

Utilização das Causas Mal Definidas Como Indicador da Qualidade dos Dados de Mortalidade

Jeane de Souza Pinheiro¹
Wladithe Organ de Carvalho²

Resumo

As estatísticas de mortalidade possibilitam a elaboração de indicadores que servem de base para o planejamento e avaliação das ações de saúde. Um dos indicadores de qualidade dos dados de mortalidade é a proporção de mortes por Causas Mal Definidas. O presente estudo teve por objetivo fazer uma descrição do comportamento deste indicador no município de Maringá – PR, através dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde na Internet. O indicador aponta melhoria na distribuição e definição das causas básicas de óbito na série histórica estudada: ao aumento constante na década de 80, seguiu-se tendência de queda, mas houve oscilação a partir de 1995; redução nas idades jovens e crescimento entre os idosos, especialmente nos de 80 anos e mais; proporções inferiores às do Paraná, Região Sul e Brasil. Os óbitos sem assistência são a maioria dentro das causas mal definidas. Baseado nos

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Maringá. Enfermeira do Programa Saúde da Família – Prefeitura Municipal de Paranaíta-MT.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem – Universidade Estadual de Maringá.

resultados é possível recomendar o uso dos dados de mortalidade. Sugere-se a realização de algumas investigações e o gerenciamento dos Sistemas de Informações em Saúde.

Palavras-chave: mortalidade; causa básica da morte; causas mal-definidas.

Use of the causes not well defined as indicator of the quality of the mortality data

Abstract: The mortality statistics make possible the elaboration of indicators that can serve as base for the planning and evaluation of the actions of health. The proportion of Ill-Defined Causes of deaths is a quality indicator of the mortality rates. The objective of this work was to describe the behavior of this indicator in the municipality of Maringá-PR through the data of Ministry of Health. The indicator shows improvement in the distribution and definition of the basic causes of death in the studied period: there was constant increase in the decade of 80, later on in the decade it fell and there was oscillation starting from 1995; reduction in the young ages and growth among the seniors, especially those are 80 years old and more; smaller proportions than Paraná, South Region and Brazil. The largest proportion of Ill-Defined Causes of deaths was the deaths without attendance. The indicator allows to recommend the use of the mortality data. Improvements should be implemented by means of the some investigations and the management of the Systems of Information in Health.

Keywords: mortality; cause of death; Ill-Defined Causes.

Introdução

As informações sobre mortalidade são de grande importância para a saúde pública, pois podem contribuir desde o simples conhecimento da situação de saúde até sua utilização para o planejamento, programação, gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde, visando inclusive à prevenção de doenças. Os dados sobre mortalidade permitem que se tenha um parâmetro das doenças locais, elucidando os fatores que resultam em óbitos e apontam para os determinantes sociais do fenômeno saúde-doença (Mello Jorge, 1990; Laurenti et al., 1985; Carvalho, 1996).

Essas informações são obtidas no atestado de óbito, a partir do que o médico declarou como causa básica do óbito do indivíduo. Sob o ponto de vista da saúde coletiva, o atestado de óbito tem como objetivo a elaboração de estatísticas com a precisão exata da causa de morte. Define-se causa básica do óbito como sendo: “todas as doenças, estados mórbidos e lesões que levaram a morte ou que contribuíram para ela e as circunstâncias do acidente/violência que produziram essas lesões” (Laurenti et al, 1985).

Quando se fala em dados, pressupõe-se a boa qualidade dos mesmos. Se ocorrer o contrário, a fidedignidade das informações e a elaboração de estatísticas de saúde confiáveis ficam afetadas e levam a interpretações falsas. A qualidade dos dados sobre mortalidade pode ser conceituada como “o correto, completo e exato preenchimento dos dados da Declaração de Óbito” (Oliveira; Pereira, 1997). No Brasil, a qualidade dos dados de mortalidade pode apresentar, entre outras, limitações de conhecimento médico, erros de diagnóstico, variáveis incompletamente preenchidas, erros na codificação das causas declaradas no atestado (Oliveira; Pereira, 1997). Tais limitações afetam, de forma distinta, os estudos de mortalidade segundo causa específica.

O Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) começou a apresentar a mortalidade por causas para o Brasil como um todo, para estados e capitais, enquanto que o

IBGE apresentava apenas dados relativos às capitais. Com a implantação do SIM nos municípios, alguns deles procedem à investigação e posterior correção das causas de óbito, visando à melhoria da qualidade dos dados que serão incorporados ao sistema (Carvalho, 1996).

O SIM trabalha diretamente com os atestados de óbito. Coleta dos mesmos as causas de morte, segundo regras internacionais, com a finalidade de compatibilizar os dados e permitir sua comparabilidade, consolidando-os em nível nacional e permitindo maior racionalização das atividades baseadas nas informações (Laurenti; Mello Jorge, 1993)

Uma das necessidades de correção refere-se à deficiência nos diagnósticos de causa básica, representado pelo acentuado número de óbitos por Causas Mal Definidas, cuja proporção dentro do total de óbitos ocorridos, é considerada como o indicador mais simples da qualidade dos dados de mortalidade certificados por médico (Oliveira; Pereira, 1997)

As causas básicas de óbito são classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. Dentre elas encontram-se as “Causas Mal Definidas”, que prejudicam a qualidade da informação, pois outros grupos de causas podem estar aí mascarados. Quando este grupo atinge níveis altos nas estatísticas, deduz-se que outras causas de óbitos estejam subestimadas (Nachif, 1997). Como não constitui um grupo definido de causas, não deve ser considerado nas estatísticas de mortalidade, mas ser mencionado à parte, pois dificulta o conhecimento real do perfil de mortalidade (Oliveira; Pereira, 1997).

Até o ano de 1995, a classificação era feita por uma listagem de 17 grupos de causas de óbito da CID 9ª Revisão (CID-9) (1997). No capítulo de “Sintomas, sinais e afecções mal definidas” (Capítulo XVI – categorias 780-799) estão a maioria das causas mal definidas e os sintomas que se relacionam com igual probabilidade a duas ou mais doenças ou dois ou mais aparelhos do corpo humano e sem o necessário estudo do caso para um diagnóstico final. Praticamente todas as categorias deste grupo podem ser designadas como “não especificada de outro modo”, “de etiologia desconhecida” ou “transitórios” (OMS,

1980). Dentro deste capítulo existe um código para os óbitos “sem assistência médica”, os quais significam deficiência no atendimento à população por número reduzido de profissionais (1997).

Os estados mórbidos e sinais ou sintomas incluídos em “Sintomas, sinais e afecções mal definidas” consistem em: a) casos para os quais não pode ser feito um diagnóstico mais específico, mesmo depois que todos os fatos relacionados com o caso tenham sido investigados; b) sinais ou sintomas existentes ao tempo da primeira consulta que se mostraram transitórios e cujas causas não puderam ser determinadas; c) diagnósticos provisórios em paciente que não mais retornou para alterar investigação ou tratamento; d) casos enviados a qualquer outra parte para investigação ou tratamento antes que o diagnóstico fosse feito; e) casos nos quais não foi possível um diagnóstico mais preciso por qualquer outra razão; f) certos sintomas que representam problemas importantes no tratamento médico e que se deseja classificar justamente com a causa conhecida (OMS,1980).

Entretanto, ainda que o médico tenha conhecimento claro das condições que levaram o indivíduo à morte, é possível que não registre a causa adequadamente. Por exemplo: sinais e sintomas como febre, senilidade, insuficiência respiratória, falência respiratória, parada cardíaco-respiratória, se não acompanhados de informação complementar, fazem com que o óbito seja considerado “mal definido” para efeito de classificação (1997).

A partir de 1996, os dados de mortalidade no Brasil passaram a ser codificados através da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Grassi; Laurenti, 1998), cujo Capítulo XVIII, denominado “Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial” equivale ao Capítulo XVI da CID-9.

