



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



**QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE
MORTALIDADE: A QUESTÃO DAS CAUSAS EXTERNAS EM
PERNAMBUCO**

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

Recife
2014

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

**QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE
MORTALIDADE: A QUESTÃO DAS CAUSAS EXTERNAS EM
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva (PPGISC), do Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dr.^a Sandra Valongueiro Alves

Recife
2014

M528a	Melo, Gabriela Bardellini Tavares. Qualidade do sistema de informação sobre mortalidade: a questão das causas externas em Pernambuco / Gabriela Bardellini Tavares Melo. – Recife: O autor, 2014. 109 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm. Orientadora: Sandra Valongueiro Alves. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014. Inclui referências, apêndices e anexos. 1. Mortalidade. 2. Sistemas de Informação. 3. Causas Externas. I. Alves, Sandra Valongueiro (Orientadora). II. Título.	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2014-077)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

GABRIELA BARDELINI TAVARES MELO

No dia 18 de março de 2014, às 09h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Sandra Valongueiro Alves (Doutor (a) do Hospital das Clínicas da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Mirella Bezerra Rodrigues Vilela (Doutor(a) do Departamento de Fonoaudiologia - UFPE) Membro Externo e Albanita Gomes da Costa de Ceballos (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social - UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a), Gabriela Bardelini Tavares Melo sobre a sua Dissertação intitulada: "**QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: A QUESTÃO DAS CAUSAS EXTERNAS EM PERNAMBUCO**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Profa. Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Profa. Dra. **Sandra Valongueiro Alves**

Profa. Dra. **Mirella Bezerra Rodrigues Vilela**

Profa. Dra. **Albanita Gomes da Costa de Ceballos**

***“Peçam, e será dado;
busquem, e encontrarão;
batam, e a porta será
aberta.”***

Mateus 7:7

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me presenteado com a minha vida e por me guiar e me iluminar todos os dias...

Agradeço aos meus pais, João e Adelaide por me educarem, me amarem, por cuidarem de mim, por terem me ensinado a amar, a respeitar, a sempre buscar alcançar meus objetivos, a persistir...

Agradeço a meu marido, Fábio, que há alguns anos está ao meu lado, me fortalecendo e me incentivando a buscar o melhor de mim...

Agradeço aos meus familiares, principalmente minha tia Tuca, meu tio Gilberto e minha prima Iselin, que estão sempre torcendo por mim...

Agradeço a todos os meus amigos...pessoas que escolhemos para fazer parte da nossa vida e que são presentes de Deus...

Agradeço a todos companheiros(as) de turma do PPGISC, a todos docentes e funcionários...às meninas que me acompanharam e se tornaram minhas amigas durante o curso: Alyne, Manu, Hérica, Ju, Elisa, Isabelle, Isabelly, Niedja, Dani, Karina...

Agradeço a professora Sandra, que me acolheu tão bem e me faz ter vontade de sempre progredir mais...

Agradeço à Bárbara Figueiroa que tanto me auxiliou com minhas dúvidas sobre o SIM...agradeço também à Ana Paula Portella e a Gerard que me auxiliaram durante o processo de discussão dos resultados.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram e torceram por mim.

RESUMO

O Sistema de Informação sobre Mortalidade tem como objetivo garantir informações a respeito da mortalidade. Apesar da existência de dispositivos legais quanto à obrigatoriedade do registro do óbito, falhas relacionadas à cobertura do sistema de informação e ao preenchimento da Declaração de Óbito se mantêm. Em relação aos óbitos por causas externas, a má qualidade das informações mascara sua magnitude e interfere nas ações de intervenção. Este estudo descreve a evolução da qualidade da informação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, por Região de Saúde, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010 em Pernambuco, com ênfase nas causas externas. Trata-se de um estudo descritivo cuja população é composta pelo total de óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade em Pernambuco, por local de ocorrência. Os dados foram extraídos do banco de dados do sistema de mortalidade, disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS e consolidados por Região de Saúde e município sede. Foram calculadas as frequências relativas dos óbitos por todas as causas, óbitos por causas mal definidas, óbitos por causas externas e óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, bem como o coeficiente de mortalidade, a variação percentual e a razão de proporção. Foram ainda analisados o grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito dos óbitos por causas externas. Verifica-se aumento da cobertura do sistema no estado entre os períodos estudados. Houve redução no registro dos óbitos por causas mal definidas e por causas externas. Para todos os óbitos, a ocorrência foi mais frequente no sexo masculino. Quanto aos óbitos por causas externas, observa-se crescimento do registro dos óbitos por acidentes, lesões autoprovocadas, intenção indeterminada e por sequelas. Especificamente, entre os óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, houve aumento do registro daqueles classificados como "outros". Em relação à incompletude das variáveis da declaração de óbito por causas externas, constata-se melhor preenchimento daquelas consideradas mais importantes pelos médicos atestantes, como idade, sexo e variáveis obrigatórias. É necessário que os mesmos compreendam a importância da declaração de óbito como parte de um sistema nacional de informações e como instrumento de cidadania. No caso específico das causas externa em Pernambuco, é fundamental que o Sistema de Informação sobre Mortalidade trabalhe integrado com outros sistemas, como do Instituto de Medicina Legal e Secretaria de Defesa Social, na perspectiva de se ter disponível uma base de dados unificada, capaz de subsidiar gestores no planejamento de políticas públicas no campo da saúde e prevenção a acidentes e violências.

Palavras-chave: Mortalidade. Sistemas de Informação. Causas Externas.

ABSTRACT

The Mortality Information System aims to ensure information on mortality. Despite the existence of legal provisions about the obligation of registration of death, there are failures on the coverage of the information system and on the incompleteness of death certificates. Regarding the deaths from external causes, the precarious quality of the data hides the magnitude and interfere in the actions of intervention. This study describes the evolution of the quality of information of the Mortality Information System, by Health Region, in the periods 2000-2002 and 2008-2010 in Pernambuco, with emphasis on external causes. This is a descriptive study whose population is the total deaths recorded in the Mortality Information System in Pernambuco, by place of occurrence. The dates were extracted from the database system on mortality of the website of the SUS Computers Department and consolidated by Health Region and cities headquarters. Were calculated the relative frequencies for total deaths, undefined causes deaths, external causes death, external causes deaths of undetermined intent, and mortality rate. The incomplete fill of variables of the death certificate from external cause's deaths also was analyzed. The coverage of system between has increased in the periods studied. There was a reduction in register of deaths from undefined causes and external causes. For all deaths, the occurrence was more frequent in males. The record of accidents deaths, self-harm deaths and undetermined intention and sequelae also rose. Among the external causes deaths of undefined intent, grew up in the register on classifieds like "another". The variables considered as the most important by doctors, such as age, sex and mandatory variables were better filled. It is necessary that the physicians understand the importance of the death certificate like part of a national information system and like a citizenship instrument. In the specific case of external causes in Pernambuco, is essential that the Mortality Information System work integrated with other systems, like the Legal Medical Institute and Defence Social Department, in order to have available a unified database, to subsidize managers in the planning of public policies in the field of health and prevention of accidents and violence.

Key-words: Mortality. Information Systems. External Causes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Divisão Territorial das Regiões de Saúde do estado de Pernambuco	33
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População, número e percentual de óbitos por todas as causas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade geral por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	43
Tabela 2: Número e percentual de óbitos por todas as causas por sexo, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	44
Tabela 3: Total de óbitos, número e percentual de óbitos por causas mal definidas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	46
Tabela 4: Número e percentual de óbitos por causas mal definidas por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	47
Tabela 5: Total de óbitos, número e percentual de óbitos por causas externas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	49
Tabela 6: Número e percentual dos óbitos por causas externas, por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	50
Tabela 7: Número e percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002.	54
Tabela 8: Número e percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2008-2010.	55
Tabela 9: Variação percentual e razão de proporção dos óbitos por causas externas por detalhamento da causa, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	56
Tabela 10: Total de óbitos por causas externas, número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	59
Tabela 11: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.	60
Tabela 12: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002.	64
Tabela 13: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2008-2010.	65
Tabela 14: Variação percentual e razão de proporção dos óbitos por causas	66

externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000 -2002 e 2008-2010.

Tabela 15: Grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco e Região de Saúde para as causas externas. Pernambuco, 2000-2002. 72

Tabela 16: Escore do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito e escore de preenchimento por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2000-2002. 73

Tabela 17: Grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2010. 74

Tabela 18: Escore do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito e Escore de preenchimento por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2010. 75

Tabela 19: Variação percentual e razão de proporção do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco da Declaração de Óbito e por Região de Saúde. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010. 76

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010. 53
- Gráfico 2:** Óbitos por agressões registrados no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do banco de dados INFOPOL da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco. Pernambuco, 2008-2010. 57
- Gráfico 3:** Percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010. 63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Municípios do estado de Pernambuco por Região de Saúde	32
Quadro 2: Variáveis de análise do estudo quanto ao grau de preenchimento na Declaração de Óbito	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
ATT – Acidentes de Transporte Terrestre
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CID – Classificação Internacional de Doenças
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral
Datusus – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DETRAN-PE – Departamento Estadual de Trânsito de Pernambuco
DO – Declaração de Óbito
GERES – Gerência Regional de Saúde
GM- Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML – Instituto Médico Legal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS- Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PE – Pernambuco
RS – Região de Saúde
SCB – Seletor de Causa Básica
SDS-PE – Secretaria de Defesa Social de Pernambuco
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVO – Serviço de Verificação de Óbito
SVS – Sistema de Vigilância em Saúde
UF – Unidade de Federação
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1. Sistemas de Informação em Saúde	19
2.2. O Sistema de Informação sobre Mortalidade	20
2.2.1. <i>Histórico do Sistema de Informação sobre Mortalidade</i>	20
2.2.2. <i>A declaração de óbito</i>	22
2.3. As causas externas de mortes no Brasil e em Pernambuco	24
2.3.1. <i>Estratégias para enfrentamento dos óbitos por causas externas: a Política Nacional de redução na morbimortalidade por acidentes e violências e o Pacto pela Vida em Pernambuco</i>	27
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVOS	31
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
5.1. Área de Estudo	32
5.2. Desenho do Estudo	34
5.3. População do Estudo	34
5.4. Fonte de Dados e Variáveis do Estudo	35
5.5. Processamento e Análise dos Dados	39
5.6. Considerações Éticas	41
6. RESULTADOS	42
6.1. Óbitos por todas as causas	42
6.2. Óbitos por Causas Mal Definidas	45
6.3. Óbitos por Causas Externas	48
6.4. Óbitos por Causas Externas cuja Intenção é Indeterminada	58
6.5. Grau de Não Preenchimento das Variáveis da Declaração de Óbito dos Óbitos por Causas Externas	67

<i>6.5.1. Bloco de Identificação</i>	67
<i>6.5.2. Bloco de Residência</i>	69
<i>6.5.3. Bloco de Ocorrência do Óbito</i>	69
<i>6.5.4. Bloco de Condições e Causas do Óbito</i>	69
<i>6.5.5. Bloco de Causas Externas</i>	70
7. DISCUSSÃO	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
ANEXO 1 – Declaração de Óbito	106
ANEXO 2 – CID 10: Óbitos por causas mal definidas	107
ANEXO 3 - CID 10: Óbitos por causas externas	108
ANEXO 4 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	109

1. INTRODUÇÃO

Os indicadores de mortalidade são universalmente utilizados para avaliar o estado de saúde das populações, planejar políticas públicas e ações de prevenção em várias áreas, como saúde, educação, segurança pública, dentre outras. Uma das principais fontes de informações da mortalidade no Brasil é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2009a; DRUMMOND JR. et. al., 1999; MATOS et. al., 2007).

O SIM foi implantado em 1975, com o objetivo de fornecer informações sobre a mortalidade para diversas instâncias, onde todo e qualquer óbito ocorrido no território nacional deve ser notificado ao mesmo por meio da Declaração de Óbito (DO) (BRASIL, 2001a, 2009a).

A DO é o documento base para a coleta de dados sobre mortalidade e o documento legal para registro e obtenção da Certidão de Óbito nos cartórios de registro civil, e seu preenchimento é de responsabilidade médica (BRASIL, 2009b; MELLO JORGE et. al., 2007).

Muitos avanços foram obtidos com o SIM, desde sua implantação, porém ainda existem locais no país com baixa cobertura e baixa qualidade no preenchimento de informações, prejudicando a utilização dos dados para diagnóstico epidemiológico (BRASIL, 2005; CRUZ, 2004).

Rodrigues (2014) afirma que a cobertura do SIM em Pernambuco (PE) vem apresentando melhoria, pois 76,6% de seus municípios apresentaram no triênio 2006-2008 indicadores satisfatórios em relação às informações vitais, ou seja, a maioria dos municípios do estado apresentaram avanços não só no registro de seus óbitos, mas também nos nascimentos.

Assim como a cobertura do SIM, a qualidade do sistema também vem melhorando gradativamente, entretanto observa-se ainda elevados números no que diz respeito a mortes com causas mal definidas (BRASIL, 2009a; CERQUEIRA, SILVA, 2002; CRUZ, 2004). Locais com muitos óbitos por causa mal definida possivelmente tem má qualidade do registro de seus óbitos (BRASIL, 2009a; CERQUEIRA, SILVA, 2002; CRUZ, 2004).

O Brasil, quando comparado a países das Américas, ainda possuía elevada proporção desses óbitos, ficando abaixo de El Salvador, Haiti, Paraguai e Peru (Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, 2003).

As causas mal definidas estão no Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e nela estão inclusos os casos com assistência médica onde não foi possível determinar a causa básica do óbito, e aqueles sem assistência médica (LAURENTI et. al., 2004).

Santo (2008) verificou que no ano de 2003, no Brasil, a proporção de óbitos registrados por causas mal definidas era de 13,3%, sendo a região Nordeste a que apresentou maior proporção, com 25,9%. Em estudo realizado por Martins Junior e colaboradores (2011), verificou-se que houve redução importante desses óbitos na Região Nordeste, passando de 28,4% no ano 2000 para 8,1% no ano de 2009.

No ano de 2010, os óbitos por causas mal definidas corresponderam a 7,0% dos óbitos ocorridos no país, ocupando a quarta causa de morte. Na Região Nordeste, nesse mesmo ano, correspondeu a 7,8% do total de óbitos e em PE 5,5% (BRASIL, 2010a).

Quanto ao perfil dos óbitos em geral, no Brasil, tem-se observado mudanças nos padrões epidemiológicos, configurando um processo de transição. Ao mesmo tempo em que persiste a mortalidade por doenças transmissíveis, há o incremento da carga de doenças crônicas não transmissíveis e das mortes provocadas por acidentes e violências (causas externas) (DUARTE et al., 2008).

As mortes por causas externas ocupam posição de destaque no país. São causadas por fatores não naturais, o que inclui todos os tipos de acidentes e lesões intencionais e não intencionais. É a principal causa de morte entre a população jovem do Brasil (ANDRADE et. al., 2011; BEATO FILHO, et. al. 2001; MELLO JORGE et. al, 2007).

As causas externas estão presentes na CID-10 no capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, com as categorias V01 a Y98 (OMS, 2003).

Em 2009, as causas externas representaram 12,5% dos óbitos ocorridos no país, sendo a segunda causa de morte nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a terceira causa na região Sul e a quarta na região Sudeste, tendo como principais

circunstâncias as agressões (homicídios) (36,8%) e os acidentes de transporte terrestre (ATT) (26,5%) (BRASIL, 2009c).

Para todo óbito que for resultante e/ou suspeito de causa externa, a DO deverá ser preenchida por um perito legista do Instituto de Medicina Legal (IML), após necropsia do corpo ou por perito designado para tal, no caso da localidade não possuir IML. Entretanto, as DO por causas externas muitas vezes não apresentam informações concisas acerca do tipo de acidente ou violência que causou o óbito, elevando o quantitativo de declarações preenchidas e codificadas como “eventos cuja intenção é indeterminada” (BRASIL, 2001b; DRUMMOND JR. et. al., 1999; LOZADA et. al., 2009).

A classificação de eventos cuja intenção é indeterminada deve ser utilizada quando não há informações suficientes para caracterizar as circunstâncias em que ocorreu o óbito por causas externas (OMS, 2003).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) (2011a) nas capitais brasileiras, nos anos de 2000 e 2009, mostrou que a qualidade da informação do preenchimento da DO ainda é precária em locais como Boa Vista, Cuiabá, Fortaleza, Maceió, Palmas, Recife e Rio de Janeiro, onde o número de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada aumentou de 2,3 a 24,7 vezes.

Outros estudos afirmam que esse fenômeno da elevação do número desses óbitos está relacionado ao fato que o médico legista registra informações necessárias para a identificação da causa que levou ao óbito (causa da lesão), subestimando as causas externas específicas (circunstância do óbito), e “mascarando” na maioria das vezes a ocorrência de uma agressão (LADEIRA, GUIMARÃES, 1998; DRUMMOND JR et. al., 1999).

Algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para combate aos acidentes e violência no país. No Brasil, foi implantada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que visa estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais, entre diversos setores e segmentos sociais visando a redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2001c).

