Não soube informar	203	86,8
Sim	10	4,3
Não	7	3,0
Não realizado AV	14	6,0
Fatores de risco		
Sem fatores	66	28,2
Drogas	61	26,1
Obesidade	7	3,0

Variáveis selecionadas	n	%
Histórico familiar	5	2,1
Outros	81	34,6
Não realizado AV	14	6,0
Uso de medicação		
Sim	140	59,8
Não	67	28,6
Ignorado	27	11,5
Total	234	100,0

As principais causas básicas das AV foram morte sem assistência (R98) com 179 casos, e causas mal definidas (R99) com 39 casos. A Tabela 5 apresenta a distribuição dos óbitos investigados por autópsia verbal segundo causa, sexo e faixa etária.

Foram mais frequentes os óbitos por doenças do aparelho circulatório em ambos os sexos: feminino (n=19) na faixa etária 70 a 80 anos e masculino (n=37) e na faixa etária 59 a 69 anos, ao encontro dos fatores de risco investigados.

Tabela 5. Distribuição da Causa Básica de Óbitos por sexo no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, após a utilização da Autópsia Verbal em função da Faixa Etária.

Causa Básica depois AV	Faixa Etária							Total
	26 a 36	37 a 47	48 a 58	59 a 69	70 a 80	81 a 91	92 a 105	
Feminino								
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	-	-	-	1	1	-	-	2
Aterosclerose cerebral	-	-	-	-	1	-	-	1
Cardiomiopatia dilatada	-	-	-	-	1	-	-	1
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	-	-	-	1	-	-	-	1
Disfunção testicular	-	-	-	-	-	1	-	1
Doença cardíaca e renal hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva) e insuficiência renal	-	-	-	-	1	-	-	1
Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva)	-	-	1	1	1	1	3	7
Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência cardíaca (congestiva)	-	-	1	-	-	-	1	2
Doença de Alzheimer não especificada	-	-	-	-	1	1	-	2
Doença de Parkinson	-	-	-	-	-	1	-	1
Doença isquêmica crônica do coração não especificada	-	-	-	-	-	1	1	2
Doença não especificada dos vasos pulmonares	-	-	-	1	-	-	-	1
Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas	-	-	1	-	-	-	-	1
Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	-	-	-	-	1	-	-	1
Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	-	-	-	-	1	-	-	1
Embolia e trombose de artéria não especificada	-	-	-	-	-	-	1	1
Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale agudo	-	-	-	-	-	-	1	1
Episódio depressivo não especificado	-	-	-	-	1	-	-	1

Causa Básica depois AV	Faixa Etária							Total
	26 a 36	37 a 47	48 a 58	59 a 69	70 a 80	81 a 91	92 a 105	
Esquizofrenia paranoide	-	-	-	-	1	-	-	1
Flutter e fibrilação atrial	-	-	-	-	1	-	-	1
Hemorragia intracerebral não especificada	-	-	-	1	-	1	-	2
Hipertensão essencial (primária)	-	-	-	-	2	3	2	7
Infarto agudo do miocárdio não especificado	-	-	-	6	7	4	2	19
Insuficiência cardíaca congestiva	-	-	-	-	-	1	-	1
Lúpus eritematoso disseminado com comprometimento de outros órgãos e sistemas	-	-	1	-	-	-	-	1
Morte Sem Assistência	-	-	1	1	-	4	2	8
Neoplasia maligna da língua, não especificada	-	-	1	-	-	-	-	1
Neoplasia maligna da pele, não especificada	-	-	-	-	-	1	-	1
Neoplasia maligna da vulva, não especificada	-	-	-	1	-	-	-	1
Neoplasia maligna do esôfago, não especificada	-	-	-	-	-	2	-	2
Neoplasia maligna do estômago, não especificada	-	-	-	1	-	-	-	1
Neoplasia maligna do lábio sem especificação face interna	-	-	-	-	-	1	2	3
Neoplasia maligna do pâncreas, não especificada	-	-	-	-	1	1	-	2
Neoplasia maligna do útero, porção não especificada	-	-	-	1	2	-	-	3
Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada	-	-	1	1	3	-	-	5
Obesidade não especificada	-	-	-	-	1	-	-	1
Outras cardiomiopatias hipertróficas	-	-	-	1	1	1	2	5
Outras Causas Mal Definidas e as não especificadas de mortalidade	-	-	-	-	1	1	-	2
Outras doenças cerebrovasculares especificadas	-	-	-	-	4	4	-	8
Parada respiratória	-	-	-	-	-	1	-	1
Pneumonia não especificada	-	-	-	-	-	1	-	1
Senilidade	-	-	-	-	-	-	1	1
Septicemia não especificada	-	-	-	-	-	-	1	1
Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	-	-	-	2	1	3	-	6
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - síndrome de dependência	-	-	-	-	1	-	-	1
Úlcera péptica de localização não especificada aguda com hemorragia	-	-	-	-	1	-	-	1
Total	-	-	7	19	36	34	19	115
Masculino								
Apneia de sono	-	-	-	-	-	-	-	1
Asma não especificada	-	-	-	1	-	-	-	1
Cirrose hepática alcoólica	-	-	1	1	-	-	-	2