Verifica-se na 10ª Revisão uma transferência de doenças ou agrupamentos de doenças alocadas no Capítulo XVI da CID-9, para capítulos específicos, diferentes do Capítulo XVIII. Desta mudança, resulta redução nas “Causas Mal Definidas” de óbito e aumento de casos em outros Capítulos (Grassi; Laurenti, 1998; Costa et al., 2000).

Objetivos

Descrever o comportamento dos óbitos por causas mal definidas no município de Maringá-PR, no período de 1983 a 1998.

Utilizar a proporção de óbitos por causas mal definidas como indicador da qualidade dos dados de mortalidade no município, neste mesmo período.

Materiais e métodos

A *população de estudo* compõe-se de indivíduos residentes em Maringá, cujos óbitos foram lotados em Capítulo da CID referente a Causas Mal Definidas. Selecionou-se como *período* de ocorrência dos óbitos uma série histórica de 16 anos: 1983-1998. Os anos que compõem a presente série histórica foi escolhido para estudo devido à disponibilidade de dados para os níveis municipal, regional, estadual e nacional no período em que foi realizada a pesquisa³.

No período de 1983 a 1995 foram consideradas as causas básicas codificadas no Capítulo XVI (Sintomas, sinais, afecções mal definidas) da CID-9 e no período de 1996 a 1998, as codificadas no Capítulo XVIII da CID-10 (Sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial).

O município estudado é o terceiro maior município do Paraná. Houve uma expansão muito rápida dos serviços básicos de saúde na década de 80, com aumento do número de Unidades Básicas de Saúde, de três para vinte. Em 1989 foi inaugurado o primeiro hospital público da região em função da ampliação da oferta de atendimentos básicos (Scochi, 1996). A rede municipal de serviços de saúde conta atualmente com vinte e duas Unidades de Saúde, sendo duas em área rural e um Pronto Atendimento durante 24 horas. Existem no município oito hospitais privados (seis gerais, um psiquiátrico e um de oncologia) e dois hospitais públicos (Hospital Universitário Regional e Hospital Municipal).

³O presente artigo é proveniente de monografia de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Até o ano de 1993, o recolhimento das Declarações de Óbito dos Cartórios de Registro Civil e a codificação da causa básica do óbito eram realizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná através da 15ª. Regional de Saúde. A partir de então, todo o processo de recolhimento, codificação, correção e digitação do banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade passou a ser municipalizado, no caso de Maringá, sob a responsabilidade da Seção de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do município.

A equipe local investiga e corrige as causas de óbitos, quando necessário; para isso, se vale de diferentes meios, tais como: contato telefônico com o médico responsável pelo preenchimento do atestado de óbito, consulta a prontuários e acesso ao Instituto Médico Legal.

Passou a existir também, ligado à Secretaria de Saúde do município, um serviço de plantão médico para fornecimento da Declaração de Óbito após investigação junto à família, em casos de morte sem assistência médica no domicílio.

As fontes de dados foram um banco de dados de mortalidade enviado pela Secretaria do Estado da Saúde à Secretaria de Saúde do Município de Maringá e os dados disponibilizados on-line pelo Datasus através da página <<http://www.datasus.gov.br>>.

Os óbitos sem assistência médica foram obtidos após seleção prévia dos Capítulos XVI da CID-9 e XVIII da CID-10, considerando os óbitos registrados no atestado médico como “sem assistência médica” e não aqueles codificados como tal.

Foram selecionadas as principais causas de óbito e estudados os óbitos classificados como mal definidos, os óbitos sem assistência médica e a sua distribuição por faixa etária. Foi realizada a distribuição proporcional dos dados, que são, finalmente, *apresentados* em gráficos e tabelas.

As porcentagens de Causas Mal Definidas foram calculadas em relação ao total de óbitos ocorridos na população estudada, por todas as causas codificadas pela CID e as proporções de óbitos sem assistência médica calculadas especificamente em relação aos óbitos classificados nos Capítulos de Causas Mal Definidas.