Em PE, foi instituído o Pacto pela Vida, como estratégia para enfrentamento da violência no estado. O mesmo é uma política de segurança que tem como princípios a articulação entre segurança pública e direitos humanos; a qualificação da

dimensão repressiva e coercitiva com ênfase nos aspectos de prevenção social; transversalidade e integralidade das ações de segurança pública; incorporação de mecanismos de gestão, monitoramento e avaliação; participação e controle social desde a formulação das estratégias até a execução das ações de segurança pública (PERNAMBUCO, 2007a).

Este estudo analisa as mudanças ocorridas no SIM, tendo como foco as causas externas, entre o início e o fim da década de 2000, período em que foram desenvolvidas de ações de fortalecimento dos Sistemas de Informação no Brasil e de intervenções para a redução das mortes por agressões no estado de PE.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir serão apresentadas informações referentes aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), com ênfase no SIM e suas principais especificidades. Além disso, também serão apresentadas informações sobre a situação das causas externas no Brasil e em PE, bem como algumas estratégias para seu enfrentamento.

2.1. Sistemas de Informação em Saúde

Um sistema pode ser definido como um conjunto de partes que se integram e articulam para uma finalidade comum (SANCHES et. al., 2002). Já a informação é o meio imprescindível para as tomadas de decisões, sendo a informação em saúde o apoio para a orientação, implantação, monitoramento e avaliação dos modelos de atenção e da conjuntura de saúde de determinado local (BRASIL, 2002).

Para se construir uma informação é preciso analisar o dado, ou seja, considerar um número bruto sem tratamento estatístico e transformá-lo na matéria-prima da informação (BRASIL, 2002).

Portanto, os SIS constituem-se de peças articuladas que tem por objetivo selecionar dados e produzir informação, auxiliando na formulação e avaliação de políticas e no processo de tomada de decisão, visando a melhoria da saúde da população (BRASIL, 2002; MACHADO, 2007).

Segundo Silva Filha (2004), os SIS permitem a produção de informação de forma mais ágil, contribuindo para otimização do tempo e melhor administração dos recursos financeiros, evitando prejuízos.

Atualmente, os SIS possuem vários recursos tecnológicos que ajudam no processamento das informações. A tecnologia possibilita o armazenamento e o processamento de grande quantidade de dados, criando sistemas cada vez mais complexos (BRASIL, 2004; MACHADO, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (2004), um SIS produz informações para os cidadãos, gestão e profissionais de

saúde, com o objetivo de contribuir para a ampliação do acesso aos serviços, bem como garantia da integralidade e equidade à população. Ainda segundo a referida política, um grande desafio dos SIS no país é a integração e articulação da informação. Outro desafio é a garantia da retroalimentação dos mesmos, processo fundamental para o gerenciamento e controle de qualidade dos dados, que deve ser realizado periodicamente nos seus diversos níveis (BRASIL, 2002).

2.2. O Sistema de Informação sobre Mortalidade

O SIM é um sistema de informação de abrangência nacional cujo objetivo principal é captar os dados sobre os óbitos e fornecer informações sobre a mortalidade (BRASIL, 2001a).

2.2.1. Histórico do Sistema de Informação sobre Mortalidade

No ano de 1944, foram divulgados pelo Serviço Federal de Bioestatística os primeiros dados sobre os óbitos referentes ao período 1929 a 1932, ocorridos em capitais do Brasil. Mais tarde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), iniciou a publicação de informações sobre a mortalidade por causas, porém essas publicações se davam de forma irregular (BRASIL, 2001a; MELLO JORGE et. al., 2007).

Em 1973, o registro dos óbitos no país tornou-se obrigatório, por meio da Lei nº 6.015 (BRASIL, 1973), Segundo a referida lei federal, no artigo 77:

“Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte” (BRASIL, 1973, p.14).

Destaca-se que somente a partir do ano de 1997, por meio da Lei nº 9.534, o registro civil tornou-se gratuito (BRASIL, 1997). Anterior a essa lei, a gratuidade era dada aos reconhecidamente pobres (BRASIL, 1973; 1988; 1989).

Já em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, por meio da lei nº 6.229 de 17 de Julho, no qual se inseria o Subsistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 1975). O SIM foi criado com o intuito de gerar informações acerca da situação de mortalidade, sendo o primeiro subsistema de informação implantado no país (BRASIL, 2001a, 2002, 2009a).

Com o surgimento do Subsistema de Informação sobre Mortalidade, surgia também a recomendação de utilização de um único modelo padronizado de DO no país, pois mais de 40 tipos com os mais diversos fluxos circulavam (BRASIL, 2001a; MELLO JORGE et. al., 2007).

A padronização da DO fornecia a possibilidade de se obter dados de melhor qualidade, além de poder compará-los posteriormente (MATHIAS, MELLO JORGE, 2001).

No ano de 1976, foi criado o Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Classificação das Doenças em Português, conhecido como Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). O CBCD, juntamente com o MS até a presente data, auxilia as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no uso da Classificação Internacional de Doenças e Estatísticas de Mortalidade. Já em 1977 foi criado pelo MS o Centro de Processamento de Dados e a partir de então, dados informatizados de mortalidade em nível nacional foram disponibilizados (BRASIL, 2001b).

Com a concepção do SUS e a promulgação da lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, os SIS, dentre eles o SIM, tornaram-se peça importante do sistema de saúde, pois traziam a possibilidade da realização da análise da situação de saúde de determinado local, subsidiando o planejamento de ações e a tomada decisão (BRASIL, 1990).

Até 1991, as Unidades Federadas (UF) enviavam planilhas com as causas básicas dos óbitos codificadas ao MS e o processamento dos dados era realizado no Centro de Informações de Saúde. A partir desse ano, iniciou-se então o processo de descentralização do SIM, com a implantação de um sistema para microcomputadores, onde a digitação dos dados passou a ser responsabilidade das UF (BRASIL, 2001b, 2002).

A partir do ano de 1994 foi desenvolvido um novo módulo para o sistema – o Seletor de Causa Básica (SCB), automatizando a codificação das causas básicas dos óbitos a partir dos diagnósticos realizados pelos médicos e dispostos no bloco Atestado Médico da DO (BRASIL, 2001b).

Em 1998, a importância dos sistemas de informação é reafirmada por meio da Portaria GM/MS nº 3.947, que estabelece os padrões comuns mínimos que possibilitem a intercomunicação dos sistemas e bases de dados na área da saúde (BRASIL, 1998).

No ano de 2003, o MS publicou a portaria GM/MS nº 1.929, na qual designou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) como órgão gestor de alguns sistemas de informação em saúde, dentre eles o SIM (BRASIL, 2003, 2009a).

Por meio da Portaria GM/MS nº 116 de 2009, foi regulamentada a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações dos óbitos para o SIM, sob gestão da SVS. A portaria define a composição do SIM, no capítulo I:

“O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)” (BRASIL, 2009d, p.1).

A mesma traz ainda às competências da SVS, da SES e das SMS; relata as atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da DO; estabelece o fluxo da DO, bem como a periodicidade e regularidade da transferência dos dados (BRASIL, 2009d).

Em 2010, foi publicada a Portaria GM/MS nº 201, onde foram definidos os parâmetros para monitoramento da regularidade da alimentação do SIM, com vistas à manutenção do repasse do recurso referente ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do bloco de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010b).

2.2.2. A Declaração de Óbito

A DO, documento que alimenta o SIM no território nacional, foi implantada no ano de 1976 pelo MS. A mesma possui como objetivos ser um documento padrão

para coleta de informações de mortalidade, subsidiar cálculos das estatísticas vitais e epidemiológicas e por fim ser um documento de caráter jurídico para lavratura da Certidão de Óbito nos Cartórios de Registro Civil (BRASIL, 2009b).

Ao longo dos anos, a DO vem sofrendo mudanças em suas variáveis, com a finalidade de se obter dados mais adequados às transformações demográficas e epidemiológicas (MELLO JORGE et. al., 2007).

Entretanto, à época da implantação do SIM não houve legislação específica que tornasse obrigatório do modelo único de DO no país. Esse fato ocorreu somente no ano 2000, com a publicação da Portaria GM/MS nº 174 de 31 de Agosto, a qual estabelecia a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbito para o SIM (GOMES, 2010).

O modelo de DO vigente no Brasil, foi proposto pela OMS, onde a causa básica da morte é baseada na CID (GRASSI, LAURENTI, 1998).

A causa básica do óbito pode ser definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (BRASIL, 2001c).

Há algumas diferenças entre a últimas versões da CID (CID 9 e CID 10), das quais pode-se citar, conforme Laurenti (1991):

- Aumento no número de categorias, passando de 1.281 para 2.499;
- Aumento no número de capítulos. A CID 9 apresentava 17 capítulos e duas classificações suplementares. Já a CID 10 apresenta 21 capítulos.
- As duas versões possuem a mesma estrutura, entretanto houve a incorporação na CID 10 da classificação de causas externas, que até então era representada pelo Código E na CID 9 (Classificação Suplementar). Houve também a incorporação da classificação de motivos de consulta que não constituem doenças ou lesões, representado pelo código V na CID 9 (Classificação Suplementar).

Atualmente o processamento e fluxo da DO é normatizado pela Portaria GM/MS nº 116 de 2009. O mesmo poderá variar de acordo com o tipo do óbito. (BRASIL, 2009d).

A DO é impressa em sequência numérica única e possui três vias coloridas (1ª via – Branca, 2ª via – Amarela e a 3ª via – Rosa) e autocopiativas. A distribuição, emissão e controle da numeração da mesma é de responsabilidade do MS, pela SVS (BRASIL, 2009d).

As SES distribuem os formulários da DO às regionais de saúde, às SMS e aos Distritos Especiais Indígenas. As SMS por sua vez fornecem e controlam a utilização dos formulários da DO pelas unidades notificadoras (estabelecimentos de saúde, IML, Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), médicos cadastrados pela SMS, Cartório de Registro Civil para localidades sem médicos) (BRASIL, 2009d; 2011a, GOMES, 2010).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.779 de 2005, o preenchimento da DO é de responsabilidade do médico, isto é, o mesmo tem a responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e assinatura da DO, bem como por todas as informações registradas no documento.

A mesma deve ser emitida em todo óbito por causa natural ou externa (acidentes de violências), nos óbitos fetais (gestação com duração igual ou superior a 20 semanas, ou feto com peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros), e nos óbitos não fetais quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independente da duração da gestação, ou tempo que o recém-nascido permaneça vivo (BRASIL, 2009d; 2011a).

2.3. As causas externas de morte no Brasil e em Pernambuco

Os óbitos por causas externas são caracterizados por apresentarem algum tipo de violência, seja ela intencional ou não (RAMIRES, SANTOS, 2006).

Nos últimos anos, as causas externas destacam-se nas estatísticas de saúde da maioria dos países, tornando-se um grave problema de saúde pública (TRISTÃO et. al., 2012). No Brasil, as mesmas passaram a ocupar lugar de destaque a partir da década de 80 (LIMA, XIMENES, 1998).

Alguns autores levantam hipóteses para explicar esse fenômeno. Dellasopa e colaboradores (1999) e Minayo e Souza (1999) dizem que o aumento dos

indicadores de violência no país na década de 80, deve-se ao fato da ocorrência da estagnação econômica e aumento das desigualdades sociais, além do crescimento do tráfico de drogas.

Para Smarzaró (2005), o aumento relacionou-se ao avanço da industrialização e urbanização, provocando processos migratórios para os centros urbanos. Como consequência desse processo, houve incremento das populações em condições de pobreza e desorganização social nas periferias, influenciando o aparecimento da violência.

Para Vieira e colaboradores (2003), a violência está associada às desigualdades sociais, ao desemprego, à impunidade, à exclusão social, à corrupção.

O Brasil ocupou em 2011 a 16ª posição entre os países mais violentos do mundo e está entre os países com as maiores taxas de mortalidade por agressões (GOMES, 2013).

As causas externas representam o terceiro grupo de causas de mortes mais frequentes no Brasil, durante o período 2000-2010, no entanto, essa distribuição não é uniforme. Dentre as regiões do país, concentra-se no Norte, Nordeste e Centro Oeste (BRASIL, 2010a; 2011a).

É primeira causa de morte em pessoas de dez a 39 anos, a terceira causa em crianças de zero a nove anos e em pessoas de 40 a 59 anos, e a sexta na população idosa (BRASIL, 2011a).

No ano de 2010, no Brasil, os óbitos por causas externas corresponderam a 27,6% e sua taxa de mortalidade foi de 90,9/100 mil habitantes (BRASIL, 2012a).

As agressões e os ATT são os que mais contribuem para os elevados números de óbitos por causas externas no país (BRASIL, 2011a). Os óbitos por agressões foram a principal causa de morte entre a população masculina do país no ano de 2010, sobretudo na faixa etária entre 20 e 29 anos e os óbitos por ATT ocuparam, nesse mesmo ano, a segunda colocação (BRASIL, 2012a).

Em estudo realizado recentemente por Souza e colaboradores (2012), verificou-se que após vários anos de crescimento, a taxa de mortalidade por agressão no Brasil começou a reduzir, entretanto, observa-se que a violência está

se interiorizando, elevando suas taxas nos municípios das regiões metropolitanas e também nos interiores dos estados do Nordeste.

Quando se fala em anos potenciais de vida perdidos (APVP), as causas externas ocupam a primeira posição em relação às demais causas de óbito, (ARAÚJO et. al., 2009).

Para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (BRASIL, 2007), no país acontece uma perda total de produção de aproximadamente 20,1 bilhões de reais, devido aos óbitos por causas externas. Ainda segundo o IPEA, quando se desagrega as causas externas, as agressões representam uma perda de 9,1 bilhões de reais, os ATT 5,4 bilhões de reais e os suicídios 1,3 bilhões de reais.

No estado de PE, as causas externas ocupam a segunda colocação dentre as causas de óbito, ficando atrás somente dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, representando um total de 15,7% no ano 2008 (BRASIL, 2010c). Tanto em 2009, como em 2010, as causas externas permaneceram na segunda colocação, com respectivamente 13,9% e 14,6% dos óbitos (BRASIL, 2010a).

Assim como no país, os óbitos por agressões e ATT são os mais frequentes dentre as causas externas, sendo as agressões responsáveis por 26,3% e os ATT por 19,6% (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Relatório de Situação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (2009e), a taxa de mortalidade por ATT em PE apresentou tendência de estabilidade, no período de 1996 a 2009, sendo as mesmas próximas aos resultados do Brasil e região Nordeste.

Já para a taxa de mortalidade por agressões, o relatório demonstra que houve declínio (também para o período de 1996 a 2009), entretanto os valores são superiores as taxas nacional e da região Nordeste.

Dentre os óbitos por causas externas, chama ainda atenção àqueles cuja intenção é indeterminada. Os mesmos só devem ser utilizados quando as informações para caracterização do óbito são insuficientes (OMS, 2003). Entretanto, o que vem se observando é um aumento no registro dos mesmos, mascarando a identificação dos óbitos por causas externas.

Elevadas proporções desses óbitos constitui-se como limitação e/ou impedimento para o conhecimento do perfil epidemiológico (MELLO JORGE, et. al., 2002). Além disso, o aumento dos mesmos relaciona-se à precariedade do sistema médico legal, pois é reflexo da fragilidade ainda existente em aferir o motivo que levou ao óbito (BRASIL, 2013b).

No ano de 2010, a ocorrência dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada representou a terceira causa de morte, dentre as causas externas, para o sexo masculino na Região Nordeste, e a quarta causa na Região Sudeste (BRASIL, 2012a).

Entre 1996 e 2010, as maiores frequências dos mesmos ocorreram em sete estados brasileiros: Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo. Em PE, a taxa de mortalidade apresentou piora gradual, passando de 3,4/100.000 habitantes em 1996 para 7,4/100.000 habitantes em 2010 (BRASIL, 2013b).

2.3.1. Estratégias para enfrentamento dos óbitos por causas externas: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e o Pacto pela Vida em Pernambuco

No Brasil, a implantação e implementação de políticas com vistas à prevenção da violência ainda se constitui como um desafio para a gestão de diversas áreas (MACÊDO, 2012).

O MS reconhece a violência como um dos principais problemas de saúde pública e cidadania no país. Para tanto, em 2001, por meio da Portaria GM/MS nº 737, publicou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências, com o objetivo de reduzir esses eventos, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas (BRASIL, 2001c).

De acordo com a portaria, os seus princípios são: a saúde como direito humano; o direito e respeito à vida e a promoção da saúde como embasamento de planos, programas, projetos e atividades para redução da violência e acidentes.

A política possui como diretrizes norteadoras (BRASIL, 2001c):

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para Santos (2004), os primeiros anos da implantação da política no país não foram satisfatórios, ocorrendo diversos problemas como vontade política e técnica, morosidade burocrática e pouca divulgação. Ainda segundo a autora, um dos principais entraves para consolidação da mesma foi a dificuldade de trabalho intersetorial, pois o combate à violência requer o trabalho conjunto e integrado de diversos setores. Para fortalecimento da política, é necessário o trabalho em rede, visando principalmente o combate à fome, à assistência social, a qualificação e profissionalização, a educação e promoção de comportamentos e ambientes saudáveis.

Posteriormente, Minayo e Deslandes (2009), também analisaram a implantação da política em cinco capitais brasileiras: Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Curitiba e Brasília.

As autoras verificaram que a implantação da mesma ocorreu de forma heterogênea nos locais estudados. Destacou-se Recife, com avanços ao longo dos anos como melhoria da área pré-hospitalar, formação de recursos humanos e integração de ações entre o subsistema pré-hospitalar móvel e fixo.

