

Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT

RESUMO

Óbitos residuais entre as mortes por causas externas são aqueles em que não se permite distinguir de acidente, lesão autoinfligida ou agressão, ou quando a Declaração de Óbito (DO) não especifica a sua causa. Objetivou-se analisar óbitos residuais por causas externas na população de 0-24 anos em Cuiabá-MT. Estudo transversal com 36 óbitos por causas externas em 2013: três de intenção indeterminada (8,3%), cinco classificados como outras causas externas (13,9%) e 28 cuja causa de óbito estava em branco na DO (77,8%). Entre as vítimas, predominou o sexo masculino (72,2%), cor parda (72,2%), ensino fundamental II completo (30,5%) e idade de 20 a 24 anos (30,6%). Os óbitos ocorreram mais no hospital (58,3%). Em 80,5% das DO a fonte de informação não foi preenchida, assim como a descrição sumária do evento (75%). Conclui-se que há necessidade de maior conscientização da importância do preenchimento correto da DO a fim de diminuir os óbitos residuais entre causas externas.

DESCRITORES: Registros de Mortalidade; Causas Externas; Óbito.

ABSTRACT

Residual deaths among deaths from external causes are those that are not allowed to be distinguished from accidents, self-injury or aggression, or when the Death Certificate does not specify its cause. The aim was to analyze residual deaths due to external causes in the population aged 0-24 years in Cuiabá-MT. A cross-sectional study with 36 deaths from external causes in 2013: three of undetermined intention (8,3%), five classified as external causes (13,9%), and 28 patients whose cause of death was blank in OD (77,8%). Among the victims, male (72,2%), brown (72,2%), complete primary education (30,5%) and age 20 to 24 (30,6%) predominated. Deaths occurred more in the hospital (58,3%). In 80,5% of the OD, the information source was not filled in, as was the summary description of the event (75%). It is concluded that there is a need for greater awareness of the importance of correct completion of OD to reduce residual deaths among external causes.

DESCRIPTORS: Mortality Registries; External Causes; Death.

RESUMEN

Las muertes por causas externas son aquellas en que no se permite distinguir de accidente, lesión autoinfligida o agresión, o cuando la Declaración de Óbito (DO) no especifica su causa. Se objetivó analizar muertes por causas externas en la población de 0 a 24 años, en Cuiabá-MT. El estudio transversal con 36 muertes por causas externas en 2013: tres de intención indeterminada (8,3%), cinco clasificados como otras causas externas (13,9%) y 28 cuya causa de muerte estaba en blanco en la DO (77,8%). Entre las víctimas, predominó el sexo masculino (72,2%), color parda (72,2%), enseñanza fundamental II completa (30,5%) y edad de 20 a 24 años (30,6%). Las muertes ocurrieron más en el hospital (58,3%). En el 80,5% de las DO la fuente de información no se cumplió, así como la descripción sumaria del evento (75%). Se concluye que hay necesidad de mayor concientización de la importancia del llenado correcto de la DO a fin de disminuir las muertes residuales entre causas externas.

DESCRIPTORES: Registros de Mortalidad; Causas Externas; Muerte.

Margani Cadore Weis Maia

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil.

Christine Baccarat de Godoy

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil.

Calvino Camargo

Psicólogo. Doutor em Psicologia Social. Professor associado ao Curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Boa Vista, RR, Brasil.

Solange Pires Salomé de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, MT, Brasil.

João Lucas Campos de Oliveira

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

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⁾. São 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⁽²⁾. Ademais, incidem com maior magnitude na população masculina, nas idades mais jovens e entre moradores de capitais e/ou grandes cidades^(3,4).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringem ao grupo de até 39 anos⁽⁵⁾. Já foi descrita como 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⁽⁶⁾.

Um importante instrumento de registro das causas externas fatais é a Declaração de Óbito (DO), que alimenta o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM⁽⁷⁾. Nos casos de morte por causa externa, inclusive, a necessidade de dados fidedignos é inquestionável, pois o preenchimento adequado da DO possibilita informações sobre a vítima, tanto físicas quando sociodemográficas, o local do evento, o tipo de causa e a intencionalidade⁽⁸⁾. Entretanto, muitas vezes, os dados são de baixa qualidade da informação disponível sobre esse evento⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que quando a causa da morte for uma lesão ou outra consequên-

cia 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 (por exemplo: atropelamento por ônibus, homicídio por arma de fogo, queda acidental de janela, entre outras), e não às lesões - traumatismo, ferimento, hemorragia, etc^(7,10).