Resultados e Discussão

Os três principais grupos de causa de morte em residentes no município durante o período estudado foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias (câncer) e as causas externas (acidentes e violências). O grupo de causas mal definidas ocupou posição significativa no período de 1985 a 1991 (4º lugar), passou à 9ª posição em 1993 e chegou ao final do período como a 5ª causa de morte (Tabela 1), posição idêntica à ocupada entre os óbitos do Estado do Paraná no mesmo período.

Tabela 1 – Classificação das três principais causas de morte e das mortes por Causas Mal Definidas. Maringá –PR, 1983-98.

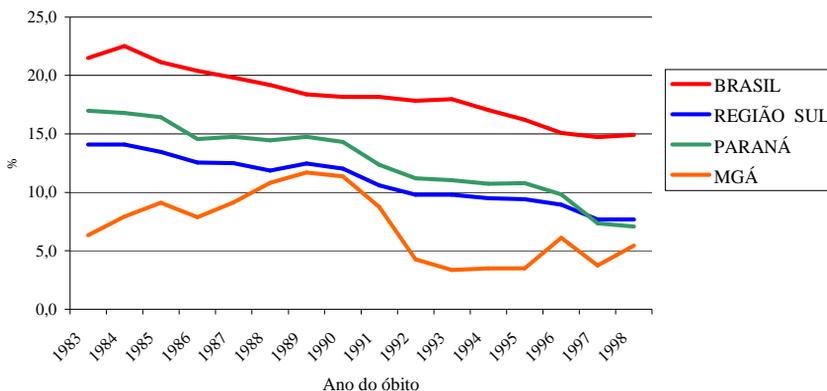
Causas	Doenças do Aparelho Circulatório			Neoplasias			Causas Externas (Acidentes e Violências)			Causas Mal Definidas		
	Anos	N	%	Clas.	N	%	Clas.	N	%	Clas.	N	%
1983	347	33,8	1º.	124	12,1	3º.	145	14,1	2º.	65	6,3	6º.
1984	330	31,1	1º.	118	11,1	3º.	155	14,6	2º.	84	7,9	5º.
1985	356	34,2	1º.	124	11,9	3º.	146	14,0	2º.	95	9,1	4º.
1986	304	27,8	1º.	136	12,4	3º.	197	18,0	2º.	86	7,9	4º.
1987	326	30,1	1º.	130	12,0	3º.	194	17,9	2º.	99	9,1	4º.
1988	360	31,6	1º.	159	14,0	2º.	156	13,7	3º.	123	10,8	4º.
1989	355	29,4	1º.	171	14,2	3º.	182	15,1	2º.	141	11,7	4º.
1990	401	30,4	1º.	173	13,1	3º.	223	16,9	2º.	150	11,4	4º.
1991	374	32,5	1º.	179	15,6	2º.	159	13,8	3º.	98	8,5	4º.
1992	407	33,7	1º.	191	15,8	2º.	163	13,5	3º.	51	4,2	7º.
1993	477	37,6	1º.	185	14,6	2º.	165	13,0	3º.	44	3,5	9º.
1994	456	35,5	1º.	192	15,0	3º.	213	16,6	2º.	45	3,5	9º.
1995	452	32,1	1º.	230	16,4	2º.	195	13,9	3º.	49	3,5	8º.
1996	419	31,2	1º.	221	16,5	2º.	201	15,0	3º.	82	6,1	5º.
1997	486	33,1	1º.	233	15,9	2º.	198	13,5	3º.	55	3,7	8º.
1998	459	32,1	1º.	256	17,9	2º.	189	13,2	3º.	78	5,5	5º.

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Ministério da Saúde.

Nota: 1983-1995: Classificação pela 9ª Revisão da CID. 1996-1998: Classificação pela 10ª Revisão da CID.

No Brasil, este grupo ocupa sempre o segundo ou terceiro lugar entre as causas de óbito, o que destaca sua importância nas estatísticas de saúde para o país. No Gráfico 1 é possível visualizar a tendência proporcional decrescente dos óbitos por Causas Mal Definidas durante os 16 anos.