Em PE, destaca-se a implantação do programa Pacto pela Vida como estratégia de enfrentamento à violência. O mesmo foi lançado em 2007, com o objetivo principal de reduzir os óbitos por agressões no estado (PERNAMBUCO, 2007a).

O Pacto pela Vida tem como linhas de ações a repressão qualificada, o aperfeiçoamento institucional, informação e gestão do conhecimento, formação e capacitação, prevenção social do crime e da violência e gestão democrática (MACÊDO, 2012).

Em estudo realizado por Neto e colaboradores (2013), a implantação do programa possibilitou a redução de 17,3% da taxa de mortalidade por agressões, entre o período de 2007 e 2011, o que equivaleria a 3.213 vidas poupadas no estado.

Entre 2006 e 2010 houve importante incremento nas despesas e investimento no setor de Segurança Pública do estado, demonstrando a priorização do programa. Com relação às despesas, houve incremento de 49,6%, passando de R\$ 2.585.757,4 em 2006, para R\$ 3.867.821,1 em 2010, e para os investimentos houve incremento de 717,4%, passando de R\$ 37.194,3 em 2006 para R\$ 304.037,4 em 2010 (MACÊDO, 2012).

3. JUSTIFICATIVA

O monitoramento da mortalidade é uma estratégia fundamental para avaliação sua tendência e dos impactos de medidas adotadas para melhoria da qualidade de vida da população. Para tanto, é necessário que a informações utilizadas sejam de qualidade, a fim de que se forneçam subsídios adequados para realização de uma análise confiável.

Apesar da existência de dispositivos legais quanto à obrigatoriedade do registro do óbito, ainda existem muitas falhas relacionadas à cobertura do sistema de informação e ao preenchimento da DO.

Recentemente tem-se observado um aumento dos percentuais dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada em PE , comprometendo assim o conhecimento da magnitude das causas externas e consequentemente prejudicando o planejamento de ações.

Portanto, dada a importância da informação de mortalidade para a análise do padrão epidemiológico de uma localidade, para o planejamento e vigilância em saúde, faz-se necessário investigar a qualidade dos dados do SIM.

4. OBJETIVOS

O estudo tem como objetivo geral descrever a evolução da qualidade da informação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, por Região de Saúde, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010 em Pernambuco, com ênfase nas causas externas.

Seus objetivos específicos são:

1. Descrever a evolução da captação dos óbitos e da qualidade do preenchimento da causa básica da declaração de óbito entre os períodos 2000-2002 e 2008-2010;
2. Descrever a evolução da ocorrência de óbitos por causas externas, destacando àqueles cuja intenção foi indeterminada, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010;
3. Comparar a captação dos óbitos por agressão do Sistema de Informação sobre Mortalidade com o sistema INFOPOL da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco, no período 2008-2010;
4. Mensurar o grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito dos óbitos por causas externas.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo consiste em uma análise de dados secundários dos óbitos ocorridos no estado de PE, no período de 2000-2002 e 2008-2010, provenientes do SIM.

5.1. Área de Estudo

O estado de PE situa-se na Região Nordeste do país, tendo como limitações o estado da Paraíba e Ceará ao Norte, o oceano Atlântico a Leste, os estados do Piauí e Bahia a Oeste, e o estado de Alagoas ao Sul. Possui 184 municípios e um território estadual (Fernando Noronha), divididos em quatro microrregiões e 12 Regionais de Saúde (RS). Suas mesorregiões são: Região Metropolitana do Recife (RMR), Zona da Mata, Agreste e Sertão (PERNAMBUCO, 2007b).

As RS foram criadas com o intuito de fornecer apoio aos municípios e à Ilha de Fernando de Noronha. Cada RS é responsável por atuar na atenção básica, reestruturação da rede hospitalar, ações municipais, combate à mortalidade infantil e às endemias. O quadro 1 trata da composição das RS por município e a figura 1 traz a divisão territorial do estado de PE por RS.

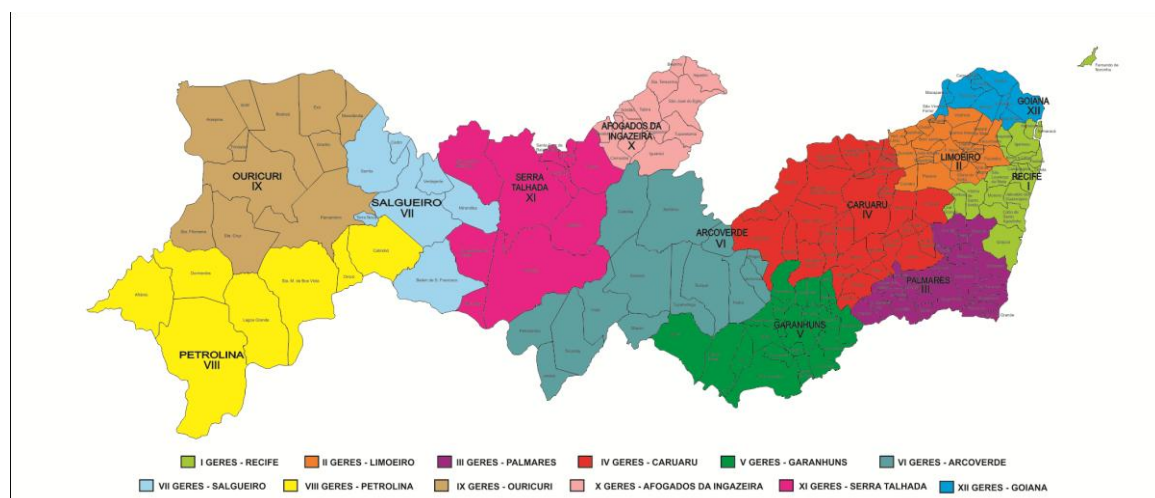
Quadro 1: Municípios do estado de Pernambuco por Região de Saúde (continua).

Região de Saúde (RS)	Municípios	População por Região de Saúde (RS)
I Região de Saúde	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife (Sede), São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão	3.098.757
II Região de Saúde	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro (sede), Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência	566.331
III Região de Saúde	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares (Sede), Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu	574.905

Quadro 1: Continua.

IV Região de Saúde	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru (Sede), Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes	1.241.469
V Região de Saúde	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns (Sede), Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha	513.660
VI Região de Saúde	Arcoverde (Sede), Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa	382.602
VII Região de Saúde	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro (Sede), Serrita, Terra Nova, Verdejante	138.719
VIII Região de Saúde	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina (Sede), Santa Maria da Boa Vista	434.713
IX Região de Saúde	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade	327.866
X Região de Saúde	Afogados da Ingazeira (Sede), Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama	180.780
XI Região de Saúde	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada (Sede), Triunfo	223.879
XII Região de Saúde	Goiana (Sede), Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer, Timbaúba	302.767

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2012; IBGE, 2010.

**Figura 1:** Divisão Territorial das Regiões de Saúde do estado de Pernambuco.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2012.

O estado de PE possui três IML, localizados no município do Recife (IML Sede), no município de Caruaru e no município de Petrolina. Os IML estão subordinados à Gerência Geral da Polícia Científica, sendo este o órgão responsável pelas perícias forenses da Secretaria de Defesa Social de PE (SDS-PE).

5.2. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal. Os estudos transversais produzem uma situação instantânea de uma investigação, pois as observações são realizadas em uma única oportunidade, evidenciando, portanto suas características e correlações em um determinado momento (KLEIN, BLOCH, 2009; ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

Esse tipo de estudo possui como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica e rapidez de execução. Entretanto o mesmo apresenta algumas limitações, das quais se pode citar o baixo poder analítico, pois não é possível testar hipóteses causais, bem como a seqüência temporal dos eventos estudados (KLEIN, BLOCH, 2009; ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

5.3. População do Estudo

A população do estudo foi composta por todos os óbitos registrados no SIM da SES de PE, nos períodos 2000-2002 e 2008-2010, por local de ocorrência.

Foram selecionados os óbitos por local de ocorrência, pois, segundo o artigo 16, da Portaria GM/MS nº 116 de 11 de Fevereiro de 2009 o processamento dos dados das DO devem acontecer no município de ocorrência do óbito, isto é, a DO é digitada no município onde ocorreu o óbito (BRASIL, 2009d).

Segundo a mesma portaria, o processamento das DO emitidas pelos IML poderá, a critério da SES, ser realizada no município sede do serviço. Em PE, Petrolina é o único município que possui IML e que realiza a digitação das DO. Os

municípios de Recife e Caruaru, não realizam a digitação, ficando a cargo dos municípios de ocorrência dos óbitos a busca ativa dos mesmos nos IML.

Os períodos foram selecionados por dois motivos: para analisar a evolução da qualidade da informação do SIM entre 2000-2002 e 2008-2010, considerando os esforços e investimentos empreendidos no sistema pelo MS, SES e SMS, com vistas ao fortalecimento da cobertura, qualidade e gestão local, e analisar o registro dos óbitos por causas externas antes e após a implantação do Pacto pela Vida em PE.

5.4. Fonte de Dados e Variáveis do Estudo

A principal fonte de dados do estudo foi a DO, cujos dados alimentam o SIM.

A DO é composta por nove blocos: I – Bloco de identificação do cartório que irá expedir o Atestado de Óbito; II: Bloco de identificação do indivíduo; III: Bloco de Residência do indivíduo; IV: Bloco de Ocorrência do óbito; V: Bloco destinado aos óbitos fetais ou em menores de um ano; VI: Bloco sobre as condições e causas do óbito; VII: Bloco de identificação do médico que preencheu a DO; VIII: Bloco destinado às causas externas e IX: Bloco destinado às localidades sem médico (BRASIL, 2009b). Cada bloco da DO por sua vez, é composto por diversas variáveis que tem o papel de fornecer informações a fim de caracterizar o óbito.

O Quadro 2 traz as variáveis que foram analisadas no estudo quanto ao seu grau de não preenchimento, de acordo com seu respectivo bloco. O grau de não preenchimento das variáveis refere-se ao não preenchimento da variável ou o preenchimento com códigos referentes à informação ignorada (GLATT, 2005; ROMERO, CUNHA, 2006).

Quadro 2: Variáveis de análise do estudo quanto ao grau de não preenchimento na Declaração de Óbito.

Bloco	Variáveis
Identificação	Naturalidade, Idade, Sexo, Raça/Cor, Situação Conjugal, Escolaridade
Residência	Código do Município de Residência
Ocorrência	Local de Ocorrência, Código do Município de Ocorrência
Condições e Causas do Óbito	Assistência Médica, Necropsia
Causas Externas	Tipo (Circunstância do Óbito), Fonte de Informação

Fonte: Declaração de Óbito/MS

Segue-se abaixo a descrição de como se deve realizar o preenchimento de cada variável do estudo na DO, de acordo com o Manual de Instruções para o Preenchimento da DO (2011b) do MS:

- *Bloco de Identificação:*

- **Naturalidade:** deve ser preenchida com o nome do município onde o falecido nasceu e com a sigla da UF. Quando não se conhece o local de nascimento do falecido, pelo menos a sigla da UF deve tentar ser preenchida. Caso o falecido seja estrangeiro, ou a naturalidade não for conhecida deve-se passar um traço nesse campo. Durante a digitação da DO, esse campo é complementado com o código de município e UFs estabelecido pelo IBGE.
- **Idade:** a variável deve ser preenchida com a idade do falecido presumida. A mesma não será preenchida para óbitos fetais. O preenchimento ocorre da seguinte forma:
 - **Anos completos:** quando a idade ou idade presumida do falecido for igual ou maior que um;
 - **Menores de um ano:** quando a idade do falecido for menor que um ano, este campo deverá ser preenchido do seguinte modo:
 - *Até 11 meses e 29 dias:* preencher com o número de meses completos de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de um mês e menos de doze meses completos;
 - *Até 29 dias:* preencher com o número de dias de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de um dia e menos de trinta dias completos;
 - *Até menos de 1 dia:* preencher com o número de horas de vida se a criança tiver morrido com idade a partir de uma hora e menos de vinte e quatro horas completas;
 - *Até menos de 1 hora:* preencher com o número de minutos de vida se a criança tiver morrido com menos de sessenta minutos completos.

- **Sexo:** a variável deve ser preenchida com masculino, feminino ou ignorado. A quadrícula ignorado só deve ser preenchida em casos onde o cadáver esteja mutilado, ou em estado avançado de decomposição, ou ainda quando há genitália indefinida ou hermafroditismo.
- **Raça/Cor:** a variável Raça/Cor poderá ser preenchida com as alternativas branca, preta, amarela, parda ou indígena. Nesta variável não é permitido a alternativa Ignorada. A cor do falecido é perguntada para o responsável pelas informações do mesmo, portanto não deve ser fornecida pelo médico a partir de observação.
- **Situação conjugal:** nesta variável o preenchimento deverá ser preenchida com as seguintes informações: solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado, união estável ou ignorado. A variável é preenchida de acordo com informações obtidas pelo responsável pelo falecido, entretanto, a informação que constará no registro e certidão de óbito será a fornecida perante ao oficial de registro.
- **Escolaridade:** a variável escolaridade deve ser preenchida com a opções Sem Escolaridade, Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série), Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série), Ensino Médio (antigo 2º grau), Superior Incompleto ou Superior Completo.

- Bloco de Residência:

- **Código do município de residência:** a variável deve ser preenchida com o nome do município de residência do falecido. O código do município será preenchido pelo digitador ou codificador do sistema.

- Bloco de Ocorrência:

- **Local de ocorrência:** esta variável corresponde à área física onde ocorreu o óbito. A mesma poderá ser preenchida com as alternativas: hospitais, outros estabelecimentos de saúde, domicílio, via pública, outros locais não citados nas outras opções ou ignorado.

- **Código do município de ocorrência:** a variável será preenchida com o nome do município onde ocorreu o óbito. O código será preenchido pelo digitador ou codificador do sistema.

- Bloco de Condições e Causas do Óbito:

- **Assistência Médica:** o preenchimento desta variável irá responder se o falecido recebeu algum tipo de assistência médica durante a doença que ocasionou a morte. Poderá ser preenchida com o sim, não ou ignorada.
- **Necropsia:** o preenchimento da variável irá responder sobre a execução ou não da necropsia. Salienta-se que em todos os óbitos por causas externas a necropsia deverá ser realizada. Poderá ser preenchida com o sim, não ou ignorada.

- Bloco dos Óbitos por Causas Externas: as variáveis “tipo” e “fonte de informação” correspondem a prováveis circunstâncias do óbito não natural.

- **Tipo (Circunstância do Óbito):** corresponde ao tipo de morte violenta ou as circunstâncias que levaram ao óbito. Geralmente essa informação é preenchida pelo médico legista ou obtidas em laudos dos IML.
- **Fonte de informação:** esta é uma variável que oferece informação complementares sobre os óbitos por causas externas. A fonte de informação poderá ser proveniente do boletim de ocorrência, hospital, família, outra ou ignorada.

Também foi utilizado como fonte de dados o sistema de informações policiais (INFOPOL), da SDS-PE, para comparação dos óbitos por agressões registrados no SIM e no referido sistema, no período 2008-2010.

Esse sistema foi criado em 2003 e nele são registrados os crimes violentos letais intencionais (CVLI), ou seja, os óbitos por homicídio doloso, ou roubos seguido de morte (latrocínio) ou por lesão corporal seguida de morte (NÓBREGA JUNIOR, 2010).

5.5. Processamento e Análise dos Dados

Para analisar a adequação do SIM, utilizou-se uma adaptação da metodologia proposta por Andrade e Szwarcwald (2007), onde se analisou o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) padronizado pela população de PE para avaliação da cobertura, a proporção de óbitos com causa básica mal definida, para avaliação da qualidade da informação.

Especificamente sobre as causas externas, utilizou-se como forma de analisar a qualidade da informação do sistema a proporção de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada e incompletude das variáveis da DO dos óbitos por causas externas.

Inicialmente os dados foram extraídos do SIM, por meio do download do banco de dados referente aos períodos 2000-2002 e 2008-2010, disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus).

Em seguida, os dados foram tabulados pelo programa TabWin versão 3.5, organizados e distribuídos por RS e município sede, em tabelas criadas no programa Microsoft Office Excel®.

De posse dos dados, foi realizado o cálculo da frequência relativa e o cálculo do coeficiente de mortalidade dos óbitos para todas as causas, causas mal definidas, causas externas e causas externas cuja intenção é indeterminada por RS e município sede nos períodos do estudo. Também foi realizado o cálculo da frequência relativa dos óbitos por sexo.

Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade, foi considerada a média das populações das RS e dos municípios sede entre os períodos 2000-2002 e 2008-2010. Os coeficientes de mortalidade foram padronizados pela média da população de PE para os referidos períodos, utilizando a técnica de padronização direta.

Além disso, foi calculada a variação percentual da proporção dos óbitos por todas as causas, por causas mal definidas, por causas externas e por causas externas cuja intenção é indeterminada, a fim de avaliar o crescimento ou redução no registro dos mesmos nos períodos.

Foi calculada, ainda, a razão de proporção dos óbitos estudados. A realização desse cálculo se deu da seguinte forma: divisão da proporção dos óbitos no período 2008-2010, pela proporção dos óbitos do período 2000-2002.

