

Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010*

doi: 10.5123/S1679-49742015000400007

Incompleteness of Mortality Information System records on deaths from external causes in Pernambuco, Brazil, 2000-2002 and 2008-2010

Gabriela Bardelini Tavares Melo¹

Sandra Valongueiro¹

¹Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Recife-PE, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a incompletude dos registros de óbitos por causas externas do Sistema de Informações sobre Mortalidade no estado de Pernambuco, Brasil, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010. **Métodos:** estudo descritivo, no qual foi calculada a proporção (%) de incompletude para variáveis selecionadas, segundo Regiões de Saúde (RS). **Resultados:** a variável 'assistência médica' apresentou a maior incompletude em Pernambuco (60,2%; 84,4%) e nas RS (oito em 2000-2002; 11 em 2008-2010); as variáveis com menores incompletudes foram 'sexo' (0,06%) e 'local de ocorrência' (2,0%; 2,6%); 'naturalidade' teve incompletude reduzida em 11 RS, e 'assistência médica' em nove RS; 'raça/cor' reduziu sua incompletude em todas as RS e em Pernambuco (-53,9%); **Conclusão:** a incompletude de algumas variáveis reduziu-se; entretanto, a persistência da incompletude elevada em variáveis como 'escolaridade', 'assistência médica' e 'necropsia' pode distorcer informações sobre os óbitos por causas externas, prejudicando o planejamento de ações e políticas públicas para redução dessas mortes.

Palavras-chave: Causas Externas; Sistemas de Informação; Atestado de Óbito; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to estimate the incompleteness of Mortality Information System records on deaths from external causes in 2000-2002 and 2008-2010, by Health Region (HR) in Pernambuco, Brazil. **Methods:** this was a descriptive study calculating the proportion (%) of selected variable incompleteness by HR. **Results:** the 'medical care' (60.2%; 84.4%) variable showed higher incompleteness in Pernambuco and in the HR (eight in 2000-2002; 11 in 2008-2010); the least incomplete variables were 'sex' (0.06%) and 'location of occurrence' (2.0%; 2.6%); incompleteness reduced for 'place of birth' in 11 HR and 'medical care' in nine HR; 'race/color' incompleteness decreased in all HR and in Pernambuco state (-53.9%). **Conclusion:** the incompleteness of some variables was reduced, however, the persistence of high incompleteness in variables like 'schooling', 'medical care' and 'necropsy' can distort information about deaths from external causes, precluding action and policy planning intended to reduce them.

Key words: External Causes; Information Systems; Death Certificates; Epidemiology, Descriptive.

* Estudo financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Ministério da Educação (MEC). A presente análise é parte integrante da dissertação de Mestrado de Gabriela Bardelini Tavares Melo, intitulada 'Qualidade do sistema de informação sobre mortalidade: a questão das causas externas em Pernambuco', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, no ano de 2014.

Endereço para correspondência:

Gabriela Bardelini Tavares Melo – SHCES, Quadra 1305, Bloco A, apto 303. Cruzeiro Novo. Brasília – DF, Brasil. CEP: 70658-351
E-mail: gabrielabtm@gmail.com

Introdução

As mortes por causas externas ocupam lugar de destaque no Brasil e no estado de Pernambuco, principalmente entre jovens do sexo masculino.¹⁻⁵ Em 2009, esses óbitos representaram 12,5% dos óbitos do país, sendo a segunda *causa mortis* nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a terceira na região Sul e a quarta na região Sudeste.⁶

Em Pernambuco, as causas externas corresponderam à segunda causa de morte no ano de 2009,⁷ 13,9% dos óbitos naquele ano, passando a 14,6% no ano seguinte, 2010.⁸

Para todo óbito resultante e/ou suspeito de uma causa externa, o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) deve ser realizado por um perito/médico legista do Instituto Médico Legal (IML), após necropsia do corpo, ou por perito designado para tal, caso a localidade não conte com IML.⁹ O preenchimento e a assinatura da DO são de responsabilidade ética e legal do profissional médico.¹⁰

Para se conhecer a magnitude e o impacto causado

O aprimoramento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) deve ser uma preocupação central entre os gestores do Sistema Único de Saúde.

pelos óbitos por causas externas, é necessário que as informações registradas na DO apresentem completude e qualidade. Também é fundamental a boa cobertura do sistema de informações.