Frequentemente, as verdadeiras causas dos óbitos não são conhecidas, gerando grande quantidade de mortes registradas como causas mal definidas⁽¹¹⁾, denominadas, ainda, de diagnósticos incompleto⁽¹⁰⁾, códigos lixo⁽¹²⁾ ou causas residuais⁽¹³⁾, 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 tratar-se de óbito decorrente de uma lesão, e não de causa natural⁽¹⁰⁾, constituindo assim as causas residuais, que estão inseridas no montante das causas externas.

No Brasil, a frequência 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 Janeiro⁽¹⁰⁾. Em todas as regiões do país, os óbitos residuais por causa externa apresentaram declínio, de 1980 para 2003, passando de 20,7% para 8,8% no período. Já 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%, respectivamente⁽¹⁴⁾.

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^(15,16). 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^(1,16).

É importante conhecer o perfil das vítimas e as circunstâncias acerca dos eventos, já que o percentual de óbitos na categoria em pauta 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 e, por consequência, o planejamento de ações⁽¹⁷⁾.

Justificada a importância dos óbitos residuais decorrentes de causas externas no Brasil, bem como seu impacto na faixa etária jovem, objetivou-se analisar óbitos residuais por causas externas na população de 0-24 anos, em Cuiabá-MT.

METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo e de fonte documental. A população foi composta por todas as crianças, adolescentes e jovens (0 a 24 anos) que foram a óbito registrado em DO por causas externas, no município de Cuiabá, Mato Grosso. O recorte temporal foi o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013.

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. Para a coleta manual, utilizou-se um 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 extraídas foram: em relação ao perfil da vítima: sexo, cor, escolaridade, faixa etária

e procedência; e, sobre o perfil do evento: local do óbito, fonte de informação sobre o óbito e descrição sumária do evento.

Foram verificadas todas as DO de 2013, que ocorreram na cidade de Cuiabá-MT, na faixa etária de 0 a 24 anos, devido ao fato de que não eram separadas por categorias de causa de morte. Após isso, foram selecionadas as DO classificadas como 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⁽¹⁾ e os óbitos sem preenchimento do tipo causa externa de morte na DO (campo 48 da DO em branco), totalizando a amostra 36 óbitos residuais.

Os dados coletados manualmente fo-

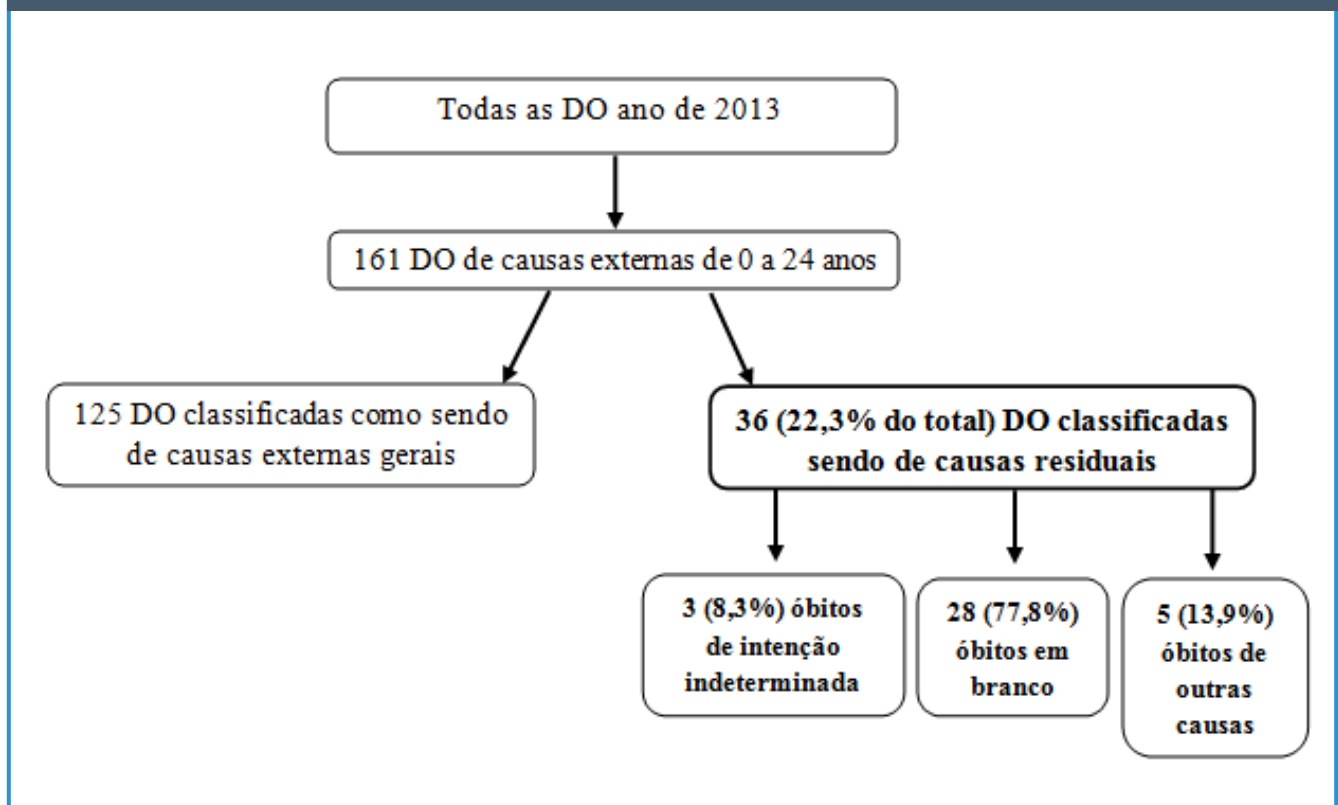
ram processados eletronicamente pelo programa Epi Info® - versão 6.04d17. A análise foi realizada por medidas de frequência e de significância estatística entre categorias das variáveis (considerando p-valor menor ou igual a 0,05), por teste Qui-Quadrado.