Especificamente para os óbitos por causas externas foram calculadas as frequências relativas, as variações percentuais e as razões de proporção dos mesmos de acordo com as circunstâncias dos óbitos (tipo de morte/circunstâncias que levaram ao óbito). As circunstâncias dos óbitos foram agrupadas da seguinte forma: acidentes, lesões autoprovocadas (suicídios), agressões (homicídios), intenção indeterminada, intervenções legais/operações de guerra, complicações de assistência médica, sequelas e fatores suplementares.

Nos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, também foram calculadas as frequências relativas, as variações percentuais e as razões de proporção de acordo com a natureza da lesão (tipo de lesão que ocasionou a morte). Os mesmos foram agrupados da seguinte forma: envenenamento, enforcamento, afogamento, arma de fogo, material explosivo, fumaça/fogo/chamas, vapor d'água/gases/objetos quentes, objeto cortante/contundente, queda, impacto de veículo a motor e "outros".

Também foram tabulados os óbitos por agressões no período 2008-2010, do sistema INFOPOL, da SDS-PE, para comparação do quantitativo de óbitos captados pelo referido sistema de informação e pelo SIM. Para realização dessa tabulação, os dados foram extraídos do endereço eletrônico da SDS-PE, por meio do download da lista de vítimas CVLI do referido período.

As agressões do sistema INFOPOL foram contabilizadas manualmente, pois o mesmo não possui uma forma de tabulação on-line e também não possibilita o download do banco de dados. As informações sobre as agressões encontram-se, portanto, somente na lista de vítimas CVLI, no formato PDF.

Para a análise da incompletude das variáveis da DO, foi realizada a frequência relativa dos dados, utilizando o programa Microsoft Office Excel®.

Foi atribuído um escore para cada variável de acordo com a sua incompletude, seguindo a metodologia proposta por Romero e Cunha (2006): excelente para variáveis com menos de 5% de preenchimento incompleto; bom para variáveis com 5% e menos que 10%; regular para variáveis com 10% a menos que 20%; ruim para

variáveis com 20% e menos que 50% e muito ruim para variáveis com 50% ou mais. Para as incompletudes também foram calculadas as variações percentuais e as razões de proporção.

Foram sombreadas nas tabelas as variações percentuais positivas e as razões de proporção maior que 1,0. Também foram sombreadas, as variáveis da DO que obtiveram escore Ruim ou Muito Ruim na análise da incompletude das mesmas.

5.6. Considerações Éticas

Esta pesquisa foi realizada segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 196/96, a qual estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. A mesma foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), obtendo parecer favorável nº 384.184.

6. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos no estudo. Primeiramente, serão abordados os resultados dos óbitos por todas as causas e óbitos por causas mal definidas. Posteriormente seguem-se os resultados dos óbitos por causas externas, causas externas cuja intenção é indeterminada e por fim, o grau de não preenchimento das variáveis da DO dos óbitos por causas externas.

6.1. Óbitos por todas as causas

Foram registrados 154.349 óbitos no período 2000-2002 e 161.640 óbitos e no período 2008-2010, mostrando um crescimento no registro dos óbitos de aproximadamente 4,7%. Do total de óbitos do estado, a maioria foi registrada na 1ª RS (53,0% e 54,4%) e no seu município sede, Recife (38,6% e 38,9%), em ambos os períodos do estudo (Tabela 1).

Verificou-se que a maior variação percentual positiva e razão de proporção ocorreu na 8ª RS (14,62% e 1,15) e no município de Ouricuri, sede da 9ª RS (43,54% e 1,44) (Tabela 1).

Com relação ao Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), o mesmo apresentou maior valor na 4ª RS (216,16 e 206,59/1.000 habitantes), tanto no período 2000-2002, quanto no período 2008-2010. Dentre os municípios sede, Recife, sede da 1ª RS, destacou-se com o maior CMG, também em ambos os períodos do estudo (41,51 e 40,60/1.000 habitantes, respectivamente) (Tabela 1).

Ressalta-se ainda sobre o CMG que, o mesmo apresentou crescimento entre um período e outro na 8ª, 9ª, 10ª e 11ª RS, e nos municípios sede Palmares (3ª RS), Garanhuns (5ª RS), Ouricuri (9ª RS) e Afogados da Ingazeira (10ª RS), reduzindo-se nas demais RS e PE (Tabela 1).

Quando se analisa a distribuição dos óbitos por sexo, verifica-se que o sexo masculino foi o principal acometido pelos óbitos nos dois períodos do estudo, com 58,02% dos óbitos de 2000-2002 e 56,38% óbitos de 2008-2010 (Tabela 2)

Tabela 1: População, número e percentual de óbitos por todas as causas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade geral por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde	População		Total de óbitos						Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab.)	
	2000-2002 ¹	2008-2010 ²	2000-2002		2008-2010		Variação % ³	Razão de Proporção (b/a) ⁴	2000-2002	2008-2010
			N	% (a)	N	% (b)				
1º Região de Saúde	1.158.116	1.308.621	81.798	53,00	87.952	54,41	2,67	1,03	70,63	67,21
Recife	1.436.410	1.549.782	59.631	38,63	62.915	38,92	0,75	1,01	41,51	40,60
2ª Região de Saúde	293.108	303.839	7.166	4,64	7.122	4,41	-5,10	0,95	24,45	23,44
Limoeiro	56.477	56.630	1.224	0,79	1.159	0,72	-9,58	0,90	21,67	20,47
3º Região de Saúde	800.250	853.937	8.604	5,57	7.345	4,54	-18,48	0,82	10,75	8,60
Palmares	55.547	58.976	1.585	1,03	1.732	1,07	4,35	1,04	28,53	29,37
4ª Região de Saúde	98.922	106.636	21.383	13,85	22.030	13,63	-1,62	0,98	216,16	206,59
Caruaru	257.958	302.658	7.350	4,76	8.307	5,14	7,92	1,08	28,49	27,45
5º Região de Saúde	97.690	105.626	9.078	5,88	9.095	5,63	-4,33	0,96	92,93	86,11
Garanhuns	119.287	130.288	3.476	2,25	3.855	2,38	5,90	1,06	29,14	29,59
6ª Região de Saúde	209.882	225.687	5.501	3,56	5.463	3,38	-5,17	0,95	26,21	24,21
Arcoverde	62.247	68.083	1.922	1,25	1.903	1,18	-5,45	0,95	30,88	27,95
7º Região de Saúde	146.872	150.226	1.833	1,19	1.862	1,15	-3,00	0,97	12,48	12,39
Salgueiro	52.048	55.732	1.115	0,72	1.136	0,70	-2,71	0,97	21,42	20,38
8ª Região de Saúde	102.624	110.838	4.856	3,15	5.829	3,61	14,62	1,15	47,32	52,59
Petrolina	224.693	283.996	3.672	2,38	4.567	2,83	18,76	1,19	16,34	16,08
9º Região de Saúde	157.784	168.731	3.564	2,31	4.221	2,61	13,09	1,13	22,59	25,02
Ouricuri	57.111	65.805	779	0,50	1.171	0,72	43,54	1,44	13,64	17,80
10ª Região de Saúde	163.522	171.965	2.836	1,84	3.113	1,93	4,82	1,05	17,34	18,10
Afogados da Ingazeira	33.286	35.309	749	0,49	809	0,50	3,14	1,03	22,50	22,91
11ª Região de Saúde	76.817	81.900	3.473	2,25	3.788	2,34	4,15	1,04	45,21	46,25
Serra Talhada	70.743	79.671	1.635	1,06	1.780	1,10	3,96	1,04	23,11	22,34
12ª Região de Saúde	163.521	171.690	4.257	2,76	3.820	2,36	-14,31	0,86	26,03	22,25
Goiana	71.925	74.750	1.018	0,66	925	0,57	-13,23	0,87	14,15	12,37
Pernambuco	3.469.108	3.759.696	154.349	100,00	161.640	100,00	-	1,00	44,49	42,99

¹ Média da população dos anos 2000-2002; ² Média da população dos anos 2008-2010; ³ Variação percentual da proporção dos óbitos por todas as causas; ⁴ Proporção entre b e a

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010; IBGE, 2000-2002 e 2008-2010

Tabela 2: Número e percentual de óbitos por todas as causas por sexo, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	2000-2002							2008-2010						
	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de Óbitos	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de Óbitos
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1ª Região de Saúde	47.504	58,07	34.230	69,73	64	0,08	81.798	49.092	55,82	38.777	44,09	83	0,09	87.952
Recife	33638	56,41	25941	76,18	52	0,09	59.631	34051	54,12	28792	45,76	72	0,11	62.915
2ª Região de Saúde	4.210	58,75	2.956	71,85	-	-	7.166	4.114	57,76	3.007	42,22	1	0,01	7.122
Limoeiro	728	59,48	496	76,19	-	-	1.224	651	56,17	508	43,83	-	-	1.159
3ª Região de Saúde	5.282	61,39	3.318	75,12	4	0,05	8.604	4.417	60,14	2.925	39,82	3	0,04	7.345
Palmares	920	58,04	665	71,43	-	-	1.585	931	53,75	800	46,19	1	0,06	1.732
4ª Região de Saúde	12.221	57,15	9.154	73,74	8	0,04	21.383	12.414	56,35	9.611	43,63	5	0,02	22.030
Caruaru	4202	57,17	3146	67,57	2	0,03	7.350	4656	56,05	3649	43,93	2	0,02	8.307
5ª Região de Saúde	5.063	55,77	4.013	80,52	2	0,02	9.078	4.984	54,80	4.094	45,01	17	0,19	9.095
Garanhuns	1931	55,55	1543	74,15	2	0,06	3.476	2081	53,98	1760	45,65	14	0,36	3.855
6ª Região de Saúde	3.093	56,23	2.407	77,90	1	0,02	5.501	3.090	56,56	2.373	43,44			5.463
Arcoverde	1066	55,46	855	85,59	1	0,05	1.922	999	52,50	904	47,50			1.903
7ª Região de Saúde	1.060	57,83	773	73,06	-	-	1.833	1.058	56,82	802	43,07	2	0,11	1.862
Salgueiro	625	56,05	490	75,62	-	-	1.115	648	57,04	486	42,78	2	0,18	1.136
8ª Região de Saúde	2.985	61,47	1.868	55,86	3	0,06	4.856	3.344	57,37	2.481	42,56	3	0,05	5.829
Petrolina	2239	60,97	1430	54,75	3	0,08	3.672	2612	57,19	1952	42,74	1	0,02	4.567
9ª Região de Saúde	2.057	57,72	1.504	60,04	3	0,08	3.564	2.505	59,35	1.715	40,63	-	-	4.221
Ouricuri	444	57,00	335	48,13	-		779	696	59,44	475	40,56	-	-	1.171
10ª Região de Saúde	1.551	54,69	1.283	72,28	2	0,07	2.836	1.775	57,02	1.338	42,98	-	-	3.113
Afogados da Ingazeira	403	53,81	345	78,23	1	0,13	749	441	54,51	368	45,49	-	-	809
11ª Região de Saúde	1.945	56,00	1.528	72,69	-	-	3.473	2.102	55,49	1.686	44,51	-	-	3.788
Serra Talhada	905	55,35	730	74,57	-	-	1.635	979	55,00	801	45,00	-	-	1.780
12ª Região de Saúde	2.577	60,54	1.678	75,04	2	0,05	4.257	2.236	58,53	1.584	41,47	-	-	3.820
Goiana	663	65,13	354	59,60	1	0,10	1.018	594	64,22	331	35,78	-	-	925
Total	89.548	58,02	64.712	71,01	89	0,06	154.349	91.131	56,38	70.393	43,55	114	0,07	161.640

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

6.2. Óbitos por Causas Mal Definidas

Observou-se uma queda de 76,06% no registro dos óbitos por causas mal definidas em PE, sendo registrados 21,14% no período 2000-2002 e 5,06% no período 2008-2010 (Tabela 3).

Quando se compara o percentual dos óbitos por causas mal definidas com as demais causas de óbito, no período 2000-2002, verificou-se que o maior foi registrado na 9ª RS (56,03%) e no seu município sede, Ouricuri (46,47%) (Tabela 3).

Já para o período posterior, 2008-2010, o maior percentual de registro ocorreu na 5ª RS (19,32%). Destacou-se ainda o município de Petrolina, sede da 8ª RS com 11,96%, o maior registro dentre todos os municípios sedes (Tabela 4).

Quando se analisou a variação percentual e a razão de proporção desses óbitos, verificou-se que em todas as RS ocorreu diminuição no registro. Destacaram-se a 9ª RS e seu município sede Ouricuri, com as maiores variações percentuais negativas (-92,52% e -93,38% respectivamente) (Tabela 3).

Para o coeficiente de mortalidade por causas mal definidas, observou-se que o mesmo diminuiu no estado de PE, passando de 941,14/100.000 habitantes em 2000-2002 para 226,32/100.000 habitantes em 2008-2010. Essa redução também foi observada em todas as RS e municípios sede. Destacou-se com os maiores coeficientes em ambos os períodos do estudo a 4ª RS (8.452,14 e 1.913,99/100.000 habitantes) e o município de Garanhuns, sede da 5ª RS (1.000,95 e 259,43/100.000 habitantes) (Tabela 3).

Quando se verificou a distribuição dos óbitos por causas mal definidas entre os sexos, os homens representaram a maioria, tanto no período 2000-2002 (53,53% óbitos), quanto no período 2008-2010 (54,18%) (Tabela 4).

Tabela 3: Total de óbitos, número e percentual de óbitos por causas mal definidas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	Total de Óbitos		Óbitos por Causas Mal Definidas						Coeficiente de Mortalidade por causas mal definidas (por 100.000 hab.)	
	2000-2002	2008- 2010	2000-2002		2008-2010		Variação % ²	Razão de Proporção ³	2000- 2002	2008-2010
			N	% ¹	N	% ¹				
1º Região de Saúde	81.798	87.952	2.330	2,85	956	1,09	-61,84	0,38	201,19	73,05
Recife	59.631	62.915	701	1,18	316	0,50	-57,27	0,43	48,80	20,39
2ª Região de Saúde	7.292	7.277	2.436	33,41	278	3,82	-88,56	0,11	831,09	91,50
Limoeiro	7.166	7.122	368	5,14	58	0,81	-84,14	0,16	651,59	102,42
3º Região de Saúde	8.604	7.345	3.885	45,15	358	4,87	-89,21	0,11	485,47	41,92
Palmares	1.585	1.732	246	15,52	32	1,85	-88,10	0,12	442,87	54,26
4ª Região de Saúde	21.383	22.030	8.361	39,10	2.041	9,26	-76,31	0,24	8.452,14	1.913,99
Caruaru	7.350	8.307	1458	19,84	570	6,86	-65,41	0,35	565,21	188,33
5º Região de Saúde	9.078	9.095	4.919	54,19	1.757	19,32	-64,35	0,36	5.035,33	1.663,42
Garanhuns	3.476	3.855	1194	34,35	338	8,77	-74,47	0,26	1.000,95	259,43
6ª Região de Saúde	5.501	5.463	2.852	51,85	1.027	18,80	-63,74	0,36	1.358,86	455,05
Arcoverde	1.922	1.903	419	21,80	150	7,88	-63,84	0,36	67,34	220,32
7º Região de Saúde	1.833	1.862	433	23,62	217	11,65	-50,67	0,49	294,82	144,45
Salgueiro	1.115	1.136	119	10,67	108	9,51	-10,92	0,89	228,64	193,78
8ª Região de Saúde	4.856	5.829	1.550	31,92	957	16,42	-48,56	0,51	1.510,37	863,42
Petrolina	3.672	4.567	962	26,20	546	11,96	-54,37	0,46	428,14	192,26
9º Região de Saúde	3.564	10.565	1.999	56,09	443	4,19	-92,52	0,07	1.266,92	262,55
Ouricuri	779	1.171	362	46,47	36	3,07	-93,38	0,07	633,85	54,71
10ª Região de Saúde	2.836	3.113	1.137	40,09	106	3,41	-91,51	0,08	695,32	61,64
Afogados da Ingazeira	749	809	244	32,58	26	3,21	-90,13	0,10	733,04	73,64
11ª Região de Saúde	3.473	3.788	1.106	31,85	174	4,59	-85,58	0,14	1.439,79	212,45
Serra Talhada	1.635	1.780	416	25,44	77	4,33	-83,00	0,17	588,04	96,65
12ª Região de Saúde	4.257	3.820	1.641	38,55	195	5,10	-86,76	0,13	1.003,54	113,58
Goiana	1.018	925	381	37,43	71	7,68	-79,49	0,21	529,72	94,98
Pernambuco	154.475	168.139	32.649	21,14	8.509	5,06	-76,06	0,24	941,14	226,32

¹ Percentual de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de óbitos por todas as causas; ² Variação percentual da proporção dos óbitos por mal definidas em relação ao total de óbitos de cada Região de Saúde e município sede; ³ Proporção entre b e a

Fonte: SIM, 2000- 2002 e 2008- 2010.