Causa Básica depois AV	Faixa Etária							Total
	26 a 36	37 a 47	48 a 58	59 a 69	70 a 8	81 a 91	92 a 105	
Diabetes mellitus não especificado - com complicações circulatórias periféricas	-	-	-	1	-	-	-	1
Diabetes mellitus não especificado - sem complicações	-	-	-	-	-	1	-	1
Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (congestiva)	-	-	2	-	3	-	-	5
Doença de Parkinson	-	-	-	1	-	-	-	1
Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas	-	1	-	-	-	-	-	1
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana não especificada	-	1	-	-	-	-	-	1
Embolia pulmonar sem menção de cor pulmonale agudo	-	-	-	1	-	-	-	1
Epilepsia não especificada	-	1	-	-	-	-	-	1
Episódio depressivo não especificado	2	-	-	1	-	-	-	3
Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	-	1	-	-	-	1	-	2
Hérnia abdominal não especificada, com obstrução, sem gangrena	-	-	-	-	-	-	1	1
Hiperplasia da próstata	-	-	-	-	-	1	-	1
Hipertensão essencial (primária)	-	-	-	-	1	1	-	2
Infarto agudo do miocárdio não especificado	1	4	9	11	6	6	-	37
Infecção do trato urinário de localização não especificada	-	-	-	-	1	-	-	1
Insuficiência cardíaca congestiva	1	-	-	-	-	-	-	1
Insuficiência renal não especificada	-	-	1	-	-	-	-	1
Morte Sem Assistência	-	-	1	-	-	-	-	1
Neoplasia maligna da base da língua	-	-	1	-	-	-	-	1
Neoplasia maligna da cabeça do pâncreas	-	-	-	-	1	-	-	1
Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço	-	-	1	-	-	-	-	1
Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva	-	-	1	-	1	-	-	2
Neoplasia maligna da próstata	-	-	-	-	-	-	1	1
Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos	-	-	1	-	-	-	-	1
Neoplasia maligna do cólon sigmoide	-	-	-	-	1	-	-	1
Neoplasia maligna do esôfago, não especificada	-	-	1	1	-	-	-	2
Neoplasia maligna do estômago, não especificada	-	-	-	1	-	-	-	1
Neoplasia maligna do pâncreas, não especificada	-	-	-	1	1	-	-	2
Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificada	-	1	-	-	2	-	-	3
Obesidade não especificada	-	1	-	-	-	-	-	1
Outras cardiomiopatias hipertróficas	-	1	-	2	1	1	-	5
Outras Causas Mal Definidas e as não especificadas de mortalidade	-	-	1	1	-	-	-	2
Outras doenças cerebrovasculares especificadas	-	-	-	1	1	2	2	6