Gráfico 1 – Mortalidade proporcional por causas mal definidas



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Ministério da Saúde.

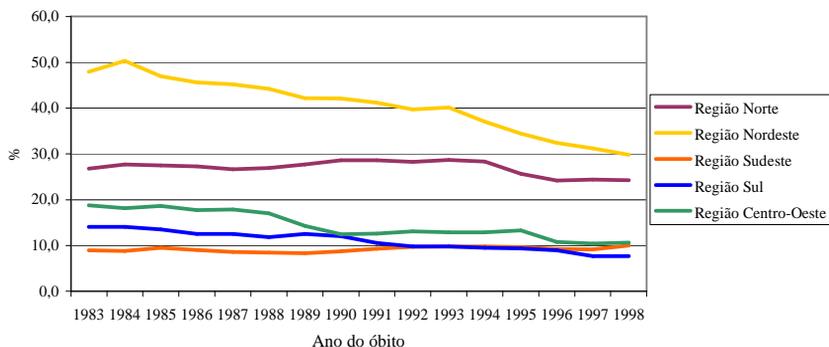
Nota: 1983-1995: Classificação pela 9ª Revisão da CID. 1996-1998: Classificação pela 10ª Revisão da CID.

O Brasil apresenta proporções maiores do que a Região Sul, o Paraná e o município de Maringá, durante todo o tempo, o que ocorre devido a desigualdades no território nacional, que podem ser observadas nas variações entre as grandes regiões do país, no Gráfico 2.

As maiores proporções de mortes por causas mal-definidas estão na Região Nordeste, enquanto nas Regiões Sudeste e Sul se visualizam as menores frequências. Tal desigualdade é consequência da maior concentração de serviços e profissionais de saúde nas Regiões Sudeste e Sul (Viana, 2001), o que leva ao maior acesso a recursos diagnósticos e maior precisão na informação da causa básica da morte. Em regiões onde não existem serviços, ou existem de forma

insuficiente e precária, ocorre também maior dificuldade no acesso da população aos serviços e aumento do número de mortes sem assistência médica ou com assistência tardia, levando à indefinição da causa da morte.

Gráfico 2 – Mortalidade proporcional por causas mal definidas, segundo regiões do Brasil. 1983-1998



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Ministério da Saúde.

Nota: 1983-1995: Classificação pela 9ª Revisão da CID. 1996-1998: Classificação pela 10ª Revisão da CID.

Oliveira; Pereira (1997) acreditam que a menor proporção nas Regiões Sul e Sudeste deva-se a uma boa rede de assistência médica ao passo que no Nordeste a situação de assistência médica é deficiente no tocante à quantidade de profissionais e não em termos de qualidade do seu atendimento daqueles que ali atuam.

Mesmo em capitais, com rede de serviços de saúde, profissionais e distintas complexidades de diagnóstico, é possível encontrar altos índices de óbitos por Causas Mal Definidas, como foi observado por Pordeus et al (1998) em Fortaleza (CE). Segundo estes autores, tal fato pode ser explicado pelos “bolsões de miséria”, dificuldades de acesso do pessoal de baixo poder aquisitivo aos serviços de maior complexidade de diagnóstico e de procedimentos cirúrgicos, discrepância entre demanda e oferta, filas, tempo para conseguir consulta e morte sem assistência.

Além disso, as Regiões Sul e Sudeste são privilegiadas quanto à cobertura e qualidade das estatísticas de saúde, apresentando dados confiáveis de nascimentos e mortalidade (Carvalho, 1996; Paes, 1999). Isto significa que nestas regiões são esperadas, tanto a maior qualidade de no preenchimento do Atestado de Óbito como maior precisão nas informações de causa básica das mortes ali ocorridas.