Tabela 4: Número e percentual de óbitos por causas mal definidas por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	2000-2002							2008-2010						
	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de óbitos por causas mal definidas	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de óbitos por causas mal definidas
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1º Região de Saúde	1.404	60,26	919	39,44	7	0,30	2.330	564	59,00	392	41,00	-	-	956
Recife	463	66,05	233	33,24	5	0,71	701	166	52,53	150	47,47	-	-	316
2ª Região de Saúde	1.264	51,89	1.134	46,55	-	-	2.436	149	53,60	129	46,40	-	-	278
Limoeiro	203	55,16	165	44,84	-	-	368	27	46,55	31	53,45	-	-	58
3º Região de Saúde	2.182	56,16	1.703	43,84	-	-	3.885	203	56,70	155	43,30	-	-	358
Palmares	135	54,88	111	45,12	-	-	246	17	53,13	15	46,88	-	-	32
4ª Região de Saúde	4.327	51,75	4.031	48,21	3	0,04	8.361	1.101	53,94	938	45,96	2	0,10	2.041
Caruaru	760	52,13	698	47,87	-	-	1458	301	52,81	269	47,19	-	-	570
5º Região de Saúde	2.561	52,06	2.358	47,94	-	-	4.919	862	49,06	894	50,88	1	0,06	1.757
Garanhuns	609	51,01	585	48,99	-	-	1194	170	50,30	167	49,41	1	0,30	338
6ª Região de Saúde	1.461	51,23	1.391	48,77	-	-	2.852	573	55,79	454	44,21	-	-	1.027
Arcoverde	224	53,46	195	46,54	-	-	419	81	54,00	69	46,00	-	-	150
7º Região de Saúde	223	51,50	210	48,50	-	-	433	126	58,06	91	41,94	-	-	217
Salgueiro	64	53,78	55	46,22	-	-	119	67	62,04	41	37,96	-	-	108
8ª Região de Saúde	854	55,10	696	44,90	-	-	1.550	523	54,65	434	45,35	-	-	957
Petrolina	529	54,99	433	45,01	-	-	962	304	55,68	242	44,32	-	-	546
9º Região de Saúde	1.057	52,88	942	47,12	-	-	1.999	240	54,18	203	45,82	-	-	443
Ouricuri	183	50,55	179	49,45	-	-	362	22	61,11	14	38,89	-	-	36
10ª Região de Saúde	600	52,77	537	47,23	-	-	1.137	59	55,66	47	44,34	-	-	106
Afogados da Ingazeira	122	50,00	122	50,00	-	-	244	14	53,85	12	46,15	-	-	26
11ª Região de Saúde	602	54,43	504	45,57	-	-	1.106	102	58,62	72	41,38	-	-	174
Serra Talhada	211	50,72	205	49,28	-	-	416	50	64,94	27	35,06	-	-	77
12ª Região de Saúde	943	57,46	697	42,47	1	0,06	1.641	108	55,38	87	44,62	-	-	195
Goiana	218	57,22	163	42,78	-	-	381	41	57,75	30	42,25	-	-	71
Pernambuco	17.478	53,53	15.122	46,32	11	0,03	32.649	4.610	54,18	3.896	45,79	3	0,04	8.509

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

6.3. Óbitos por Causas Externas

Do total de óbitos registrados, 9,0% foram ocasionados por causas externas no período 2000-2002 e 8,8% no período 2008-2010, ou seja, o registro reduziu em 2,45% em PE (Tabela 5).

Verificou-se que o maior registro dos óbitos por causas externas ocorreu na 8ª RS, em ambos os períodos (20,35% e 17,36%), e no município de Goiana, sede da 12ª RS (22,50% e 21,95%) (Tabela 5).

Houve aumento do registro desses óbitos, com variação percentual positiva: 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 10ª, 11ª e 12ª, e nos seguintes municípios sede: Recife (1ª RS), Caruaru (4ª RS), Arcoverde (6ª RS), Ouricuri (9ª RS) e Afogados da Ingazeira (10ª RS) (Tabela 5).

Nesses locais, a razão de proporção também foi maior que 1,0, exceto na 3ª RS, onde a mesma foi 1,0 (Tabela 5).

A maior variação percentual positiva e razão de proporção ocorreu na 10ª RS (50,79% e 1,51) e no município de Ouricuri, sede da 9ª RS (53,36% e 1,53).

Quanto ao coeficiente de mortalidade por causas externas, o estado de PE apresentou redução, passando de 634,95/100.000 habitantes no período de 2000-2002, para 617,76/100.000 habitantes no período de 2008-2010 (Tabela 5).

O mesmo aumentou nas seguintes RS: 4ª, 6ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª. O maior coeficiente foi encontrado na 4ª RS, nos dois períodos do estudo (2.678,89/100.000 habitantes e 2.713,91/100.000 habitantes) (Tabela 5).

Com relação ao coeficiente de mortalidade por causas externas nos municípios sedes, verificou-se que ocorreu aumento no Recife (1ª RS), Caruaru (4ª RS), Arcoverde (6ª RS), Ouricuri (9ª RS) e Afogados da Ingazeira (10ª RS). Recife apresentou os maiores coeficientes (510,93/100.000 habitantes e 528,33/100.000 habitantes) (Tabela 5).

A mortalidade por causas externas, assim como as demais causas apresentadas no estudo, possui maior registro no sexo masculino, com 87,64% no período 2000-2002 e 84,40% no período 2008-2010 (Tabela 6).

Tabela 5: Total de óbitos, número e percentual de óbitos por causas externas, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	Total de Óbitos		Óbitos por Causas Externas						Coeficiente de Mortalidade por causas externas (por 100.000 hab.)	
	2000-2002	2008-2010	2000-2002		2008-2010		Variação % ²	Razão de Proporção ³	2000- 2002	2008-2010
			N	% ¹	N	% ¹				
1º Região de Saúde	81.798	87.952	12.955	15,84	13.240	15,05	-4,95	0,95	1.118,63	1.011,75
Recife	59.631	62.915	7.339	12,31	8.188	13,01	5,74	1,06	510,93	528,33
2ª Região de Saúde	7.292	7.277	866	11,88	899	12,35	4,02	1,04	295,45	295,88
Limoeiro	7.166	7.122	162	2,26	143	2,01	-11,18	0,89	286,84	252,52
3º Região de Saúde	8.604	7.345	1.281	14,89	1.099	14,96	0,50	1,00	160,07	128,70
Palmares	1.585	1.732	154	9,72	148	8,55	-12,05	0,88	277,24	250,95
4ª Região de Saúde	21.383	22.030	2.650	12,39	2.894	13,14	6,00	1,06	2.678,89	2.713,91
Caruaru	7.350	8.307	935	12,72	1.189	14,31	12,52	1,13	362,46	392,85
5º Região de Saúde	9.078	9.095	940	10,35	1.010	11,11	7,25	1,07	962,23	956,21
Garanhuns	3.476	3.855	380	10,93	374	9,70	-11,26	0,89	318,56	287,06
6ª Região de Saúde	5.501	5.463	604	10,98	738	13,51	23,04	1,23	287,78	327,00
Arcoverde	1.922	1.903	131	6,82	172	9,04	32,61	1,33	21,05	252,63
7º Região de Saúde	1.833	1.862	222	12,11	209	11,22	-7,32	0,93	151,15	139,12
Salgueiro	1.115	1.136	107	9,60	107	9,42	-1,85	0,98	205,58	191,99
8ª Região de Saúde	4.856	5.829	988	20,35	1.012	17,36	-14,67	0,85	962,74	913,05
Petrolina	3.672	4.567	718	19,55	785	17,19	-12,09	0,88	319,55	276,41
9º Região de Saúde	3.564	10.565	421	11,81	763	7,22	-38,86	0,61	266,82	452,20
Ouricuri	779	1.171	95	12,20	219	18,70	53,36	1,53	166,34	332,80
10ª Região de Saúde	2.836	3.113	174	6,14	288	9,25	50,79	1,51	106,41	167,48
Afogados da Ingazeira	749	809	49	6,54	63	7,79	19,04	1,19	147,21	178,42
11ª Região de Saúde	3.473	3.788	402	11,58	507	13,38	15,63	1,16	523,32	619,05
Serra Talhada	1.635	1.780	186	11,38	201	11,29	-0,74	0,99	262,92	252,29
12ª Região de Saúde	4.257	3.820	524	12,31	567	14,84	20,58	1,21	320,45	330,25
Goiana	1.018	925	229	22,50	203	21,95	-2,44	0,98	318,39	271,57
Pernambuco	244.573	264.361	22.027	9,01	23.226	8,79	-2,45	0,98	634,95	617,76

¹ Percentual de óbitos por causas externas em relação ao total de óbitos por todas as causas; ² Variação percentual do percentual de óbitos por causas externas em relação ao total de óbitos por todas as causas; ³ Proporção entre b e a

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Tabela 6: Número e percentual dos óbitos por causas externas, por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	2000-2002							2008-2010						
	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de Óbitos por causas externas	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de Óbitos por causas externas
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1º Região de Saúde	11.332	87,47	1.615	12,47	8	0,06	12.955	11.033	83,33	2.195	16,58	12	0,09	13.240
Recife	6.276	85,52	1.060	14,44	3	0,04	7.339	6.532	79,78	1.650	20,15	6	0,07	8.188
2ª Região de Saúde	796	91,92	70	8,08	-	-	866	790	87,88	108	12,01	1	0,11	899
Limoeiro	151	93,21	11	6,79	-	-	162	125	87,41	18	12,59	-	-	143
3º Região de Saúde	1.154	90,09	124	9,68	3	0,23	1.281	949	86,35	148	13,47	2	0,18	1.099
Palmares	139	90,26	15	9,74	-	-	154	121	81,76	26	17,57	1	0,68	148
4ª Região de Saúde	2.293	86,53	356	13,43	1	0,04	2.650	2.477	85,59	417	14,41	-	-	2.894
Caruaru	789	84,39	146	15,61	-	-	935	991	83,35	198	16,65	-	-	1.189
5º Região de Saúde	800	85,11	139	14,79	1	0,11	940	870	86,14	140	13,86	-	-	1.010
Garanhuns	320	84,21	59	15,53	1	0,26	380	308	82,35	66	17,65	-	-	374
6ª Região de Saúde	539	89,24	65	10,76	-	-	604	638	86,45	100	13,55	-	-	738
Arcoverde	116	88,55	15	11,45	-	-	131	149	86,63	23	13,37	-	-	172
7º Região de Saúde	186	83,78	36	16,22	-	-	222	168	80,38	41	19,62	-	-	209
Salgueiro	84	78,50	23	21,50	-	-	107	88	82,24	19	17,76	-	-	107
8ª Região de Saúde	876	88,66	112	11,34	-	-	988	835	82,51	177	17,49	-	-	1.012
Petrolina	628	87,47	90	12,53	-	-	718	651	82,93	134	17,07	-	-	785
9º Região de Saúde	370	87,89	51	12,11	-	-	421	648	84,93	114	14,94	1	0,13	763
Ouricuri	78	82,11	17	17,89	-	-	95	186	84,93	33	15,07	-	-	219
10ª Região de Saúde	145	83,33	29	16,67	-	-	174	242	84,03	46	15,97	-	-	288
Afogados da Ingazeira	43	87,76	6	12,24	-	-	49	57	90,48	6	9,52	-	-	63
11ª Região de Saúde	341	84,83	61	15,17	-	-	402	441	86,98	66	13,02	-	-	507
Serra Talhada	160	86,02	26	13,98	-	-	186	169	84,08	32	15,92	-	-	201
12ª Região de Saúde	472	90,08	52	9,92	-	-	524	511	90,12	56	9,88	-	-	567
Goiana	209	91,27	20	8,73	-	-	229	183	90,15	20	9,85	-	-	203
Pernambuco	19.304	87,64	2.710	12,30	13	0,06	22.027	19.602	84,40	3.608	15,53	16	0,07	23.226

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Observou-se no gráfico 1 que no estado de PE, nos dois períodos do estudo, o maior registro desses óbitos foi por agressões (60,20% e 50,42%). Observou-se ainda diminuição somente nos registros dos óbitos por agressões e por complicações de assistência médica.

Verificou-se que nos dois períodos os maiores registros ocorreram na 1ª RS e seu município sede, Recife, exceto nos óbitos por sequelas de causas externas, onde o maior registro ocorreu na 4ª RS (Tabelas 7 e 8).

Analisando a variação percentual e a razão de proporção, verificou-se aumento nos registros dos óbitos por acidentes nas 4ª, 6ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª RS, e nos municípios sede Recife (1ª RS), Limoeiro (2ª RS), Caruaru (4ª RS), Petrolina (8ª RS), Ouricuri (9ª RS) e Afogados da Ingazeira (10ª RS) (Tabela 9)

Destacaram-se com as maiores variações percentuais positivas e razão de proporção a 10ª RS (105,32% e 2,05), e dentre os municípios sede Ouricuri (9ª RS; 111,7% e 2,12) (Tabela 9).

Para os óbitos por lesões autoprovocadas (suicídios), observou-se aumento do registro, com variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0, nas seguintes RS: 3ª, 4ª, 6ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª e os seguintes municípios sede: Caruaru (4ª RS), Arcoverde (6ª RS), Petrolina (8ª RS), Ouricuri (9ª RS), Afogados da Ingazeira (10ª RS), Serra Talhada (11ª RS) e Goiana (12ª RS) (Tabela 9).

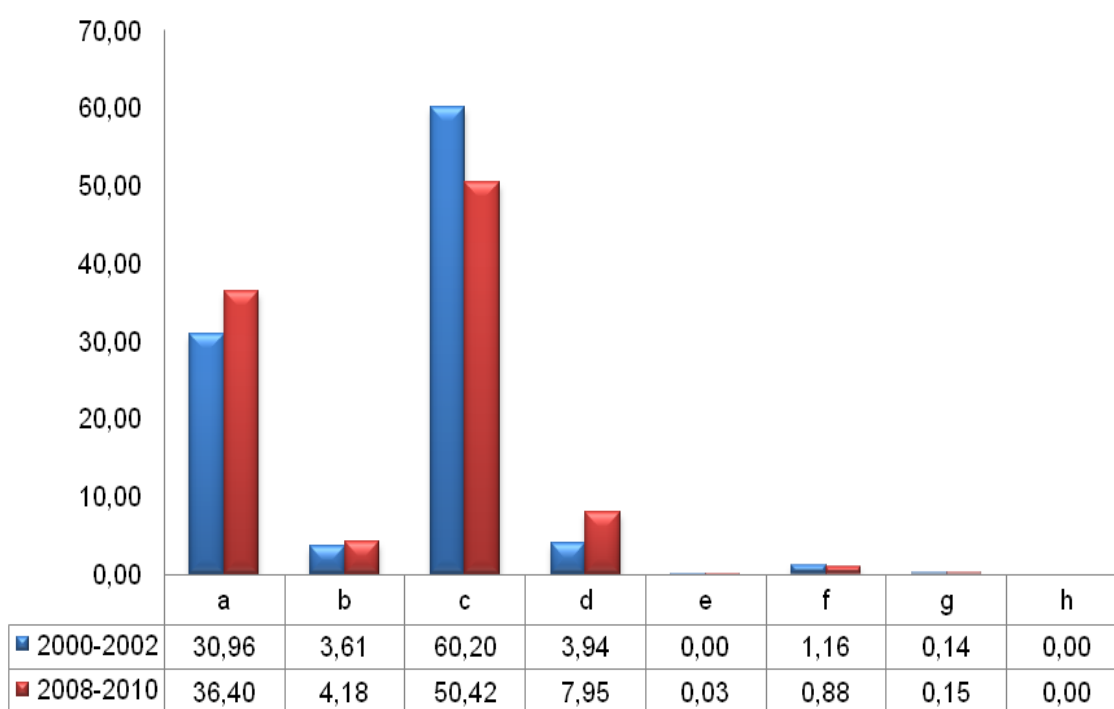
Nos óbitos por agressões, ocorreu aumento do registro na 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª RS, e nos municípios sede Palmares (3ª RS), Caruaru (4ª RS), Arcoverde (6ª RS) e Ouricuri (9ª RS) (Tabela 9).

Ao se comparar os óbitos por agressões registrados no SIM, no período de 2008-2010, com os óbitos registrados no sistema INFOPOL da SDS-PE, verificou-se que enquanto o SIM registrou 11.170, o INFOPOL registrou 12.051, ou seja, 341 óbitos a mais que o SIM (Gráfico 2).

Com relação aos óbitos cuja intenção é indeterminada, verificou-se aumento do registro na 1ª RS e Recife (município sede da 1ª RS), 6ª RS, 8ª RS e Petrolina (município sede da 8ª RS) e 11ª RS, sendo o maior incremento encontrado na 6ª RS (134,83% - variação percentual e 2,35 – razão de proporção) e Recife, (1ª RS; 64,87% - variação percentual e 1,65 – razão de proporção) (Tabela 9).

Observou-se ainda que houve poucos registros dos óbitos por intervenções legais/operações de guerra, complicações de assistência médica e sequelas de causas externas. Juntos, os mesmos representam apenas 1,3% dos óbitos por causas externas no período 2000-2002 e 1,0% no período 2008-2010 (Tabela 9).

Destaca-se ainda que não houve registro em nenhum período do estudo para os óbitos por fatores suplementares (Tabela 7, Tabela 8 e Tabela 9).



Legenda: a – Acidentes; b – Lesões Autoprovocadas; c – Agressões; d- Intenção Indeterminada; e – Intervenções legais/Operações de guerra; f – Complicações da Assistência Médica; g – Sequelas; h – Fatores Suplementares.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Gráfico 1: Percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Tabela 7: Número e percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002.