O aprimoramento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) deve ser uma preocupação central entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de fortalecer e consolidar o SIM enquanto ferramenta de produção de informações confiáveis sobre a mortalidade no Brasil.¹¹

Apesar da existência de dispositivos legais, observa-se que em alguns casos, as DO por causas externas não apresentam informações fidedignas acerca da circunstância da morte, ou seja, do acidente ou violência a que se deve o óbito.^{9,12,13}

De acordo com alguns autores, outro fator capaz de influenciar a incompletude das variáveis é o não preenchimento ou preenchimento incorreto de algumas variáveis, pelo simples fato de os profissionais médicos não as considerarem importantes.^{14,15}

Portanto, faz-se necessário e foi objetivo do presente estudo descrever a incompletude dos registros de óbitos por causas externas do Sistema de Informações sobre Mortalidade no estado de Pernambuco, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, que incluiu todos os óbitos por causas externas registrados no SIM pelo estado de Pernambuco, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010.

O estado, localizado na região Nordeste do Brasil, possui 12 Regiões de Saúde (RS), responsáveis pela coordenação da Atenção Básica, Hospitalar e de Vigilância em Saúde em nível regional, inclusive dos sistemas de informações em saúde, em parceria com os municípios.

Os dois triênios supramencionados foram selecionados para permitir a comparação entre períodos durante os quais o Ministério, a Secretaria de Estado e as Secretarias Municipais de Saúde empreenderam esforços e investimentos no SIM, com vistas ao fortalecimento de sua cobertura, qualidade dos registros e gestão local.

Ademais, essa estratégia permitiu estudar a incompletude do registro dos óbitos por causas externas antes e após a implantação do Pacto pela Vida.^{16,17} Este Pacto foi lançado em Pernambuco no ano de 2007, com o objetivo de reduzir os óbitos por crimes violentos letais e intencionais (CVLI) no estado,¹⁶ e apresenta, como uma de suas linhas de ação, o aperfeiçoamento da informação e gestão do conhecimento.¹⁷

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009,¹⁸ o processamento dos dados de mortalidade e a digitação da Declaração de Óbito devem ser realizados no município de ocorrência do óbito; já o processamento das DO emitidas pelos IML poderá, a critério da Secretaria de Estado de Saúde, ser realizado no município-sede do serviço. Pernambuco possui três unidades do IML, localizados nos municípios do Recife (IML-Sede), Caruaru e Petrolina. Como Petrolina é o único município a realizar a digitação das DO, decidiu-se avaliar os óbitos por local de ocorrência.

Inicialmente, os dados foram extraídos do banco de dados do SIM, disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datapus). Em seguida, esses dados foram tabulados com auxílio dos

programas TabWin© (versão 3.5) e Microsoft Office Excel 2010®, organizados e distribuídos por Região de Saúde do estado.

Para a avaliação da incompletude no preenchimento das variáveis dos óbitos por causas externas no SIM, foi calculada a frequência relativa (em percentual) de não preenchimento (campo em branco) ou preenchimento com o código ignorado das variáveis selecionadas, tendo como referência a definição de incompletude utilizada por Glatt¹⁹ e Romero e Cunha.²⁰

As variáveis avaliadas quanto à incompletude foram: 'naturalidade'; 'sexo'; 'raça/cor'; 'situação conjugal'; 'escolaridade'; 'local de ocorrência'; 'assistência médica'; 'necropsia'; 'tipo' (circunstância do óbito); e 'fonte de informação'. As demais variáveis da DO não foram incluídas neste estudo por seu preenchimento não ser obrigatório, ou por se encontrarem em blocos específicos de mortalidade materna e infantil.

Foi atribuído um escore para a completude de cada variável, de acordo com a metodologia proposta por Romero e Cunha:¹⁸

- Excelente para variáveis com menos de 5% de incompletude;
- Bom para variáveis entre 5 e menos que 10%;
- Regular para variáveis entre 10 e menos que 20%;
- Ruim para variáveis entre 20 e menos que 50%; e
- Muito Ruim para variáveis com 50% ou mais de incompletude.