Causa Básica depois AV	Faixa Etária							Total
	26 a 36	37 a 47	48 a 58	59 a 69	70 a 8	81 a 91	92 a 105	
Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	-	-	-	-	1	1	-	2
Pneumonia não especificada	-	-	1	-	-	-	-	1
Retardo mental não especificado - sem menção de comprometimento do comportamento	-	-	-	1	-	-	-	1
Senilidade	-	-	-	-	-	1	1	2
Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	-	-	-	1	-	-	-	1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência	-	2	4	1	-	-	-	7
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - síndrome de dependência	-	1	-	-	-	1	-	2
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência	2	2	-	-	-	-	-	4
Tuberculose pulmonar, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	-	1	-	-	-	-	-	1
Úlcera duodenal aguda com hemorragia	-	-	-	-	-	1	1	2
Total	7	17	25	27	20	17	6	119

Discussão

Na área da saúde, os programas e políticas que visam o controle de doenças e mortes devem se basear em informações adequadas e oportunas sobre a natureza e extensão dos problemas observados. Para tanto, as estatísticas de mortalidade por idade, sexo e causa de morte se constituem a forma mais usada internacionalmente para atender às necessidades de planejamento e programação em saúde¹⁴.

São poucos ainda os trabalhos brasileiros publicados que investigaram as causas mal definidas, buscando o seu esclarecimento por meio da busca de informações em prontuários, em visitas domiciliares ou por intermédio do pareamento com outras bases de dados^{2,14}. Em geral, estudos sobre mortalidade proporcional descartam os óbitos de causa mal definida^{2,4,5}. Contudo, a proporção de óbitos de causa mal definida ou causa ignorada, entre todos os óbitos ocorridos, tem sido o indicador mais utilizado para avaliar a qualidade da informação sobre causa de morte^{6,14}.

Diante disso, a proporção de óbitos com causa mal definida que foi realocada para os outros capítulos da CID-10 foi menor entre as pessoas de 20 a 59 anos de idade, e a proporção por sexo foi diferente para cada capítulo da CID-10 20. De forma análoga aos resultados encontrados neste estudo, Rosa e Garbin¹⁵ verificaram que a maioria dos óbitos com causa mal definida era de pessoas portadoras de doenças crônicas e que faleceram no domicílio. Após investigação, os autores encontraram uma maior migração de mortes para os capítulos das doenças cardiovasculares (40%)¹⁵.

Nas últimas décadas houve aumento na demanda pela apresentação de todas as causas de morte informadas nas DO^{14,16}. A análise por causas múltiplas exige mais trabalho, tempo e recursos, porém estas dificuldades são plenamente compensadas, em vista da contribuição que tal metodologia traz para o conhecimento do real perfil epidemiológico da população¹⁷.

Quanto ao número de óbitos, pequena diferença foi encontrada entre os sexos, sendo

maior o número de homens adultos e idosos que faleceram, diferentemente do encontrado por Lewsey e cols¹⁸ que encontraram predominância de homens na faixa economicamente ativa. Na análise por causas múltiplas recomenda-se trabalhar com a comparação entre as proporções das associações de fatores para causa, o que indica quais riscos estão mais frequentemente associados a uma causa básica¹⁹. Para isso, achados de Olson *et al*²⁰ ressaltam a dificuldade de determinar a significância estatística em associação de causas de morte, já que os métodos utilizados partem do pressuposto de independência das variáveis, não aplicáveis ao enfoque de causas múltiplas, cuja premissa é a interação entre as causas. Contudo, infere-se que 65,8% (n=154) tiveram associação de fatores que levaram ao óbito como: uso de drogas, obesidade, histórico familiar entre outros.

Dessa forma, na definição da causa básica do óbito o médico certificador deve utilizar todas as informações disponíveis e não ficar restrito somente ao relato espontâneo dos cuidadores. Esse é um diferencial importante do método da autópsia verbal e deve-se chamar a atenção para que o médico esteja atento a todas as questões dos formulários à procura de pistas para esclarecer a correta sequência de eventos que levou à morte. Acredita-se que investimentos conjuntos e continuados das sociedades médicas, do Conselho Regional de Medicina, das escolas médicas e do Estado serão muito eficazes na diminuição dos óbitos sem assistência médica e na melhoria da qualidade da assistência.