Região de Saúde/Município Sede (2000-2002)	Acidentes		Lesões autoprovocadas		Agressões		Intenção indeterminada		Intervenções legais/Op. guerra		Complicações Assist. Médica		Sequelas		Fatores suplementares	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Região de Saúde	3.472	50,92	346	43,52	8.243	62,16	657	75,78	-	-	214	83,92	23	76,67	-	-
Recife	2.413	35,39	248	31,19	4.083	30,79	384	44,29	-	-	190	74,51	21	70,00	-	-
2ª Região de Saúde	281	4,12	48	6,04	491	3,70	41	4,73	-	-	3	1,18	2	6,67	-	-
Limoeiro	34	0,50	7	0,88	116	0,87	5	0,58	-	-	-	-	-	-	-	-
3º Região de Saúde	419	6,14	32	4,03	813	6,13	12	1,38	-	-	5	1,96	-	-	-	-
Palmares	51	0,75	6	0,75	92	0,69	0	0,00	-	-	5	1,96	-	-	-	-
4ª Região de Saúde	984	14,43	124	15,60	1.439	10,85	80	9,23	1	100,00	18	7,06	4	13,33	-	-
Caruaru	369	5,41	44	5,53	444	3,35	57	6,57	1	100,00	17	6,67	3	10,00	-	-
5º Região de Saúde	415	6,09	68	8,55	444	3,35	13	1,50	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	153	2,24	22	2,77	197	1,49	8	0,92	-	-	-	-	-	-	-	-
6ª Região de Saúde	226	3,31	27	3,40	348	2,62	3	0,35	-	-	-	-	-	-	-	-
Arcoverde	54	0,79	6	0,75	71	0,54	0	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
7º Região de Saúde	99	1,45	13	1,64	106	0,80	2	0,23	-	-	2	0,78	-	-	-	-
Salgueiro	59	0,87	5	0,63	40	0,30	2	0,23	-	-	1	0,39	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	378	5,54	46	5,79	537	4,05	19	2,19	-	-	8	3,14	-	-	-	-
Petrolina	274	4,02	22	2,77	399	3,01	16	1,85	-	-	7	2,75	-	-	-	-
9º Região de Saúde	179	2,63	33	4,15	200	1,51	8	0,92	-	-	1	0,39	-	-	-	-
Ouricuri	48	0,70	8	1,01	35	0,26	4	0,46	-	-	-	-	-	-	-	-
10ª Região de Saúde	66	0,97	11	1,38	90	0,68	6	0,69	-	-	1	0,39	-	-	-	-
Afogados da Ingazeira	15	0,22	2	0,25	30	0,23	2	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	138	2,02	31	3,90	229	1,73	3	0,35	-	-	1	0,39	-	-	-	-
Serra Talhada	72	1,06	12	1,51	101	0,76	-	-	-	-	1	0,39	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	162	2,38	16	2,01	320	2,41	23	2,65	-	-	2	0,78	1	3,33	-	-
Goiana	61	0,89	3	0,38	155	1,17	9	1,04	-	-	1	0,39	-	-	-	-
Pernambuco	6.819	100,00	795	100,00	13.260	100,00	867	100,00	1	100,00	255	100,00	30	100,00	-	-

Fonte: SIM, 2000-2002.

Tabela 8: Número e percentual de óbitos por causas externas por circunstância do óbito, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede (2008-2010)	Acidentes		Lesões autoprovocadas		Agressões		Intenção indeterminada		Intervenções legais/Op. guerra		Complicações Assist. Médica		Sequelas		Fatores suplementares	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Região de Saúde	4.162	49,23	353	36,39	6.914	59,04	1.626	88,08	-	-	176	86,27	9	25,00	-	-
Recife	3.142	37,17	222	22,89	3.316	28,32	1.348	73,02	-	-	153	75,00	7	19,44	-	-
2ª Região de Saúde	318	3,76	57	5,88	481	4,11	37	2,00	1	16,67	2	0,98	3	8,33	-	-
Limoeiro	45	0,53	7	0,72	84	0,72	6	0,33	-	-	-	-	1	2,78	-	-
3º Região de Saúde	394	4,66	44	4,54	642	5,48	14	0,76	-	-	3	1,47	2	5,56	-	-
Palmares	51	0,60	6	0,62	86	0,73	3	0,16	-	-	2	0,98	-	-	-	-
4ª Região de Saúde	1.240	14,67	154	15,88	1.429	12,20	50	2,71	-	-	9	4,41	12	33,33	-	-
Caruaru	547	6,47	65	6,70	537	4,59	30	1,63	-	-	7	3,43	3	8,33	-	-
5º Região de Saúde	460	5,44	66	6,80	469	4,01	11	0,60	-	-	3	1,47	1	2,78	-	-
Garanhuns	181	2,14	20	2,06	167	1,43	4	0,22	-	-	2	0,98	-	-	-	-
6ª Região de Saúde	309	3,66	40	4,12	373	3,19	15	0,81	-	-	-	-	1	2,78	-	-
Arcoverde	64	0,76	13	1,34	92	0,79	3	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-
7º Região de Saúde	123	1,45	10	1,03	71	0,61	4	0,22	-	-	-	-	1	2,78	-	-
Salgueiro	69	0,82	5	0,52	30	0,26	3	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	454	5,37	79	8,14	409	3,49	60	3,25	2	33,33	5	2,45	3	8,33	-	-
Petrolina	372	4,40	56	5,77	303	2,59	49	2,65	-	-	5	2,45	3	8,33	-	-
9º Região de Saúde	421	4,98	61	6,29	274	2,34	5	0,27	-	-	2	0,98	-	-	-	-
Ouricuri	126	1,49	14	1,44	77	0,66	2	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-
10ª Região de Saúde	168	1,99	25	2,58	91	0,78	2	0,11	1	16,67	-	-	1	2,78	-	-
Afogados da Ingazeira	32	0,38	5	0,52	25	0,21	1	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	204	2,41	50	5,15	236	2,02	12	0,65	-	-	2	0,98	3	8,33	-	-
Serra Talhada	89	1,05	20	2,06	85	0,73	3	0,16	-	-	2	0,98	2	5,56	-	-
12ª Região de Saúde	201	2,38	31	3,20	321	2,74	10	0,54	2	33,33	2	0,98	-	-	-	-
Goiana	75	0,89	4	0,41	121	1,03	3	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	8.454	100,00	970	100,00	11.710	100,00	1.846	100,00	6	100,00	204	100,00	36	100,00	-	-

Fonte: SIM, 2008-2010.

Tabela 9: Variação percentual e razão de proporção dos óbitos por causas externas por detalhamento da causa, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	Acidentes		Lesões autoprovocadas		Agressões		Intenção indeterminada		Intervenções legais/Operações de guerra		Complicações Assistência Médica		Sequelae		Fatores suplementares	
	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²
1º Região de Saúde	-3,31	0,97	-16,38	0,84	-5,02	0,95	16,24	1,16	-	-	2,80	1,03	-67,39	0,33	-	-
Recife	5,03	1,05	-26,63	0,73	-8,04	0,92	64,87	1,65	-	-	0,66	1,01	-72,22	0,28	-	-
2ª Região de Saúde	-8,72	0,91	-2,67	0,97	10,93	1,11	-57,62	0,42	-	-	-16,67	0,83	25,00	1,25	-	-
Limoeiro	6,76	1,07	-18,04	0,82	-18,00	0,82	-43,64	0,56	-	-	-	-	-	-	-	-
3º Região de Saúde	-24,15	0,76	12,69	1,13	-10,58	0,89	-45,21	0,55	-	-	-25,00	0,75	-	-	-	-
Palmares	-19,34	0,81	-18,04	0,82	5,85	1,06	-	-	-	-	-50,00	0,50	-	-	-	-
4ª Região de Saúde	1,64	1,02	1,79	1,02	12,45	1,12	-70,65	0,29	-	-	-37,50	0,63	150,00	2,50	-	-
Caruaru	19,57	1,20	21,08	1,21	36,96	1,37	-75,28	0,25	-	-	-48,53	0,51	-16,67	0,83	-	-
5º Região de Saúde	-10,59	0,89	-20,45	0,80	19,61	1,20	-60,26	0,40	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	-4,58	0,95	-25,49	0,75	-4,01	0,96	-76,52	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-
6ª Região de Saúde	10,28	1,10	21,42	1,21	21,37	1,21	134,83	2,35	-	-	-	-	-	-	-	-
Arcoverde	-4,40	0,96	77,58	1,78	46,73	1,47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7º Região de Saúde	0,21	1,00	-36,95	0,63	-24,15	0,76	-6,07	0,94	-	-	-	-	-	-	-	-
Salgueiro	-5,67	0,94	-18,04	0,82	-15,07	0,85	-29,55	0,70	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	-3,12	0,97	40,76	1,41	-13,75	0,86	48,31	1,48	-	-	-21,88	0,78	-	-	-	-
Petrolina	9,51	1,10	108,62	2,09	-14,01	0,86	43,83	1,44	-	-	-10,71	0,89	-	-	-	-
9º Região de Saúde	89,71	1,90	51,50	1,51	55,13	1,55	-70,65	0,29	-	-	150,00	2,50	-	-	-	-
Ouricuri	111,73	2,12	43,43	1,43	149,12	2,49	-76,52	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-
10ª Região de Saúde	105,32	2,05	86,27	1,86	14,49	1,14	-84,34	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-
Afogados da Ingazeira	72,07	1,72	104,90	2,05	-5,64	0,94	-76,52	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	19,24	1,19	32,19	1,32	16,70	1,17	87,87	1,88	-	-	150,00	2,50	-	-	-	-
Serra Talhada	-0,30	1,00	36,60	1,37	-4,70	0,95	-	-	-	-	150,00	2,50	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	0,08	1,00	58,80	1,59	13,59	1,14	-79,58	0,20	-	-	25,00	1,25	-	-	-	-
Goiana	-0,83	0,99	9,28	1,09	-11,60	0,88	-84,34	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	-

Legenda: VP – Variação percentual; RP – Razão de Proporção

¹ Variação percentual do percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada em relação ao total de óbitos por causas externas;² Razão de proporção entre proporção de 2008-2010 pela proporção de 2000-2002.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010

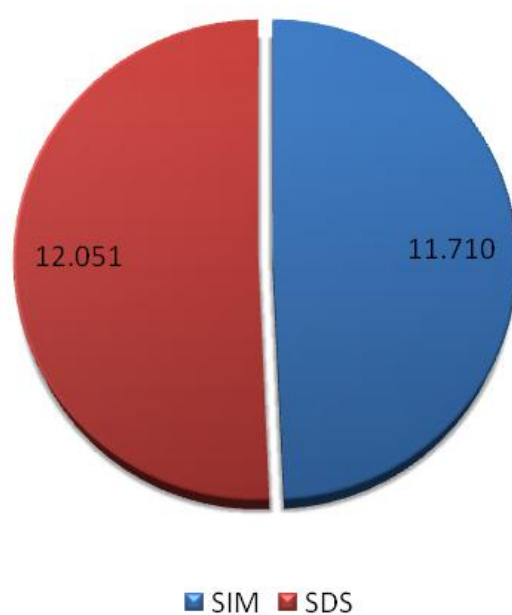


Gráfico 2: Óbitos por agressões registrados no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do banco de dados INFOPOL da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco, 2008-2010.

Fonte: SIM, 2008-2010; INFOPOL, 2008-2010.

6.4. Óbitos por Causas Externas Cuja Intenção é Indeterminada

Essa causa (não) específica de óbito por causas externas apresentou incremento em seus registros, representando 3,9% dos óbitos por causas externas no período de 2000-2002 e 7,9% no período de 2008-2010. O local com o maior registro dessa causa de óbito foi a 1ª RS (5,07% e 12,28%) e Recife, seu município sede (5,23% e 16,46%) (Tabela 10).

Houve aumento do registro desses óbitos, com variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0 as seguintes RS: 1ª, 3ª, 6ª, 7ª e 8ª e os seguintes municípios sede: Recife (1ª RS), Limoeiro (2ª RS), Salgueiro (7ª RS), Petrolina (8ª RS) e Afogados da Ingazeira (10ª RS) (Tabela 10).

A maior variação percentual positiva e razão de proporção foram registradas na 6ª RS (309,21% e 4,09) e Recife (1ª RS; 214,64% e 3,15) (Tabela 10).

Com relação ao coeficiente de mortalidade por causas externas cuja intenção é indeterminada, observou-se aumento no estado, passando de 24,99/100.000 habitantes entre 2000-2002, para 49,10/100.000 habitantes entre 2008-2010.

Observou-se aumento também na 1ª RS e seu município sede Recife, em Limoeiro (2ª RS), na 3ª RS e seu município sede Palmares, na 6ª RS e seu município sede Arcoverde, na 7ª RS e seu município sede Salgueiro, na 8ª RS e seu município sede Petrolina, na 11ª RS e seu município sede Serra Talhada.

A 4ª RS apresentou o maior coeficiente (80,97/100.000 habitantes) no período 2000-2002 e a 1ª RS (124,25/100.000 habitantes) no período 2008-2010. Recife, município sede da 1ª RS, apresentou os maiores coeficiente nos dois períodos (26,73/100.000 habitantes e 86,98/100.000 habitantes) (Tabela 14).

Assim como foi verificado em relação às causas mal definidas, às causas externas e ao total de óbitos, o sexo masculino também foi predominante entre os registros dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, correspondendo a 78,66% no período 2000-2002 e 71,99% no período 2008-2010 (Tabela 11).

Tabela 10: Total de óbitos por causas externas, número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, variação percentual, razão de proporção e coeficiente de mortalidade por Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	Total de Óbitos por Causas Externas		Óbitos por Causas Externas cuja intenção é indeterminada						Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas cuja intenção é indeterminada (por 100.000 hab.)	
	2000-2002	2008-2010	2000-2002		2008-2010		Variação % ²	Razão de Proporção ³	2000- 2002	2008-2010
			N	% ¹	N	% ¹				
1ª Região de Saúde	12.955	13.240	657	5,07	1.626	12,28	142,16	2,42	56,73	124,25
Recife	7.339	8.188	384	5,23	1.348	16,46	214,64	3,15	26,73	86,98
2ª Região de Saúde	866	899	41	4,73	37	4,12	-13,07	0,87	13,99	12,18
Limoeiro	162	143	5	3,09	6	4,20	35,94	1,36	8,85	10,60
3ª Região de Saúde	1.281	1.099	12	0,94	14	1,27	35,99	1,36	1,50	1,64
Palmares	154	148	-	-	3	2,03	-	-	-	5,09
4ª Região de Saúde	2.650	2.894	80	3,02	50	1,73	-42,77	0,57	80,87	46,89
Caruaru	935	1.189	57	6,10	30	2,52	-58,61	0,41	22,10	9,91
5ª Região de Saúde	940	1.010	13	1,38	11	1,09	-21,25	0,79	13,31	10,41
Garanhuns	380	374	8	2,11	4	1,07	-49,20	0,51	6,71	3,07
6ª Região de Saúde	604	738	3	0,50	15	2,03	309,21	4,09	1,43	6,65
Arcoverde	131	172	-	-	3	1,74	-	-	-	-
7ª Região de Saúde	222	209	2	0,90	4	1,91	112,44	2,12	1,36	2,66
Salgueiro	107	107	2	1,87	3	2,80	50,00	1,50	3,84	5,38
8ª Região de Saúde	988	1.012	19	1,92	60	5,93	208,30	3,08	18,51	54,13
Petrolina	718	785	16	2,23	49	6,24	180,11	2,80	7,12	17,25
9ª Região de Saúde	421	763	8	1,90	5	0,66	-65,51	0,34	5,07	2,96
Ouricuri	95	219	4	4,21	2	0,91	-78,31	0,22	7,00	3,04
10ª Região de Saúde	174	288	6	3,45	2	0,69	-79,86	0,20	3,67	1,16
Afogados da Ingazeira	49	63	2	4,08	1	1,59	-61,11	0,39	6,01	2,83
11ª Região de Saúde	402	507	3	0,75	12	2,37	217,16	3,17	3,91	14,65
Serra Talhada	186	201	-	-	3	1,49	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	524	567	23	4,39	10	1,76	-59,82	0,40	14,07	5,82
Goiana	229	203	9	3,93	3	1,48	-62,40	0,38	12,51	4,01
Pernambuco	22.027	23.226	867	3,94	1.846	7,95	101,93	2,02	24,99	49,10

¹ Percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada em relação ao total de óbitos por todas as causas externas; ² Variação percentual do percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada em relação ao total de óbitos por causas externas; ³ Proporção entre b e a.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Tabela 11: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por Região de Saúde, município sede e sexo. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede	2000-2002							2008-2010						
	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada	Masculino		Feminino		Ignorado		Total de Óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
1ª Região de Saúde	516	78,54	140	21,31	1	0,15	657	1.160	71,34	463	28,47	3	0,18	1.626
Recife	291	75,78	92	23,96	1	0,26	384	934	69,29	412	30,56	2	0,15	1.348
2ª Região de Saúde	32	78,05	9	21,95	-	-	41	29	78,38	8	21,62	-	-	37
Limoeiro	5	100,00	-	-	-	-	5	6	100,00	-	-	-	-	6
3ª Região de Saúde	10	83,33	2	16,67	-	-	12	13	92,86	1	7,14	-	-	14
Palmares	-	-	-	-	-	-	-	3	100,00	-	-	-	-	3
4ª Região de Saúde	65	81,25	15	18,75	-	-	80	40	80,00	10	20,00	-	-	50
Caruaru	44	77,19	13	22,81	-	-	57	24	80,00	6	20,00	-	-	30
5ª Região de Saúde	7	53,85	6	46,15	-	-	13	8	72,73	3	27,27	-	-	11
Garanhuns	3	37,50	5	62,50	-	-	8	3	75,00	1	25,00	-	-	4
6ª Região de Saúde	3	100,00	-	-	-	-	3	12	80,00	3	20,00	-	-	15
Arcoverde	-	-	-	-	-	-	0	2	66,67	1	33,33	-	-	3
7ª Região de Saúde	2	100,00	-	-	-	-	2	4	100,00	-	-	-	-	4
Salgueiro	2	100,00	-	-	-	-	2	3	100,00	-	-	-	-	3
8ª Região de Saúde	16	84,21	3	15,79	-	-	19	42	70,00	18	30,00	-	-	60
Petrolina	13	81,25	3	18,75	-	-	16	32	65,31	17	34,69	-	-	49
9ª Região de Saúde	7	87,50	1	12,50	-	-	8	4	80,00	1	20,00	-	-	5
Ouricuri	3	75,00	1	25,00	-	-	4	2	100,00	-	-	-	-	2
10ª Região de Saúde	6	100,00	-	-	-	-	6	1	50,00	1	50,00	-	-	2
Afogados da Ingazeira	2	100,00	-	-	-	-	2	1	100,00	-	-	-	-	1
11ª Região de Saúde	1	33,33	2	66,67	-	-	3	9	75,00	3	25,00	-	-	12
Serra Talhada	-	-	-	-	-	-	-	1	33,33	2	66,67	-	-	3
12ª Região de Saúde	17	73,91	6	26,09	-	-	23	7	70,00	3	30,00	-	-	10
Goiana	9	100,00	-	-	-	-	9	2	66,67	1	33,33	-	-	3
Pernambuco	682	78,66	184	21,22	1	0,12	867	1.329	71,99	514	27,84	3	0,16	1.846

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Observou-se que os óbitos cuja intenção é indeterminada por afogamento foram os mais frequentes no período 2000-2002 (30,9%) no estado de PE, enquanto que no período 2008-2010 o maior registro foi por óbitos classificados como “outros” (62,8%). Além disso, os óbitos classificados como “outros” foi o único a apresentar aumento no registro, passando de 23,41% no período 2000-2002 para 62,84% de no período 2008-2010 (Gráfico 3, Tabelas 12 e Tabela 13).