Para as variáveis com incompletude, foram também calculadas as variações percentuais com o objetivo de avaliar o grau de mudança nas incompletudes entre os dois períodos. O cálculo foi realizado da seguinte forma:

$$VP = \left(\frac{\% \text{ de incompletude em 2008 a 2010} - \% \text{ de incompletude em 2000 a 2002}}{\% \text{ de incompletude em 2000 a 2002}} \right) \times 100$$

Onde:

VP = variação percentual

% de incompletude em 2008 a 2010 = percentual de incompletude da variável no período 2008-2010

% de incompletude em 2000 a 2002 = percentual de incompletude da variável no período 2000-2002

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 4 de setembro de 2013 – Parecer nº 384.184 –, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CSN) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

No estado de Pernambuco, ocorreram 22.027 óbitos por causas externas entre 2000-2002 (9,0% dos óbitos ocorridos) e 23.226 entre 2008-2010 (8,8% dos óbitos ocorridos). Esses óbitos concentraram-se na 1ª Região de Saúde, nos dois períodos avaliados (Tabela 1).

No período 2000-2002, as variáveis que apresentaram maiores incompletudes em Pernambuco foram 'escolaridade' (71,4%) e 'assistência médica' (60,2%), ambas com escore Muito Ruim. As variáveis 'sexo' e 'local de ocorrência' apresentaram menores incompletudes (0,05% e 2,0%, respectivamente), com escore Excelente (Tabelas 1 e 2).

No período 2008-2010, destacou-se a pior completude para a variável 'assistência médica' (84,4%), com escore Muito Ruim. As variáveis 'sexo' e 'local de ocorrência' permaneceram com as menores incompletudes (0,06% e 2,6% respectivamente), com escore Excelente, acompanhadas pela variável raça/cor (4,5%) (Tabelas 1 e 2).

Ao se comparar os dois períodos, evidenciou-se crescimento da incompletude de algumas variáveis, especialmente 'circunstância' e 'assistência médica' com as maiores variações percentuais positivas (143,2% e 40,2%, respectivamente). Em contrapartida, as variáveis 'escolaridade' e 'raça/cor' apresentaram as maiores variações percentuais negativas de incompletude (-64,7% e -53,9%, respectivamente) (Tabela 3).

Apesar de a variável 'escolaridade' ter apresentado a maior redução na incompletude (maior variação percentual negativa), seus escores foram Muito Ruim em 2000-2002 e Ruim em 2008-2010 (Tabelas 2 e 3).

Na abordagem por Regiões de Saúde – RS –, os registros referentes ao período 2000-2002 revelaram incompletudes elevadas para as variáveis 'escolaridade', 'assistência médica' e 'necropsia'. Entre estas três, a variável 'assistência médica' apresentou a maior incompletude em oito RS (Tabela 1), além de receber o escore Muito Ruim em quase todas elas – exceto na 2ª e na 8ª RS, onde o escore do campo 'assistência médica' foi avaliado como Ruim (Tabela 2). As menores incompletudes, para a maioria das RS, foram observadas no preenchimento das variáveis 'sexo' e 'local de ocorrência' (Tabelas 1 e 2).

No período 2008-2010, igualmente ao período anterior, as mesmas variáveis permaneceram com elevada incompletude e piores escores, destacando-se novamente 'assistência médica' com a maior incompletude em 11

Tabela 1 – Número e frequência relativa (%) de registros de óbitos por causas externas com incompletude de variáveis selecionadas do Sistema de Informações sobre Mortalidade, segundo Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010