Outra limitação se deve à realização da autópsia verbal em período superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de no máximo três meses após o evento¹². Entretanto, a busca de informações em prontuários hospitalares e Unidade Básica UB, além das informações verbais dos ACS, possibilitou que a análise contasse com mais dados que apenas os informados pelos cuidadores da pessoa falecida em grande parte dos casos.

Ressalta-se, que o método da autópsia verbal possibilitou esclarecer 94% das causas dos óbitos

investigados. Por outro lado, apesar do método da autópsia verbal ser considerado uma estratégia importante para melhorar a qualidade das informações sobre mortalidade, é necessária sua validação segundo causas específicas de morte²¹.

Além das doenças hipertensivas, o Diabete Mellitus (DM) também se destaca na análise por causas múltiplas, por ser subestimado em estudos feitos somente com a causa básica de morte. Em dados do Brasil, no ano 2000, as doenças cardiovasculares foram as causas básicas mais prevalentes quando o DM era causa associada, encontradas em 54,5%¹¹. Na literatura, a presença do DM foi encontrada em 20% em pacientes com AVC^{22,23}. Santo e Pinheiro²⁵ encontraram associação das doenças cerebrovasculares e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em 12,3%²⁴; e nesse trabalho foi em torno de 8%. Estes resultados mostram a importância do controle do DM na população, pois, além de ser um fator de risco para as doenças cardiovasculares, pode apresentar graves complicações e incapacidades precoces, gerando encargos para o paciente e para a sociedade²⁵.

A alteração no perfil de saúde da população, em virtude da substituição de adoecimento por eventos agudos os quais eram resolvidos rapidamente e na sua maioria, no espaço hospitalar, seja pela cura ou pelo óbito, levando ao predomínio de doenças crônicas e suas complicações, implicando no uso prolongado dos serviços de saúde, especialmente os de responsabilidade da Atenção Básica²⁶. Além disso, o indicador mais simples utilizado para avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade é a proporção de causas mal definidas citadas como causa básica, pois fornecem subsídios para a disponibilidade da assistência médica^{16, 27}.

Entre as limitações desse estudo destacam-se as referentes ao uso de dados secundários e à mudança de endereços. Pois, no caso do SIM, existe a possibilidade de sub-registro de óbito, erros de digitação dos dados no sistema ou ainda na fidedignidade dos registros no atestado médico²⁸.

Conclusão

Conclui-se que a metodologia da autópsia verbal pode ser utilizada para esclarecer causas de morte, até que o SIM atinja níveis adequados de qualidade na definição da causa básica do óbito. Concomitantemente, deve-se também trabalhar para aumentar a sensibilização dos médicos e acadêmicos de medicina quanto à importância de seu papel na produção de conhecimento sobre a situação de saúde da população. A melhor articulação entre os diversos atores desse sistema deve possibilitar que as questões relativas à qualidade das informações, à cobertura e ao fluxo de documentos sejam adequadamente enfrentadas, com o aprimoramento dos processos de trabalho.

Espera-se assim incentivar a incorporação sistemática de informações epidemiológicas confiáveis, necessárias para embasar a tomada de decisão segundo a lógica da assistência, estimulando a disseminação de serviços de verificação de óbitos com respaldo legal, para permitir a realização de autópsia sempre que a causa de óbito for indeterminada. 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 óbito.

Referências bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la región de las Américas. *Bol Epidemiol (Wash)*. 2003; 24:1-5.
2. 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. [Acessado em 2014 Abr 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600020&script=sci_arttext
3. Mathers 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. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(3):171-74. [Acessado em 2014 Abr 15]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/mathers0305abstract/en/>
4. Rao C, Lopez AD, Yang G, Begg S, Ma J. Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(8):618-25. [Acessado em 2014 Maio 10]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000800016&lng=pt
5. França EB, Abreu DMX, Rao C, Lopez AD. Evaluation of cause-of-death statistics for Brazil, 2002-2004. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4):891-901. [Acessado em 2014 Abr 12]. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/891.short>
6. World Health Organization. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. Gajalakshmi V, Peto R. Verbal autopsy of 80.000 adult deaths in Tamilnadu, South India. *BMC Public Health*. 2004; 4:47-54. [Acessado em 2014 Abr 15]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/47>
8. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, Ginneken JV. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. *Int J Epidemiol*. 1998; 27(4):660-6. [Acessado em 2014 Maio 11]. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/27/4/636>.
9. Anker M, Black RE, Coldham C, Kalter HD, Quigley MA, Ross D, et al. A standard verbal autopsy method for investigating causes of death in infants and children. Geneva: World Health Organization; 1999. [Acessado em 2014 Abr 20]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/Hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.4.pdf