No período 2000-2002, a 1ª RS e seu município sede, Recife, foram os locais com maiores registros por todos os tipos de natureza da lesão. No período posterior, 2008-2010, a 1ª RS e Recife continuaram com os maiores registros, exceto para os óbitos por impacto de veículo a motor, onde houve registros somente na 4ª e 7ª RS, e nos seus respectivos municípios sede, Caruaru e Salgueiro (Tabela 12 e Tabela 13).

Ao analisar a variação percentual dos óbitos por envenenamento cuja intenção é indeterminada, verificou-se aumento em seu registro, com variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0 na 2ª RS, 4ª RS e Caruaru (município sede da 4ª RS) e na 8ª RS e Petrolina (município sede da 8ª RS), sendo nos dois últimos locais as maiores variações percentuais positivas e razões de proporção (212,77% e 3,13; 78,72% e 1,79 respectivamente) (Tabela 14).

Para os óbitos por enforcamento cuja intenção é indeterminada, apresentaram variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0 a 1ª RS, 2ª RS, 4ª RS e seu município sede Caruaru, sendo nestes dois últimos locais os maiores crescimentos (53,09% e 1,53; 187,04% e 2,87 respectivamente) (Tabela 14).

Com relação aos óbitos por afogamento cuja intenção é indeterminada, verificou-se incremento no registro em metade das RS (2ª, 3ª, 5ª, 7ª, 8ª e 11ª), e nos municípios sede Recife (1ª RS), Salgueiro (7ª RS) e Petrolina (8ª RS). Dentre esses locais destacou-se com a maior variação percentual positiva e razão de proporção a 11ª RS (793,33% e 8,93) (Tabela 14).

O registro dos óbitos por arma de fogo cuja intenção é indeterminada aumentou na 3ª RS (90,63% - variação percentual positiva e 1,91 – razão de proporção), na 12ª RS e seu município sede Goiana (281,25% - variação percentual positiva e 3,81 – razão de proporção, em ambos locais). Destaca-se que a 12ª RS e

Goiana apresentaram o mesmo valor, pois a ocorrência desses óbitos na região foi registrada no seu município sede (Tabela 12, Tabela 13 e Tabela 14).

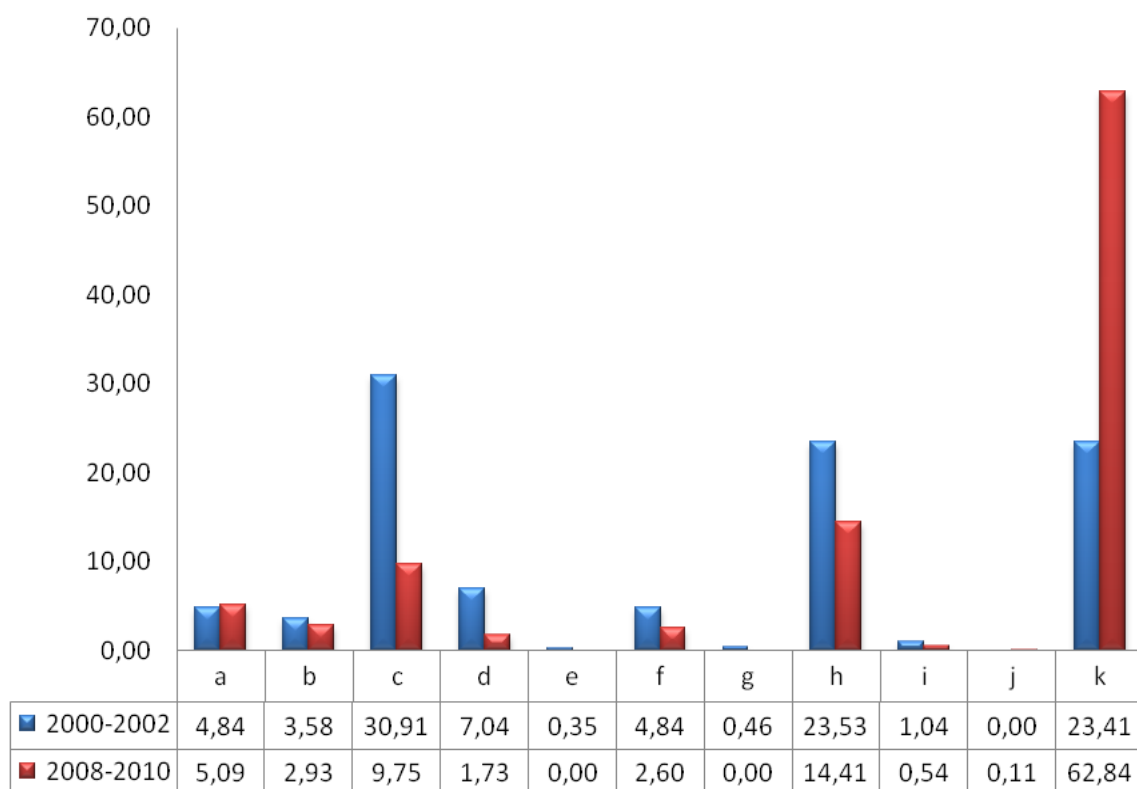
Quanto aos óbitos por fumaça/fogo/chamas houve registro no período 2000-2002 na 1ª RS e seu município sede Recife, na 2ª RS, 4ª RS e seu município sede Caruaru, na 6ª RS e na 12ª RS. No período posterior (2008-2010), mantiveram-se com registro a 1ª RS e Recife, 2ª RS, 4ª RS e Caruaru e 12ª RS, acrescentando-se a 5ª RS, 8ª RS e seu município sede Petrolina (Tabela 12 e Tabela 13).

O registro desses óbitos aumentou somente na 1ª RS (2,50% e 1,03) e no Recife (5,00% e 1,05), seu município sede (Tabela 14).

Com relação aos óbitos por objeto cortante/contundente cuja intenção é indeterminada, verificou-se que houve variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0 na 1ª RS (2,784% e 1,03) e 8ª RS (22,71% e 1,23) (Tabela 14)

Ao verificar os óbitos classificados como “outros” cuja intenção é indeterminada, observou-se variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0 na 1ª RS (30,67% e 1,31) e no seu município sede Recife (98,02% e 1,98), e em Petrolina (66,25% e 1,66) (Tabela 14)

Para os óbitos por material explosivo, vapor d'água/gases/objetos quentes, queda e impacto de veículo a motor cuja intenção é indeterminada, verificou-se que houve poucos registros dos mesmos, em ambos os períodos do estudo, pois juntos correspondem somente a 1,38% dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada no período 2000-2002 e 0,86% no período 2008-2010 (Tabela 12 e Tabela 13). Por esse motivo, muitas RS e municípios sede não apresentaram variação percentual ou razão de proporção, ou seja, não houve registro desses óbitos em um dos períodos do estudo ou em ambos períodos (Tabela 14).



Legenda: a – Envenenamento; b- Enforcamento; c- Afogamento; d – Arma de Fogo; e – Material Explosivo, f- Fumaça/Fogo/Chamas; g - Vapor d'água/gases/objetos quentes; h - Objeto cortante/contundente; i – Queda; j - Impacto veículo a motor; k – Outros.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

Gráfico 3: Percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Tabela 12: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000-2002.

Região de Saúde/Município Sede (2000 a 2002)	Envenenamento		Enforcamento		Afogamento		Arma de Fogo		Material explosivo		Fumaça/Fogo/Chamas		Vapor d'água/gases/obj quentes		Objeto cortante/contundente		Queda		Impacto veículo a motor		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª Região de Saúde	29	69,05	19	61,29	196	73,13	38	62,30	2	66,67	35	83,33	4	100,00	176	86,27	8	88,89	-	-	150	73,89
Recife	25	59,52	11	35,48	67	25,00	21	34,43	1	33,33	30	71,43	4	100,00	126	61,76	7	77,78	-	-	92	45,32
2ª Região de Saúde	2	4,76	2	6,45	11	4,10	3	4,92	1	33,33	1	2,38	-	-	4	1,96	-	-	-	-	17	8,37
Limoeiro	-	-	1	3,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,97
3ª Região de Saúde	-	-	-	-	2	0,75	1	1,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	4,43
Palmares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4ª Região de Saúde	3	7,14	3	9,68	34	12,69	15	24,59	-	-	4	9,52	-	-	15	7,35	-	-	-	-	6	2,96
Caruaru	2	4,76	1	3,23	26	9,70	11	18,03	-	-	2	4,76	-	-	11	5,39	-	-	-	-	4	1,97
5ª Região de Saúde	-	-	-	-	4	1,49	3	4,92	-	-	-	-	-	-	1	0,49	-	-	-	-	5	2,46
Garanhuns	-	-	-	-	2	0,75	2	3,28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,97
6ª Região de Saúde	2	4,76	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª Região de Saúde	1	2,38	-	-	1	0,37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salgueiro	1	2,38	-	-	1	0,37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	1	2,38	-	-	8	2,99	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2,45	1	11,11	-	-	4	1,97
Petrolina	1	2,38	-	-	8	2,99	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,96	1	11,11	-	-	2	0,99
9ª Região de Saúde	3	7,14	2	6,45	2	0,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,49
Ouricuri	3	7,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,49
10ª Região de Saúde	-	-	3	9,68	2	0,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,49
Afogados da Ingazeira	-	-	-	-	2	0,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	1	2,38	-	-	1	0,37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,49
Serra Talhada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	-	-	2	6,45	7	2,61	1	1,64	-	-	1	2,38	-	-	3	1,47	-	-	-	-	9	4,43
Goiana	-	-	-	-	4	1,49	1	1,64	-	-	-	-	-	-	2	0,98	-	-	-	-	2	0,99
Pernambuco	42	100,0	31	100,00	268	100,00	61	100,00	3	100,00	42	100,00	4	100,00	204	100,00	9	100,00	-	-	203	100,00

Fonte: SIM, 2000-2002

Tabela 13: Número e percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede (2008 a 2010)	Envenenamento		Enforcamento		Afogamento		Arma de Fogo		Material explosivo		Fumaça/fogo/Chamas		Vapor d'água/gass/obj. quentes		Objeto cortante/contundente		Queda		Impacto veículo a motor		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª Região de Saúde	59	62,77	34	62,96	112	62,22	19	59,38	-	-	41	85,42	-	-	236	88,72	5	50,00	-	-	1.120	96,55
Recife	35	37,23	12	22,22	53	29,44	4	12,50	-	-	36	75,00	-	-	164	61,65	3	30,00	-	-	1.041	89,74
2ª Região de Saúde	13	13,83	4	7,41	9	5,00	1	3,13	-	-	1	2,08	-	-	5	1,88	-	-	-	-	4	0,34
Limoeiro	-	-	1	1,85	4	2,22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,09
3ª Região de Saúde	1	1,06	-	-	6	3,33	1	3,13	-	-	-	-	-	-	1	0,38	1	10,00	-	-	4	0,34
Palmares	-	-	-	-	-	-	1	3,13	-	-	-	-	-	-	1	0,38	-	-	-	-	1	0,09
4ª Região de Saúde	7	7,45	8	14,81	9	5,00	4	12,50	-	-	1	2,08	-	-	14	5,26	-	-	-	-	7	0,60
Caruaru	6	6,38	5	9,26	3	1,67	3	9,38	-	-	1	2,08	-	-	10	3,76	-	-	-	-	2	0,17
5ª Região de Saúde	2	2,13	1	1,85	5	2,78	-	-	-	-	1	2,08	-	-	-	-	-	-	1	50,00	1	0,09
Garanhuns	2	2,13	-	-	1	0,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,00	-	-
6ª Região de Saúde	2	2,13	1	1,85	10	5,56	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,38	-	-	-	-	1	0,09
Arcoverde	1	1,06	1	1,85	1	0,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª Região de Saúde	-	-	-	-	2	1,11	1	3,13	-	-	-	-	-	-	1	0,38	-	-	-	-	-	-
Salgueiro	-	-	-	-	2	1,11	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,38	-	-	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	7	7,45	3	5,56	16	8,89	1	3,13	-	-	3	6,25	-	-	8	3,01	2	20,00	1	50,00	19	1,64
Petrolina	4	4,26	2	3,70	14	7,78	1	3,13	-	-	3	6,25	-	-	4	1,50	1	10,00	1	50,00	19	1,64
9ª Região de Saúde	1	1,06	1	1,85	1	0,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,17
Ouricuri	1	1,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,09
10ª Região de Saúde	1	1,06	-	-	1	0,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afogados da Ingazeira	1	1,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	-	-	2	3,70	6	3,33	3	9,38	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10,00	-	-	-	-
Serra Talhada	-	-	2	3,70	-	-	1	3,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	1	1,06	-	-	3	1,67	2	6,25	-	-	1	2,08	-	-	-	-	1	10,00	-	-	2	0,17
Goiana	-	-	-	-	-	-	2	6,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	94	100,00	54	100,00	180	100,00	32	100,00	-	-	48	100,00	-	-	266	100,00	10	100,00	2	100,00	1.160	100,00

Fonte: SIM, 2008-2010.

Tabela 14: Variação percentual e razão de proporção dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão, Região de Saúde e município sede. Pernambuco, 2000 -2002 e 2008-2010.

Região de Saúde/Município Sede (2008 a 2010)	Envenenamento		Enforcamento		Afogamento		Arma de Fogo		Material explosivo		Fumaça/fogo/Chamas		Vapor d'água/gass/obj. quentes		Objeto cortante/contundente		Queda		Impacto veículo a motor		Outros	
	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²
1ª Região de Saúde	-9,10	0,91	2,73	1,03	-14,92	0,85	-4,69	0,95	-	-	2,50	1,03	-	-	2,84	1,03	-43,75	0,56	-	-	30,67	1,31
Recife	-37,45	0,63	-37,37	0,63	17,78	1,18	-63,69	0,36	-	-	5,00	1,05	-	-	-0,18	1,00	-61,43	0,39	-	-	98,02	1,98
2ª Região de Saúde	190,43	2,90	14,81	1,15	21,82	1,22	-36,46	0,64	-	-	-12,50	0,88	-	-	-4,14	0,96	-	-	-	-	-95,88	0,04
Limoeiro	-	-	-42,59	0,57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-95,63	0,04
3ª Região de Saúde	-	-	-	-	346,67	4,47	90,63	1,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-92,22	0,08
Palmares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4ª Região de Saúde	4,26	1,04	53,09	1,53	-60,59	0,39	-49,17	0,51	-	-	-78,13	0,22	-	-	-28,42	0,72	-	-	-	-	-79,58	0,20
Caruaru	34,04	1,34	187,04	2,87	-82,82	0,17	-48,01	0,52	-	-	-56,25	0,44	-	-	-30,28	0,70	-	-	-	-	-91,25	0,09
5ª Região de Saúde	-	-	-	-	86,11	1,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-96,50	0,04
Garanhuns	-	-	-	-	-25,56	0,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6ª Região de Saúde	-55,32	0,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7ª Região de Saúde	-	-	-	-	197,78	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salgueiro	-	-	-	-	197,78	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8ª Região de Saúde	212,77	3,13	-	-	197,78	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	22,71	1,23	80,00	1,80	-	-	-16,88	0,83
Petrolina	78,72	1,79	-	-	160,56	2,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-23,31	0,77	-10,00	0,90	-	-	66,25	1,66
9ª Região de Saúde	-85,11	0,15	-71,30	0,29	-25,56	0,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-65,00	0,35
Ouricuri	-85,11	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-82,50	0,18
10ª Região de Saúde	-	-	-	-	-25,56	0,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afogados da Ingazeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11ª Região de Saúde	-	-	-	-	793,33	8,93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serra Talhada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12ª Região de Saúde	-	-	-	-	-36,19	0,64	281,25	3,81	-	-	-12,50	0,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-96,11	0,04
Goiana	-	-	-	-	-	-	281,25	3,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	1,00	-	1,00	-	-	-	1,00

Legenda: VP – Variação percentual; RP – Razão de Proporção

¹ Variação percentual do percentual de óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada por natureza da lesão em relação ao total de óbitos por causas externas por natureza da lesão; ² Razão de proporção entre proporção de 2008-2010 pela proporção de 2000-2002.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010

6.5. Grau de não Preenchimento das Variáveis da Declaração de Óbito dos Óbitos por Causas Externas

Os resultados referentes ao grau de não preenchimento (incompletude) das variáveis da DO dos óbitos por causas externas serão apresentados por bloco da DO.