O município de Maringá esteve durante todo o período estudado com os percentuais de Causas Mal Definidas inferiores às apresentadas pela sua Região e Estado (Gráfico1). Houve aumento proporcional constante desde o início da série histórica até o valor de 11,6% em 1989, seguido de declínio até o ano de 1993 e estabilidade até 1995 (cerca de 3%), a partir de quando apresentou pequenas oscilações anuais (Tabela 1).

É possível que a redução verificada de forma mais acentuada em 1992, tenha sido impulsionada pela expansão de serviços de saúde na rede municipal, datada de 1986 e pela implantação do Hospital Universitário Regional, em 1989. Entretanto, o aumento do número de serviços não explica totalmente essa redução e devem ser avaliados outros fatores através de uma análise mais ampla das políticas de saúde implantadas no município.

Vale ressaltar que a possível redução provocada pelas mudanças de codificação pela CID-10 a partir de 1996, não se verificou nos dados obtidos. Sugerimos uma análise de tendência para verificar quais alterações a CID-10 causou na classificação dos óbitos do município. Poderia ainda ser realizada avaliação sobre o resultado de ações específicas implantadas no município na melhoria do diagnóstico da causa básica do óbito, como por exemplo, o plantão médico para investigação de óbitos.

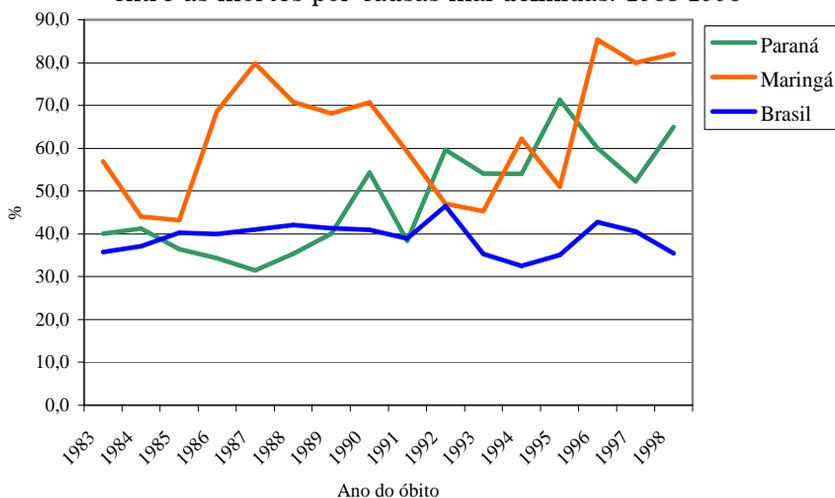
Parte dos óbitos são classificados como mal definidos devido ao fato do óbito ocorrido no domicílio ter sido constatado por médico que não acompanhava aquele indivíduo em seu tratamento de saúde ou ainda em caso de assistência tardia. Estes casos são registrados na Declaração de Óbitos como sendo “sem assistência médica”. Por vezes, até mesmo as mortes ocorridas dentro de serviços de saúde, com presença de médico em tempo integral, são considerados erronea-

mente como “sem assistência médica”, porque o médico que assina o Atestado de Óbito não é o mesmo que acompanhou o indivíduo durante sua permanência naquela instituição.

A proporção de mortes “sem assistência médica” em Maringá respondeu, em vários anos, por mais de 65% das causas mal definidas, chegando a valores acima de 80% nos últimos anos da série e apresentou maiores proporções do que o Estado do Paraná e o Brasil (Gráfico 3). Esta distribuição pode ser justificada pela elevada ocorrência destes óbitos em idosos, geralmente em suas residências e, portanto, sem assistência médica. Costa et al. (2000), constataram que 65% dos óbitos por causas mal definidas do ano de 1996, na população idosa brasileira, ocorreram sem assistência médica.

Outra possibilidade a ser investigada é o preenchimento incorreto especificamente neste item das Declarações de Óbito, pois, quando comparado à média do Estado do Paraná e ao Brasil, este município não é deficitário em número de serviços ou profissionais.

Gráfico 3 – Proporção de mortes sem assistência médica, entre as mortes por causas mal definidas. 1983-1998



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Ministério da Saúde.