Variáveis	Região de Saúde												Pernambuco														
	2000-2002												2008-2010														
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	n	%													
Naturalidade	3.431	26,5	137	15,8	218	17,0	482	18,2	103	11,0	78	12,9	41	18,5	37	3,7	61	14,5	48	27,6	20	5,0	102	19,5	4.758	21,6	
Sexo	8	0,0	-	-	3	0,2	1	0,0	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0,0
Raça/cor	1.433	11,1	58	6,7	80	6,3	148	5,6	284	30,2	9	1,5	17	7,7	34	3,4	10	2,4	5	2,9	18	4,5	34	6,5	2.130	9,7	
Situação conjugal	4.221	32,6	129	14,9	306	23,9	709	26,8	149	15,9	30	5,0	10	4,5	80	8,1	18	4,3	10	5,8	14	3,5	150	28,6	5.826	26,5	
Escolaridade	11.623	89,7	366	42,3	612	47,8	1.478	55,8	535	56,9	70	11,6	29	13,1	580	58,7	61	14,5	34	19,5	63	15,7	284	54,2	15.735	71,4	
Local de ocorrência	235	1,8	19	2,2	31	2,4	114	4,3	11	1,2	7	1,2	1	0,5	9	0,9	3	0,7	4	2,3	3	0,8	9	1,7	446	2,0	
Assistência médica	7.072	54,6	403	46,5	1.060	82,8	1.880	70,9	779	82,9	456	75,5	164	73,9	244	24,7	392	93,1	121	69,5	387	96,3	311	59,4	13.269	60,2	
Necropsia	2.162	16,7	148	17,1	724	56,5	742	28,0	569	60,5	318	52,7	136	61,3	171	17,3	281	66,8	104	59,8	348	86,6	148	28,2	5.851	26,6	
Circunstância	894	6,9	46	5,3	17	1,3	102	3,9	13	1,4	4	0,7	4	1,8	27	2,7	9	2,1	7	4,0	5	1,2	27	5,2	1.155	5,2	
Fonte de informação	6.039	46,6	446	51,5	545	42,5	331	12,5	487	51,8	102	16,9	62	27,9	221	22,4	173	41,1	104	59,8	259	64,4	240	45,8	9.009	40,9	
Total de óbitos por causas externas	12.955	100,0	866	100,0	1.281	100,0	2.650	100,0	940	100,0	604	100,0	222	100,0	988	100,0	421	100,0	174	100,0	402	100,0	524	100,0	22.027	100,0	
2008-2010																											
Naturalidade	3.652	27,6	52	5,8	269	24,5	592	20,5	305	30,2	236	32,0	60	28,7	109	10,8	153	20,1	153	53,1	344	67,9	153	27,0	6.078	26,2	
Sexo	12	0,0	1	0,1	2	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	0,0
Raça/cor	717	5,4	50	5,6	43	3,9	67	2,3	68	6,7	10	1,4	5	2,4	15	1,5	13	1,7	7	2,4	10	2,0	31	5,5	1.036	4,5	
Situação conjugal	1.384	10,5	93	10,3	196	17,8	1.104	38,2	233	23,1	106	14,4	13	6,2	53	5,2	52	6,8	22	7,6	40	7,9	37	6,5	3.333	14,4	
Escolaridade	2.244	17,0	139	15,5	338	30,8	2.011	69,5	533	52,8	170	23,0	32	15,3	112	11,1	88	11,5	57	19,8	87	17,2	53	9,4	5.864	25,3	
Local de ocorrência	220	1,7	89	9,9	48	4,4	115	4,0	50	5,0	47	6,4	1	0,5	1	0,1	2	0,3	8	2,8	8	1,6	11	1,9	600	2,6	
Assistência médica	11.288	85,3	770	85,7	888	80,8	2.439	84,3	822	81,4	564	76,4	196	93,8	705	69,7	742	97,3	275	95,5	430	84,8	493	87,0	19.612	84,4	
Necropsia	3.091	23,4	249	27,7	167	15,2	190	6,6	224	22,2	163	22,1	114	54,6	60	5,9	594	77,9	187	64,9	204	40,2	70	12,4	5.313	22,9	
Circunstância	2.137	16,1	93	10,3	71	6,5	264	9,1	106	10,5	62	8,4	27	12,9	82	8,1	27	3,5	19	6,6	56	11,1	18	3,2	2.962	12,8	
Fonte de informação	3.634	27,5	185	20,6	130	11,8	102	3,5	214	21,2	71	9,6	67	32,1	120	11,9	311	40,8	95	33,0	154	30,4	92	16,2	5.175	22,3	
Total de óbitos por causas externas	13.240	100,0	899	100,0	1.099	100,0	2.894	100,0	1.010	100,0	738	100,0	209	100,0	1.012	100,0	763	100,0	288	100,0	507	100,0	567	100,0	23.226	100,0	

Tabela 2 – Escores da incompletude das variáveis do Sistema de Informações sobre Mortalidade referentes aos óbitos por causas externas, segundo Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010