10. Chandramohan D, Setel P, Quigley M. Effect of misclassification of causes of death in verbal autopsy: can it be adjusted? *Int J Epidemiol*. 2001; 30(3):509-14.
11. Setel PW, Rao C, Hemed Y, Whiting DR, Yang G, Chandramohan D, et al. Core verbal autopsy procedures with comparative validation results from two countries. *PLoS Med*. 2006; 3(8):e268. [Acessado em 2014 Abr 23]. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030268>
12. Ministério da Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro; 2012. [Acessado em 2014 Jun 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
14. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-10ª Revisão. Edusp; v. 1, São Paulo; 2001.
15. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1): 23-8. [Acessado em 2014 Abr 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100002
16. Rosa JAR, Garbin T. Redução das taxas de mortalidade por causas mal definidas em Bento Gonçalves (RS). In: Anais da 3ª Expoepi – Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 123-7. [Acessado em 2014 Maio 02]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2296>
17. Santo AH. Tendência da mortalidade relacionada à doença de Chagas, Estado de São Paulo, Brasil, 1985 a 2006: estudo usando causas múltiplas de morte. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(4): 299-309 [Acessado em 2014 Maio 05]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S10204989200900010000003&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Oliveira BZ, Gotlieb SLD, Laurenti R, Mello Jorge MHP. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 556-65. [Acessado em 2014 Abr 27]. Disponível em: www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n4/06.pdf.
19. Lewsey JD, et al. Sex differences in incidence, mortality, and survival in individuals with stroke in Scotland, 1986 to 2005. *Stroke*. 2009, 40(4): 1038-43. [Acesso em 2014 abril 12]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19211485>
20. Ishitani LH, França E. Uso das causas múltiplas de morte em Saúde Pública. *IESUS*. 2001a, 10(4): 163-75 [Acessado em 2014 Maio 07]. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1415-790X2011000200005>
21. Olson FE, Norris FD, Hammes LM, Shipley PW. A study of multiple causes of death in California. *J Chronic Dis*. 1962; 15(2):157-70. [Acessado em 2014 Abr 29]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500016&script=sci_arttext
22. Barreto SM, Passos VMA, Almeida SKF, Assis TD. The increase of diabetes mortality burden among Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*. 2007, 22(4): 239-45. [Acessado em 2014 Maio 05]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18078585>
23. Pires SL, Gagliard RJ, Gorzoni ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004 62(3b): 844-51. [Acessado em 2014 Abr 24]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2004000500020&script=sci_arttext
24. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2000, 58(1): 99-106. [Acessado em 2014 Maio 20]. Disponível em: <http://www.researchgate>.

net/publication/26341359_Charactersticas_do_atendimento_de_pacientes_com_acidente_vascular_cerebral_em_hospital_secundario/file/d912f5065d029ac5ee.pdf

25. Santo AH, Pinheiro CE. Tabulador de causas múltiplas de morte. Rev Bras Epidemiol. 1999, 2(1-2): 90-7. [Acessado em 2014 Maio 07]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000800004>

26. Ishitani LH, França E. Doenças crônico-degenerativas em adultos da região centro sul de Belo Horizonte: análise sob a perspectiva de causas múltiplas de morte. IESUS. 2001 b, 10(4): 177-88.

[Acessado em 2014 Abr 14]. Disponível em: iah.iec.pa.gov.br

27. Ministério da Saúde. Portaria nº. 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informação em Saúde - SIM e SINASC. Diário Oficial da União 2003; 9 out.

28. Silvi J. On the estimation of mortality rates for countries of the Americas. Epidemiol Bull. 2003; 24(4): 1-5. [Acessado em 2014 Maio 05] Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1511263