Nota: 1983-1995: Classificação pela 9ª Revisão da CID. 1996-1998: Classificação pela 10ª Revisão da CID.

Durante o período estudado verifica-se redução na freqüência das causas mal definidas em faixas etárias inferiores e aumento das proporções na faixa etária de 80 anos e mais, o que sugere melhoria na qualidade dos dados devido a melhor definição nos diagnósticos em pessoas mais jovens (Tabela 2).

Altas proporções de morte por causas mal definidas em idosos são documentadas também em países desenvolvidos e decorrem da dificuldade de se estabelecer uma causa básica de óbito neste grupo etário o que parece estar ligado à interferência da idade na expressão dos sinais e sintomas diagnósticos e na presença freqüente de múltiplas doenças no idoso (Costa et al, 2000).

Tabela 2 – Mortalidade proporcional por Causas Mal Definidas, segundo faixa etária. Maringá – PR, 1983-98.

Ano	Óbito	Faixa Etária												Idade anos	ignor.	Total
		Menor 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 e + anos			
1983	N	7	-	-	-	1	2	1	8	8	7	17	13	1	65	
	%	10,8	-	-	-	1,5	3,1	1,5	12,3	12,3	10,8	26,2	20,0	1,5	100,0	
1984	N	6	1	1	-	3	2	9	13	9	10	14	16	-	84	
	%	7,1	1,2	1,2	-	3,6	2,4	10,7	15,5	10,7	11,9	16,7	19,0	-	100,0	
1985	N	8	-	2	1	2	1	9	13	17	13	13	16	-	95	
	%	8,4	-	2,1	0,1	2,1	1,1	9,5	13,7	17,9	13,7	13,7	16,8	-	100,0	
1986	N	2	4	-	-	1	6	9	15	13	11	11	14	-	86	
	%	2,3	4,7	-	-	1,2	7,0	10,5	17,4	15,1	12,8	12,8	16,3	-	100,0	
1987	N	3	1	-	-	1	5	6	9	19	15	24	16	-	99	
	%	3,0	1,0	-	-	1,0	5,1	6,1	9,1	19,2	15,2	24,2	16,2	-	100,0	
1988	N	1	-	-	-	-	3	8	15	20	18	30	27	1	123	
	%	0,8	-	-	-	-	2,4	6,5	12,2	16,3	14,6	24,4	22,0	0,8	100,0	
1989	N	3	2	-	1	2	2	10	18	21	31	19	31	1	141	
	%	2,1	1,4	-	0,1	1,4	1,4	7,1	12,8	14,9	22,0	13,5	22,0	0,7	100,0	
1990	N	4	-	-	-	3	-	6	17	25	35	30	30	-	150	
	%	2,7	-	-	-	2,0	-	4,0	11,3	16,7	23,3	20,0	20,0	-	100,0	
1991	N	1	-	-	-	-	4	7	5	13	28	21	19	-	98	
	%	1,0	-	-	-	-	4,1	7,1	5,1	13,3	28,6	21,4	19,4	-	100,0	
1992	N	1	-	-	1	-	-	-	5	7	8	8	21	-	51	
	%	2,0	-	-	0,1	-	-	-	9,8	13,7	15,7	15,7	41,2	-	100,0	
1993	N	-	-	-	-	1	-	2	3	4	6	12	15	1	44	
	%	-	-	-	-	2,3	-	4,5	6,8	9,1	13,6	27,3	34,1	2,3	100,0	

1994	N	2	-	-	-	1	-	2	2	3	5	8	22	-	45
	%	4,4	-	-	-	2,2	-	4,4	4,4	6,7	11,1	17,8	48,9	-	100,0
1995	N	2	-	-	1	-	2	1	5	3	4	8	23	-	49
	%	4,1	-	-	0,1	-	4,1	2,0	10,2	6,1	8,2	16,3	46,9	-	100,0
1996	N	-	-	-	-	-	1	3	5	10	16	15	32	-	82
	%	-	-	-	-	-	1,2	3,7	6,1	12,2	19,5	18,3	39,0	-	100,0
1997	N	-	-	-	-	-	-	-	4	5	13	15	17	1	55
	%	-	-	-	-	-	-	-	7,3	9,1	23,6	27,3	30,9	1,8	100,0
1998	N	2	-	1	-	-	1	2	2	7	12	17	33	1	78
	%	2,6	-	1,3	-	-	1,3	2,6	2,6	9,0	15,4	21,8	42,3	1,3	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade. Ministério da Saúde.