Em atendimento à Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá-MT e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, sob o parecer n.º 829.672/2014.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma de estabelecimento da amostra (n=36) de óbitos residuais por causas externa.

Figura 1 – 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, MT, Brasil, 2014-2015.



A Tabela 1 apresenta o perfil das vítimas em relação ao sexo, faixa etária, cor, escolaridade e procedência. Ainda, segregando os óbitos entre a intenção indeterminada, DO em branco e outras causas externas.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos residuais, entre as declarações de óbito por causa externa, na população de 0 a 24 anos, segundo perfil das vítimas. Cuiabá, MT, Brasil, 2014-2015.

PERFIL DAS VÍTIMAS	ÓBITOS RESIDUAIS POR CAUSAS EXTERNAS							
	INTENÇÃO INDETERMINADA		DO EM BRANCO		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO (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	28	100	5	100,0	36	100
COR (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	28	100	5	100	36	100
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	28	100	5	100	36	100
FAIXA ETÁRIA (P=0,0014)								
< 1 ano	-	-	2	7,1	-	-	2	5,5
1 a 4	1	33,3	5	17,9	1	20	7	19,4
5 a 9	-	-	3	10,7	2	40	5	13,9
10 a 14	-	-	1	3,6	-	-	1	2,8
15 a 19	-	-	8	28,6	2	40	10	27,8
20 a 24	2	66,7	9	32,1	-	-	11	30,6
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
PROCEDÊNCIA (P=0,9427)								
Rio Verde	-	-	-	64,3	1	20	1	2,8
Cuiabá	3	100	18	7,1	4	80	25	69,4
Poconé	-	-	2	3,6	-	-	2	5,6

artigo

Maia, M.C.W.; Godoy, C.B.; Camargo, C.; Souza, S.P.S.; Oliveira, J.L.C.;
Análise de óbitos residuais por causas externas em Cuiabá-MT

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	28	100	5	100	36	100

Por fim, a Tabela 2 sumariza os dados atinentes ao local de ocorrência do óbito, a fonte de informação sobre o evento e a descrição sumária do evento. Também segregando os óbitos entre a intenção indeterminada, DO em branco e outras causas externas.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos 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. Cuiabá, MT, Brasil, 2014-2015.