Variáveis	Região de Saúde												
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	Pernambuco
	2000-2002												
Naturalidade	R	RE	RE	RE	RE	RE	RE	E	RE	R	E	RE	R
Sexo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Raça/cor	RE	B	B	B	R	E	B	E	E	E	E	B	B
Situação conjugal	R	RE	R	R	RE	E	E	B	E	B	E	R	R
Escolaridade	MR	R	R	MR	MR	RE	RE	MR	RE	RE	RE	MR	MR
Local de ocorrência	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Assistência médica	MR	R	MR	MR	MR	MR	MR	R	MR	MR	MR	MR	MR
Necropsia	RE	RE	MR	R	MR	MR	RE	RE	MR	MR	MR	R	R
Circunstância	B	B	E	E	E	E	E	E	E	E	E	B	B
Fonte de informação	R	MR	R	RE	MR	RE	R	R	R	MR	MR	R	R
	2008-2010												
Naturalidade	R	B	R	R	R	R	R	RE	R	MR	MR	R	R
Sexo	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Raça/cor	B	B	E	E	B	E	E	E	E	E	E	B	E
Situação conjugal	RE	RE	RE	R	R	RE	B	B	B	B	B	B	RE
Escolaridade	RE	RE	R	MR	MR	R	RE	RE	RE	RE	RE	B	R
Local de ocorrência	E	B	E	E	E	B	E	E	E	E	E	E	E
Assistência médica	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
Necropsia	R	R	RE	B	R	R	MR	B	MR	MR	RE	RE	RE
Circunstância	RE	RE	B	B	RE	B	RE	B	E	B	RE	E	RE
Fonte de informação	R	R	RE	E	R	B	R	RE	R	R	R	RE	R

Nota: E = Excelente; B = Bom; RE = Regular; R = Ruim; MR = Muito Ruim.

RS e escore Muito Ruim em todas as RS. As variáveis 'sexo' e 'local de ocorrência' também mantiveram as menores incompletudes (Tabelas 1 e 2).

Quanto à variação proporcional da incompletude de cada variável entre os dois períodos do estudo, verificou-se que 'naturalidade', 'situação conjugal', 'escolaridade', 'local de ocorrência', 'assistência médica' e 'circunstância' apresentaram aumento da incompletude na maioria das RS, com destaque para 'naturalidade', que aumentou em 11 RS, e 'assistência médica', com incremento em nove RS (Tabela 3).

Entre as RS, a 6ª RS apresentou aumento da incompletude na maioria das variáveis: 'situação conjugal', 'escolaridade', 'local de ocorrência' e 'circunstância'.

A variável 'raça/cor' apresentou redução da incompletude em todas as RS. Para a variável 'fonte de informação', também houve redução na incompletude em quase todas as RS, exceto na 7ª RS (Tabela 3).

A variável 'sexo' apresentou aumento da incompletude somente na 1ª RS. Para essa variável, houve redução da incompletude nas 3ª, 4ª e 5ª RS. Nas demais Regiões de Saúde a variável não apresentou incompletude (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo revelou que a incompletude das variáveis 'escolaridade' e 'assistência médica' foi elevada no estado de Pernambuco, no período de 2000-2002. No período 2008-2010, 'assistência médica' foi a variável que apresentou a maior incompletude. Nas Regiões de Saúde, em ambos os períodos do estudo, as maiores incompletudes foram também para a variável 'assistência médica'. As variáveis 'sexo' e 'local de ocorrência' foram as que apresentaram as menores incompletudes e melhores escores, nos dois períodos do estudo, tanto para o estado como para as RS.

A qualificação dos dados do SIM é importante, desde que as produções de informações sobre a mortalidade subsidiem o processo de planejamento e avaliação de políticas, ações e serviços de saúde.^{11,15}

Para ser considerado de boa qualidade, um banco de dados deve se mostrar completo e confiável quanto a seus registros.²¹ Quando esses dados são inconsistentes, a confiabilidade das informações é prejudicada e

Tabela 3 – Variação percentual^a da incompletude das variáveis do Sistema de Informações sobre Mortalidade referentes aos óbitos por causas externas, segundo Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010

Variáveis	Região de Saúde												Pernambuco
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	
Naturalidade	4,2	-63,4	43,8	12,5	175,6	147,6	55,4	187,6	38,4	92,6	1.263,8	38,6	21,1
Sexo	46,8	-	-22,3	-100,0	-100,0	-	-	-	-	-	-	-	9,4
Raça/cor	-51,0	-17,0	-37,3	-58,5	-77,7	-9,1	-68,8	-56,9	-28,3	-15,4	-56,0	-15,7	-53,9
Situação conjugal	-67,9	-30,6	-25,3	42,6	45,5	189,2	38,1	-35,3	59,4	32,9	126,5	-77,2	-45,7
Escolaridade	-81,1	-63,4	-35,6	24,6	-7,3	98,8	17,2	-81,1	-20,4	1,3	9,5	-82,8	-64,7
Local de ocorrência	-8,4	351,2	80,5	-7,6	323	449,5	6,2	-89,2	-63,2	20,8	111,4	13,0	27,6
Assistência médica	56,2	84,1	-2,4	18,8	-1,8	1,2	26,9	182,1	4,4	37,3	-11,9	46,5	40,2
Necropsia	39,9	62,1	-73,1	-76,6	-63,4	-58,0	-11,0	-65,7	16,6	8,6	-53,5	-56,3	-13,9
Circunstância	133,9	94,8	386,8	137,0	658,9	1.168,6	617	196,5	65,5	64,0	788,0	-38,4	143,2
Fonte de informação	-41,1	-60,0	-72,2	-71,8	-59,1	-43,0	14,8	-47,0	-0,8	-44,8	-52,9	-64,6	-45,5