Nota: 1983-1995: Classificação pela 9ª Revisão da CID. 1996-1998: Classificação pela 10ª Revisão da CID.

Conclusão

Diante da distribuição dos óbitos por causas mal definidas encontrada na série histórica, é possível recomendar o uso dos dados de mortalidade para definição de políticas de saúde no município, bem como para a pesquisa em geral. O indicador eleito no presente estudo evidencia melhor definição das causas de morte no município e, portanto, maior qualidade dos dados de mortalidade, verificadas através de:

- tendência de queda nas proporções de causas mal definidas e na importância deste grupo entre os grupos de causa básica de óbito.
- proporções inferiores deste grupo de causas em Maringá, quando comparadas ao estado do Paraná, Região Sul do país e Brasil.
- redução da proporção de óbitos por causas mal definidas em idades jovens e predomínio em idosos, especialmente naqueles com 80 anos e mais.

Apesar de tal constatação, é de fundamental importância, para a manutenção da qualidade das estatísticas de saúde neste município, o gerenciamento dos Sistemas de Informações em Saúde. Este deve

manter o monitoramento da evolução deste grupo de causas; detectar os motivos das oscilações em suas proporções (presentes a partir de 1995); investigar a fidedignidade da informação relativa a “mortes sem assistência médica”; avaliar a interferência das políticas de saúde ou ações específicas implantadas no município na melhoria do diagnóstico da causa básica do óbito; realizar análise de tendência para verificar a influência da CID-10 sobre a distribuição dos óbitos, entre outras atividades.

Destaca-se ainda a importância de contínuo incentivo aos profissionais de saúde para o correto preenchimento da Declaração de Óbito, de ampla utilização dos dados de mortalidade em nível local e de discussão dos problemas existentes como estratégias de aprimoramento contínuo dos dados de mortalidade.

Bibliografia

CARVALHO, W.O. *Nascidos vivos e óbitos perinatais dos municípios de Maringá, Paiçandu e Sarandi, PR - 1994*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1996. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva)

COSTA, M. F. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v.9, n.1, p. 23-41, jan./mar. 2000.

GRASSI, P. R.; LAURENTI, R. Implicações da introdução da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v.7, n.3, p. 43-47, jul./set. 1998.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. *O atestado de óbito*. São Paulo: MS/USP, 1993. (Série Divulgação, 1).

LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo: Epu, 1985.

MELLO JORGE, M. H. P. *Registro dos eventos vitais: sua importância em Saúde Pública*. São Paulo: MS/USP, 1990. (Série Divulgação, 5).

NACHIF, M. C. A. *A mortalidade por causa desconhecida em Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 1997. Mimeografado.

OLIVEIRA, H.; PEREIRA, I. P. A. Estatísticas de mortalidade e nascidos vivos: considerações sobre principais problemas. *Informe epidemiológico do SUS*. Brasília, v.6, n.3, p. 15-19, jul./set. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito*: manual. 9ª revisão. São Paulo, 1980. v.1.

PAES, N. A.; ALBUQUERQUE, M. E. E. Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbitos para as regiões brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, v.33, n.1, p. 33-43, fev.1999.

PORDEUS, A. M. J. et al. O reflexo dos serviços de saúde sobre os óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. *Resumos...* Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

SCOCHI, M. J. *Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada*. 1996. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. (Tese de Doutorado em Saúde Pública)

VIANA, S. M. et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS; IPEA, 2001.