PERFIL DO EVENTO	ÓBITOS RESIDUAIS POR CAUSAS EXTERNAS							
	INTENÇÃO INDETERMINADA		DO EM BRANCO		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LOCAL DO ÓBITO (P=0,0001)								
Hospital	-	-	18	64,3	3	60	21	58,3
Outros serviços	1	33,3	1	3,6	-	-	2	5,6
Domicílio	1	33,3	1	3,6	1	20	3	8,3
VIA PÚBLICA	-	-	4	14,3	-	-	4	11,1
Outro local	1	33,3	2	7,1	1	20	4	11,1
Sem preenchimento	-	-	2	7,1	-	-	2	5,6
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
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	-	-	29	80,5
Total	3	100	28	100	5	100	36	100
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EVENTO (P=0,0020)								
Sim	1	33,3	6	21,4	2	40,0	9	25
Não	2	66,7	22	78,6	3	60,0	27	75
TOTAL	3	100	28	100	5	100	36	100

DISCUSSÃO

A relevância de investigar óbitos residuais por causas externas se dá, naturalmente, pelo impacto desse conjunto de causas na mortalidade geral. Isso porque, estudo⁽¹⁸⁾ sobre a mortalidade em três cidades latino-americanas, para os anos de 2003 a 2005, 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. 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, ou seja, óbitos residuais.

Para os óbitos “em branco”, o estudo⁽¹⁹⁾ “Como morrem os brasileiros” 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. Chama atenção que o não preenchimento dessa variável é encontrado em maior proporção nos municípios com 500 mil ou mais habitantes⁽²²⁾. Essa alusão ancora-se nos dados desta pesquisa, pois a proporção da causa de morte em branco na DO foi muito superior (77,8%) àquelas de intenção indeterminada (8,3%) ou de classificação por outras causas externas (13,9%).

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%; e apenas 0,5% foram de outras

causas externas⁽²⁰⁾. O mesmo estudo ainda traz um acréscimo de 19 óbitos indeterminados que não havia sido informado ao SIM⁽²⁰⁾. 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 indeterminada⁽²¹⁾, logo, com proporções que se assemelham à investigação ora descrita, principalmente sobre a categoria de outras causas externas. Os óbitos em branco não apresentam dados no DATASUS, pois necessitam de investigação e reclassificação antes de serem informatizados.

Quanto ao perfil das vítimas por causas residuais, em Cuiabá, 2013, este coincide com o perfil dos óbitos por causas externas descrito por outras casuísticas⁽²⁾, no qual há um predomínio do sexo masculino. Em 2010, 82,6% das mortes notificadas no SIM decorrentes de causas externas ocorreram entre homens, sendo que o risco de morte foi cinco vezes maior do que em mulheres, sobretudo entre adolescentes e adultos-jovens de 15 a 29 anos⁽²⁾. Mais especificamente em Cuiabá, um estudo⁽²²⁾ encontrou que a participação do gênero masculino nos óbitos de causas externas, independente da classificação, foi de 88,7% no ano de 2009, mantendo a proporção elevada desse grupo de vítimas. Recentemente, estudo⁽³⁾ conduzido com dados do Sul do Brasil ratificam a prevalência da mortalidade por causas externas entre o sexo masculino, descrevendo-a em 56,94%.

Torna-se importante aludir que apesar do sexo masculino ser o que apresenta maior número de vítimas, as mulheres apresentam sua especificidade, dentro dos casos violentos, no que tange à violência doméstica e o feminicídio. Neste escopo, estudo⁽²³⁾ recente que investigou 991 usuárias de saúde em Vitória (ES) constatou ocorrência de violência psicológica (25,3%); física (9,9%) e sexual (5,7%).

Pesquisa⁽²⁴⁾ com objetivo de descrever o perfil dos atendimentos por violência em serviços de urgência e emergência de capitais brasileiras constatou, entre 4.406 atendimentos por agressões, que a maior prevalência ocorreu entre jovens de 20 a 39 anos (50,2%), do sexo masculino, negros/pardos (67,6%) e de baixa escolaridade. Considerando as alusões expostas e os dados desta pesquisa, incluindo a cor parda e preta como mais frequentes (somando 86,1%) nos casos de óbitos residuais por causas externas, considera-se evidente a necessidade e relevância de políticas públicas de proteção aos grupos de maior vulnerabilidade.

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⁽²⁵⁾ 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 transporte. 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 social⁽²⁶⁾. Há de se ressaltar que houve grande proporção de vítimas sem escolaridade, porém, ao relacionar com a idade das vítimas, verifica-se alta proporção (37,8%) de mortes nas faixas etárias de até 9 anos de idade.

Em relação a faixa etária, estudo⁽²⁷⁾ 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 maiores. Entre os óbitos de intenção indeterminada e em branco (em que não se conhece a causa do óbito), maior

proporção neste estudo, 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 etárias⁽³⁾. Já 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.