a) Variação percentual da incompletude de 2008-2010 em relação à incompletude de 2000-2002

falsos diagnósticos sobre a situação de saúde podem ser construídos.¹⁵ Apesar da existência de dispositivos legais, estudos demonstram haver problemas quanto à qualidade do banco de dados do sistema, decorrentes do preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito.^{15,22}

A incompletude das variáveis dos óbitos pode influenciar nos resultados encontrados, mascarar ou distorcer informações importantes sobre mortalidade. A incompletude elevada das variáveis dos óbitos por causas externas, especificamente, compromete o conhecimento da magnitude dos óbitos por essa causa, prejudicando o planejamento de ações destinadas a seu monitoramento e prevenção.^{12,13}

Alguns autores explicam a incompletude dessas variáveis, baseando-se na importância dada a seu preenchimento pelos profissionais médicos.^{14,15} De acordo com os mesmos autores, a variável 'sexo', por exemplo, é considerada mais importante do que as variáveis 'escolaridade' ou 'raça/cor'.

O fato de considerar algumas variáveis mais importantes do que outras pode estar relacionado à sua classificação pelo Ministério da Saúde. Segundo Costa e Frias,¹⁵ o Ministério classificava as variáveis como indispensáveis, essenciais ou secundárias, o que pode ter causado a falsa impressão de que certas variáveis merecem maior consideração em seu preenchimento que outras.

Outro fator capaz de influenciar a incompletude de algumas variáveis seria a não digitação no sistema dos campos da Declaração de Óbito – mesmo quando esses campos se encontram preenchidos na DO.²² Por este motivo, é muito importante que os municípios monitorem e realizem a crítica constante de seus bancos de dados e da codificação aplicada.

Mais uma questão possivelmente relacionada à incompletude das variáveis está no conhecimento da DO e de sua importância pelos profissionais responsáveis por seu preenchimento e processamento. Em hospitais de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, no ano de 2009, Mendonça e colaboradores²³ observaram que 75% dos médicos não conheciam o Manual de Instruções do Ministério da Saúde para preenchimento da DO e 28% afirmaram que o preenchimento das variáveis de identificação do indivíduo era realizado por outros profissionais, inclusive assistentes administrativos.

Um dos resultados do presente trabalho corrobora estudo realizado por Rio e colaboradores²⁴ no estado da Bahia, no período de 1996 a 2010: também aqui, a variável 'sexo' apresentou baixa frequência de infor-

mações ignoradas ou não preenchidas, ou seja, baixa incompletude.

Com relação à incompletude da variável 'local de ocorrência', embora antigo, estudo realizado por Barros e cols.²⁵ no município do Recife, no período de 1979 a 1995, demonstrou que essa variável apresentava baixa incompletude – percentuais de preenchimento variando de 88,7 a 100,0% – assim como ocorreu no presente estudo.

Outros estudos, um deles sobre o estado do Espírito Santo, a região Sudeste e o Brasil, para o período entre 1996 e 2007, e outro realizado no estado da Bahia, sobre o período de 1996 a 2010,^{21,24} embora abordassem tão somente óbitos por suicídios, também verificaram baixa incompletude da variável 'local de ocorrência'.

Sobre a 'escolaridade', verificou-se elevada incompletude em seu preenchimento. Da mesma forma que o presente, outro estudo, realizado por Antunes¹¹ no estado de Pernambuco, sobre o ano de 1995, encontrou que a variável 'escolaridade' possuía elevada incompletude, principalmente nas DO de óbitos por causas externas entre a população de 5 a 19 anos de idade. Igualmente, mais autores^{21,24} constataram elevada incompletude para essa variável.

Com relação à variável 'assistência médica', Rios e cols.²⁴ também verificaram incompletude elevada nos óbitos por suicídios ocorridos na Bahia, nos anos de 1996 a 2010, classificando a variável com o escore Muito Ruim em todo o período estudado, tal qual observado na presente análise.