Apesar de a maioria dos óbitos residuais por causas 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 pública⁽²⁸⁾. 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, chegando neste já em óbito, o que, aliado à deficiência de informações sobre o evento, talvez justifique a elevada proporção de causas de óbito em branco nas DO analisadas.

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 preenchimento⁽⁸⁾. 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 secundária⁽²⁹⁾. 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 preenchimento⁽³⁰⁾.

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 n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009⁽¹⁴⁾, 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. Neste escopo, reforça-se a proporção (22,3%) de óbitos residuais do total (n=161) de mortes por causas externas no município de inquérito, fato que, por si só, direciona possível espaço de melhoria na qualidade das informações atinentes à mortalidade por estas circunstâncias na capital investigada.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as vítimas de óbitos residuais por causas externas concentram-se no sexo masculino, de cor par-

da, com escolaridade fundamental II (6º a 9º ano), na faixa etária de 20-24 anos, residentes em Cuiabá. Estes óbitos apresentaram maior ocorrência no hospital e tiveram sua causa de óbito omitida (em branco) na DO, sem preenchimento das fontes de informações e descrição do evento.

Destaca-se que a importante proporção de causas residuais no montante de causas externas pode distorcer as reais causas de morte dessa população, fato que evidencia a necessidade e importância da investigação para que essas causas sejam elucidadas, o que entorna o treinamento de recursos humanos voltados para o desenvolvimento dessas investigações. Ademais, evidencia-se a necessidade de conscientização da importância do preenchimento correto da DO, que é o documento base do SIM e de evidente importância epidemiológica.

Acredita-se que a principal limitação desta pesquisa se relaciona à sua restrição geográfica. Apesar disso, o estudo contribui para o conhecimento no sentido de reforçar a necessidade de militar pela qualidade da informação como ponte para o planejamento racional de ações de proteção à saúde, com ênfase na prevenção da mortalidade por causas externas. Por fim, pondera-se que investigar motivos para o não preenchimento de DO entre óbitos por causas externas parece ser um vislumbre para pesquisas futuras. ■

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. 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.
3. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. *Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013*. *Rev. Enferm. UPFE Online*. 2018;12(3):716-28.
4. Melo AUC, Sá MC, Sobrinho JRO. *Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas: uma análise da literatura no Brasil*. *Revista de Saúde UniAGES*.

REFERÊNCIAS

- 2016;1(1):9-32.
- Morais Neto OL, Malta DC, Silva, MMA. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.* 2009;14(5):1638.
 - Ministério da Saúde (BR). *Políticas de Segurança e Direitos Humanos: Enfocando a Primeira infância, Infância e Adolescência*. 1a. ed. 75p; 2014.
 - 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.
 - 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.
 - Messias KL, Bispo Júnior JP, Pegado MFQ, Oliveira LC, Peixoto TG, Sales MAC, et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(4):1255-67.
 - 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.
 - Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004; 9(4):909-20.
 - 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).
 - 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. 89p; 2012.
 - Ministério da Saúde (BR). *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 148p.
 - Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito*. Brasília; 2011.
 - 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.
 - Mello Jorge MHP, Cascão AM, Carvalho-Silva R. Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualidade da informação. São Paulo: CBCD; 2005.
 - 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.
 - Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Castex Aly CM, Rabello Neto DL, Porto DL, Oliveira H, et al. Como morrer os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. p51-78. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília; 2011.
 - Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M, França EB. Qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em município de médio porte em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9):1999-2004.
 - Datasus. *Informações de Saúde. Mortalidade. TME p/event.intenção indeterminada por Faixa etária segundo Unidade da Federação*, 2011.
 - Martins CBG, Mello Jorge MHP. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos, *Rev. Bras. de Epidemiologia* 2013; 16(2):454-68.
 - Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Petrucci DG. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51:33.
 - Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 22(9).
 - Rios PAA, Mota ELA. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2013 ;29(1):131-44.
 - Francisco Filho LL. Análise da relação da criminalidade e baixo nível escolar. *Revista Intellectus.* 2012; Ano VIII:103-18.
 - Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(4):578-84.
 - Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília; 2002.
 - Carvalho GS, Albuquerque ES. Avaliação do preenchimento das Declarações de Óbito por acidentes de trânsito, Goiânia, 2002. *Rev. Estudos.* 2008; 35(6):1129-49.
 - 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 Colet.* 2011; 16(1):1267-74.