Ainda sobre 'assistência médica', segundo o Ministério da Saúde,²⁶ muitos óbitos cujos códigos estão preenchidos com a resposta 'não', de fato não correspondem ao não recebimento de assistência médica, tratando-se de confusão no momento de seu preenchimento. Como neste estudo foram avaliadas as opções 'ignorada' e 'em branco' dessa variável, não ficou evidente a real situação quanto ao recebimento ou não da assistência médica pelos óbitos por causas externas.

Para os óbitos por causas externas que ocorrem em via pública e não recebem assistência médica durante aquele momento, o campo na DO para assistência médica deve ser preenchido com 'não'. Entretanto, no presente estudo, na maioria das vezes, a variável 'assistência médica' não foi preenchida ou foi preenchida como 'ignorada'. Para aferir com precisão e validar o grau de preenchimento dessa variável na DO, seria necessário um estudo mais detalhado, baseado na análise das Declarações de Óbito

e/ou de outros documentos utilizados pelos serviços de saúde e IML.

Outro achado a se destacar entre as conclusões deste trabalho está na incompletude elevada da variável 'necropsia'. Ainda que se tenha observado redução da incompletude entre um período e outro, é inaceitável que essa variável tenha seu preenchimento 'ignorado' para os óbitos por causas externas. Como mencionado anteriormente, o estado possui três IML com profissionais capacitados para receber os corpos e realizar a necropsia. Tal fato deixa dúvidas sobre possível negligência no preenchimento da variável na DO pelos profissionais do IML, ou parte dos óbitos por causas externas não terem sido encaminhados ao IML. Barros e cols.²⁵ verificaram que no município do Recife, a incompletude dessa variável foi baixa nos óbitos por causas externas em crianças e em adolescentes, no período de 1979 a 1995. Entretanto, Rios e cols.,²⁴ em estudo realizado no estado da Bahia, entre 1996 e 2010, observaram que a incompletude da variável 'necropsia' foi elevada, resultado semelhante ao do presente estudo.

Importante achado deste estudo foi a redução da incompletude da variável 'raça/cor', tanto para o conjunto do estado como para suas RS. Outros estudos também verificaram que essa variável vem apresentando redução gradativa na incompletude.^{25,27-29} De acordo com o Ministério da Saúde,²⁷ em 1996, ano de sua implantação na DO, a variável 'raça/cor' referia 96,7% de incompletude. Já no ano 2000, essa proporção apresentava significativa melhora, tendo somente 15% de incompletude.

Diferentemente do que vem ocorrendo no Brasil e particularmente em Pernambuco, estudo realizado por Burger e cols.³⁰ na Cidade do Cabo, África do Sul, nos anos de 2003 e 2004, verificou que a incompletude da variável referente ao grupo racial foi elevada, sendo esta preenchida em menos de dois terços das DO.

Chamou a atenção que a 6ª Região de Saúde pernambucana apresentou os maiores percentuais de incompletude para o maior número de variáveis. Este achado indica a importância e a oportunidade de se avaliar as dificuldades encontradas pelos municípios integrantes no desempenho dessa etapa do SIM, diagnóstico possível de alcançar mediante a realização de uma pesquisa mais específica no sentido de conhecer as peculiaridades da 6ª RS.

É importante ressaltar que a maioria dos estudos de avaliação da incompletude das variáveis da DO

tem-se focado em variáveis sociodemográficas e outras específicas para óbitos em menores de 1 ano de idade, restringindo o número de estudos passíveis de consulta e comparações entre seus resultados e a incompletude de variáveis específicas dos óbitos por causas externas.

Dada a existência de tão poucos trabalhos sobre a incompletude das variáveis nos registros de óbitos por causas externas, o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde e a Universidade de São Paulo,³¹ publicou uma extensa pesquisa sobre os óbitos por armas de fogo no Brasil, no período de 1991 a 2001, em que foi identificada elevada incompletude de variáveis como 'escolaridade', 'naturalidade', 'assistência médica', como também constatou este estudo.

A qualidade no registro das variáveis relacionadas a óbitos por causas externas é de extrema importância não só para o monitoramento e análise crítica. O preenchimento correto e completo desses dados é essencial para o conhecimento desses eventos e o desenvolvimento de estratégias dirigidas a sua abordagem e prevenção. Porém, observou-se, entre os profissionais médicos, a persistência de uma cultura de atribuir pouca importância – e a devida atenção – a algumas variáveis da Declaração de Óbito de preenchimento não obrigatório.

Não obstante a implantação do Pacto pela Vida em Pernambuco ter ocorrido no ano de 2007, o preenchimento das variáveis da DO, bem como o monitoramento de suas incompletudes, necessitam ser aperfeiçoados, principalmente pela especificidade e relevância social desses óbitos. A integração entre os serviços e sistemas de informações em saúde e a Secretaria de Estado de Defesa Social de Pernambuco seria relevante para o aprimoramento dos dados disponíveis sobre causas externas.

É necessário que todos os profissionais dedicados ao registro de dados na DO e no SIM, seja no preenchimento, processamento ou gerenciamento dos dados de óbitos, compreendam sua responsabilidade como parte integrante e essencial de um sistema nacional de informações, e a importância de qualificá-lo com seu trabalho, inclusive como um instrumento de cidadania.

Apesar das dificuldades encontradas, o Sistema de Informações sobre Mortalidade é um sistema de

abrangência nacional e representa uma fonte confiável do registro de óbitos, razão porque seu aprimoramento e fortalecimento devem ser priorizados para a gestão de informações sobre a mortalidade no Brasil.

Contribuição dos autores

Melo GBT participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação

e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

Valongueiro S participou da concepção e delineamento do estudo e da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito.

Ambas autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Andrade SM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Souza HD. Homicídios de homens de 15 a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16 supl 1:1281-8.
2. Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saude Publica*. 2001 set-out;17(5):1163-71.
3. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saude Publica*. 2004 jul-ago;20(4):995-1003.
4. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Cienc Saude Coletiva*. 2007 maio-jun;12(3):643-54.
5. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informação sobre mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol*. 2002 ago;5(2):212-23.
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2012 set 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Informação de Saúde - Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica: situação de saúde – indicadores de mortalidade por grupo de causas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2013 mai 1]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
9. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Manual para preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 5 de Dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2005 dez 5; Seção 1:121.
11. Antunes MBC. Municipalização e Qualidade da Informação em Saúde: o processo de descentralização do Sistema de Informação sobre Mortalidade em Pernambuco e o preenchimento da declaração de óbito [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
12. Drummond Jr M, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saude Publica*. 1999 jun;33(3):273-80.
13. Lozada EMK, Mathias TAF, Andrade SM, Aidar T. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cad Saude Publica*. 2009 jan;25(1):223-8.
14. Soares JAS, Horta FMB, Caldeira AP. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007 jul-set;7(3):289-95.
15. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16 supl 1:1267-74.
16. Secretaria Executiva de Ressocialização (Pernambuco). Pacto pela vida: Plano Estadual de Segurança Pública. Recife: Secretaria Executiva de Ressocialização; 2007.
17. Macêdo AO. “Polícia, quando quer, faz!”: Análise da estrutura de governança do “Pacto pela Vida” de Pernambuco [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2012.

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informação em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.
19. Glatt R. Análise da qualidade da base de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
20. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad Saude Publica. 2006 mar;22(3):673-84.
21. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):173-81.
22. Pedrosa LDCO, Sarinho SW, Ximenes RAA, Ordonha MR. Qualidade dos dados sobre óbitos neonatais precoces. Rev Assoc Med Bras. 2007 set-out;53(5):389-94.
23. Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório. Rev Bras Estud Popul. 2010 jul-dez;27(2):285-95.
24. Rios MA, Anjos KF, Meira SS, Nery AA, Conotti CA. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídios em idosos no estado da Bahia. J Bras Psiquiatr. 2013 abr-jun;62(2):131-8.
25. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Preenchimento de variáveis nas declarações de óbitos por causas externas de crianças e adolescentes no Recife, de 1979 a 1995. Cad Saude Publica. 2001 jan-fev;17(1):71-8.
26. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos básicos de saúde).
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Capítulo 2, Evolução da qualidade da informação. p. 28-43.
28. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. 2. ed. Brasília: MAUD; 2012.
29. Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. Cienc Saude Coletiva. 2013 maio;18(5):1225-34.
30. Burger EH, Merwe L, Volmink J. Errors in the completion of the death notification form. South Africa Medical Journal. 2007 Nov;97(11):1077-81.
31. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americanas da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Universidade de São Paulo. Mortalidade por armas de fogo no Brasil:1991-2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Recebido em 09/11/2014

Aprovado em 19/09/2015