6.5.1. Bloco de Identificação

Nos dois períodos do estudo, as variáveis com os piores graus de preenchimento foram naturalidade e escolaridade (Tabela 15, Tabela 16, Tabela 17 e Tabela 18).

As RS com os piores graus de preenchimento da variável naturalidade, no período 2000-2002 foram as 1ª, 4ª, 8ª e 12ª, apresentando o escore Muito Ruim. Em PE, o preenchimento dessa variável foi classificado como Ruim (Tabela 15 e Tabela 16).

Já no período 2008-2010, as RS com o escore Muito Ruim, foram a 10ª e 11ª. Nesse período o preenchimento para o estado de PE foi classificado como Ruim (Tabela 17 e Tabela 18).

Com relação à variação percentual dessa variável, todas as RS e PE, exceto a 2ª RS, apresentaram incremento no não preenchimento dessa variável, ou seja, sua variação percentual foi positiva, destacando-se a 11ª RS com variação percentual positiva de 1.263,79% e razão de proporção de 13,64 (Tabela 19).

Na variável idade, nos dois períodos do estudo, verificou-se que o preenchimento foi Excelente em todas RS e PE (Tabela 16 e Tabela 18). Entretanto, quando se analisou a variação percentual, verificou-se que na 4ª e 11ª RS a variação percentual foi positiva e razão de proporção maior que 1,0, ou seja, houve aumento do não preenchimento da variável (Tabela 19).

O variável sexo também apresentou escore Excelente para seu preenchimento em todas RS e PE (Tabela 17 e Tabela 19). A única RS que apresentou incremento

do não preenchimento da mesma foi a 1ª RS (46,77% e 1,47), assim como PE (9,4% e 1,09) (Tabela 19).

Já para a variável raça/cor, os escores de preenchimento variaram nas RS de Excelente, Bom e Regular, no período 2000-2002, e Excelente e Bom, no período 2008-2010 (Tabela 16 e Tabela 18).

Nessa variável foi possível observar a melhoria do preenchimento, pois todas as RS e PE apresentaram variação percentual negativa e razão de proporção menor que 1,0, ou seja, houve aumento do preenchimento da variável raça/cor (Tabela 19).

A variável situação conjugal também apresentou escores de preenchimento variando entre Excelente, Bom e Regular, no período 2000-2002, exceto na 1ª RS com um escore de preenchimento Ruim (Tabela 16). No período 2008-2010 a mesma variável apresentou escores de preenchimento entre Bom, Regular e Ruim (Tabela 18).

Quanto a sua variação percentual, destacou-se a 6ª e 11ª RS com as maiores variações percentuais positivas e razões de proporção (189,18% e 2,89; 126,54 e 2,27 respectivamente), o que significa dizer que o não preenchimento da variável aumentou entre um período e outro. Em PE, o preenchimento da variável melhorou, pois o estado apresentou variação percentual negativa de -45,74% e razão de proporção de 0,54 (Tabela 19).

As 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 8ª, 9ª, 11ª e 12ª RS têm na variável escolaridade os seus piores graus de não preenchimento no período 2000-2002 (Tabela 15 e Tabela 16). No período 2008-2010, as 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 8ª RS permaneceram com os piores preenchimentos (Tabela 18 e Tabela 19). O escore para o preenchimento dessa variável foi na maioria das regiões Muito Ruim, Ruim ou Regular (Tabela 16 e Tabela 18). A maior variação percentual positiva e razão de proporção foi encontrada na 6ª RS (98,76% e 1,99) (Tabela 19).

Em PE o grau de não preenchimento dessa variável obteve o escore Muito Ruim no período 2000-2002 e Ruim no período 2008-2010. (Tabela 16 e Tabela 18)

Apesar dos escores Muito Ruim e Ruim, a variação percentual dessa variável em PE foi negativa (-64,66%), apontando melhoria entre um período e outro (Tabela 19).

6.5.2. *Bloco de Residência*

No bloco de residência da DO foi avaliada a variável código do município de residência. A mesma apresentou escore de preenchimento Excelente em todas as RS e PE, nos dois períodos do estudo, obtendo 100% de preenchimento, ou seja, em todas as DO a variável foi preenchida (Tabelas 15, Tabela 16, Tabela 17 e Tabela 18).

Não houve variação percentual da variável e razão de proporção (Tabela 19), devido ao fato de ter obtido 100% de preenchimento nos períodos do estudo.

6.5.3. *Bloco de Ocorrência do óbito*

Para a variável local de ocorrência o escore foi Excelente em todas as RS e em PE, no período 2000-2002 (Tabela 16). No período 2008-2010, a mesma apresentou escore Bom nas 2ª e 6ª RS e Excelente para as demais RS e PE (Tabela 18).

Quando se avalia a variação percentual e a razão de proporção, verificou-se aumento do não preenchimento da variável em algumas RS e em PE, destacando-se a 6ª RS, com variação percentual positiva de 449,25% e razão de proporção de 5,50 (Tabela 19).

Já para a variável código do município de ocorrência, o escore de todas as RS e PE foi Excelente, com 100% de preenchimento dessa variável nas DO, portanto, a mesma não apresentou variação percentual e razão de proporção (Tabela 15, Tabela 16, Tabela 17, Tabela 18 e Tabela 19).

6.5.4. *Bloco de Condições e Causas do Óbito*

A variável assistência médica apresentou o escore Muito Ruim em todas as RS e PE (Tabela 17 e Tabela 19). Foi possível verificar ainda que o preenchimento piorou entre um período e outro do estudo na maioria das RS e em PE (Tabela 19).

A variável necropsia obteve os escores Regular, Ruim e Muito Ruim no período 2000-2002, destacando-se com os piores preenchimentos e escore Muito Ruim as 3ª, 5ª, 6ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª RS (Tabela 16). Para o período 2008-2010, o preenchimento da variável variou entre Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim, destacando-se mais uma vez a 7ª, 9ª e 10ª com os piores preenchimentos e escore Muito Ruim (Tabela 18).

Quanto à variação percentual e razão de proporção da variável necropsia, verificou-se na 1ª, 2ª, 9ª e 10ª RS aumento do não preenchimento, apresentando esses locais a variação percentual positiva e razão de proporção maior que 1,0. Para PE, o preenchimento da variável apresentou melhora, com variação percentual negativa de -13,9% e razão de proporção de 0,86 (Tabela 19).

6.5.5. *Bloco de Causas Externas*

No período 2000-2002, a variável circunstância do óbito alcançou escores de preenchimento Bom na 1ª, 2ª e 12ª RS e em PE, e escore Excelente para as demais regiões (Tabela 16)

Já no período 2008-2010, a variável apresentou escore Excelente nas 9ª e 12ª RS. As demais RS apresentaram escores Bom e Regular. PE apresentou o escore Regular (Tabela 18).

Analisando a variação de percentual e razão de proporção, verificou-se que a melhora do preenchimento ocorreu somente na 12ª RS. Destacou-se a 6ª RS com variação percentual positiva de 1.168,56% e razão de proporção de 12,69, ou seja, aumento no não preenchimento (Tabela 19).

Para a variável fonte de informação, no período 2000-2002, as RS apresentaram um escore variando de Regular, Ruim e Muito Ruim. No estado de PE a variável apresentou o escore Ruim (Tabela 16).

No período 2008-2010, destacou-se a 4ª RS com o escore Excelente e a 6ª RS com escore Bom, ficando as demais RS com os escores Regular e Ruim, bem como PE obtendo um escore Ruim (Tabela 18).

Verificou-se ainda melhora no preenchimento da variável entre um período e outro, pois em todas RS e PE apresentaram variação percentual negativa e razão de proporção menor que 1,0.

Tabela 15: Grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco e Região de Saúde para as causas externas. Pernambuco, 2000-2002.

Bloco da DO	2000-2002	1ª Região de Saúde		2ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde		6ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde		9ª Região de Saúde		10ª Região de Saúde		11ª Região de Saúde		12ª Região de Saúde		Pernambuco	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação	Naturalidade	3.431	26,48	137	15,82	218	17,02	482	18,19	103	10,96	78	12,91	41	18,47	37	3,74	61	14,49	48	27,59	20	4,98	102	19,5	4.758	21,60
	Idade	52	0,40	7	0,81	16	1,25	20	0,75	5	0,53	2	0,33	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,25	8	1,5	111	0,50
	Sexo	8	0,06	-	-	3	0,23	1	0,04	1	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0,06
	Raça/Cor	1.433	11,06	58	6,70	80	6,25	148	5,58	284	30,21	9	1,49	17	7,66	34	3,44	10	2,38	5	2,87	18	4,48	34	6,5	2.130	9,67
	Situação Conjugal	4.221	32,58	129	14,90	306	23,89	709	26,75	149	15,85	30	4,97	10	4,50	80	8,10	18	4,28	10	5,75	14	3,48	150	28,6	5.826	26,45
	Escolaridade	11.623	89,72	366	42,26	612	47,78	1.478	55,77	535	56,91	70	11,59	29	13,06	580	58,70	61	14,49	34	19,54	63	15,67	284	54,2	15.735	71,44
Residência	Código do Município Residência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ocorrência	Local de Ocorrência	235	1,81	19	2,19	31	2,42	114	4,30	11	1,17	7	1,16	1	0,45	9	0,91	3	0,71	4	2,30	3	0,75	9	1,7	446	2,02
	Cod. Município Ocorrência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cond. E Causas	Assistência Médica	7.072	54,59	403	46,54	1.060	82,75	1.880	70,94	779	82,87	456	75,50	164	73,87	244	24,70	392	93,11	121	69,54	387	96,27	311	59,4	13.269	60,24
	Necropsia	2.162	16,69	148	17,09	724	56,52	742	28,00	569	60,53	318	52,65	136	61,26	171	17,31	281	66,75	104	59,77	348	86,57	148	28,2	5.851	26,56
C. Externas	Circunstância	894	6,90	46	5,31	17	1,33	102	3,85	13	1,38	4	0,66	4	1,80	27	2,73	9	2,14	7	4,02	5	1,24	27	5,2	1.155	5,24
	Fonte de Informação	6.039	46,62	446	51,50	545	42,54	331	12,49	487	51,81	102	16,89	62	27,93	221	22,37	173	41,09	104	59,77	259	64,43	240	45,8	9.009	40,90
Total de Óbitos por Causas Externas		12.955	100,00	866	100,00	1.281	100,00	2.650	100,00	940	100,00	604	100,00	222	100,00	988	100,00	421	100,00	174	100,00	402	100,00	524	100,00	22.027	100,00

Fonte: SIM, 2000- 2002.

Tabela 16: Escore do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito e escore de preenchimento por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2000-2002.

Bloco da DO	2000-2002	1ª Região de Saúde		2ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde		6ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde		9ª Região de Saúde		10ª Região de Saúde		11ª Região de Saúde		12ª Região de Saúde		Pernambuco	
		%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc
Identificação	Naturalidade	26,48	R	15,82	RE	17,02	RE	18,19	RE	10,96	RE	12,91	RE	18,47	RE	3,74	E	14,49	RE	27,59	R	4,98	E	19,47	RE	21,60	R
	Idade	0,40	E	0,80	E	1,20	E	0,80	E	0,50	E	0,30	E	-	E	-	E	-	E	-	E	0,20	E	1,50	E	0,50	E
	Sexo	0,06	E	-	E	0,23	E	0,04	E	0,11	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	0,06	E
	Raça/Cor	11,06	RE	6,70	B	6,25	B	5,58	B	30,21	R	1,49	E	7,66	B	3,44	E	2,38	E	2,87	E	4,48	E	6,49	B	9,67	B
	Situação Conjugal	32,58	R	14,90	RE	23,89	R	26,75	R	15,85	RE	4,97	E	4,50	E	8,10	B	4,28	E	5,75	B	3,48	E	28,63	R	26,45	R
	Escolaridade	89,72	MR	42,26	R	47,78	R	55,77	MR	56,91	MR	11,59	RE	13,06	RE	58,70	MR	14,49	RE	19,54	RE	15,67	RE	54,20	MR	71,44	MR
Residência	Código do Município Residência	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E
	Local de Ocorrência	1,81	E	2,19	E	2,42	E	4,30	E	1,17	E	1,16	E	0,45	E	0,91	E	0,71	E	2,30	E	0,75	E	1,72	E	2,02	E
	Código do Município Ocorrência	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E
Condições e Causas	Assistência Médica	54,59	MR	46,54	R	82,75	MR	70,94	MR	82,87	MR	75,50	MR	73,87	MR	24,70	R	93,11	MR	69,54	MR	96,27	MR	59,35	MR	60,24	MR
	Necropsia	16,69	RE	17,09	RE	56,52	MR	28,00	R	60,53	MR	52,65	MR	61,26	MR	17,31	RE	66,75	MR	59,77	MR	86,57	MR	28,24	R	26,56	R
Causas Externas	Circunstância	6,90	B	5,31	B	1,33	E	3,85	E	1,38	E	0,66	E	1,80	E	2,73	E	2,14	E	4,02	E	1,24	E	5,15	B	5,24	B
	Fonte de Informação	46,62	R	51,50	MR	42,54	R	12,49	RE	51,81	MR	16,89	RE	27,93	R	22,37	R	41,09	R	59,77	MR	64,43	MR	45,80	R	40,90	R

Legenda: Esc – Escore; E – Excelente; B – Bom; RE – Regular; R – Ruim; MR – Muito Ruim.

Fonte: SIM, 2000-2002.

Tabela 17: Grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2010.

Bloco da DO	2008-2010	1ª Região de Saúde		2ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde		6ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde		9ª Região de Saúde		10ª Região de Saúde		11ª Região de Saúde		12ª Região de Saúde		Pernambuco	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Identificação	Naturalidade	3.652	27,58	52	5,78	269	24,48	592	20,46	305	30,20	236	31,98	60	28,71	109	10,77	153	20,05	153	53,13	344	67,85	153	26,98	6.078	26,17
	Idade	41	0,31	2	0,22	4	0,36	29	1,00	3	0,30	1	0,14	-	-	-	-	-	-	2	0,69	2	0,39	1	0,18	85	0,37
	Sexo	12	0,09	1	0,11	2	0,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	0,06
	Raça/Cor	717	5,42	50	5,56	43	3,91	67	2,32	68	6,73	10	1,36	5	2,39	15	1,48	13	1,70	7	2,43	10	1,97	31	5,47	1.036	4,46
	Situação Conjugal	1384	10,45	93	10,34	196	17,83	1104	38,15	233	23,07	106	14,36	13	6,22	53	5,24	52	6,82	22	7,64	40	7,89	37	6,53	3.333	14,35
	Escolaridade	2244	16,95	139	15,46	338	30,76	2011	69,49	533	52,77	170	23,04	32	15,31	112	11,07	88	11,53	57	19,79	87	17,16	53	9,35	5.864	25,25
Residência	Código do Município Residência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ocorrência	Local de Ocorrência	220	1,66	89	9,90	48	4,37	115	3,97	50	4,95	47	6,37	1	0,48	1	0,10	2	0,26	8	2,78	8	1,58	11	1,94	600	2,58
	Código do Município Ocorrência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Condições e Causas	Assistência Médica	11.288	85,26	770	85,65	888	80,80	2439	84,28	822	81,39	564	76,42	196	93,78	705	69,66	742	97,25	275	95,49	430	84,81	493	86,95	19.612	84,44
	Necropsia	3.091	23,35	249	27,70	167	15,20	190	6,57	224	22,18	163	22,09	114	54,55	60	5,93	594	77,85	187	64,93	204	40,24	70	12,35	5.313	22,88
Causas Externas	Circunstância	2.137	16,14	93	10,34	71	6,46	264	9,12	106	10,50	62	8,40	27	12,92	82	8,10	27	3,54	19	6,60	56	11,05	18	3,17	2.962	12,75
	Fonte de Informação	3.634	27,45	185	20,58	130	11,83	102	3,52	214	21,19	71	9,62	67	32,06	120	11,86	311	40,76	95	32,99	154	30,37	92	16,23	5.175	22,28
Total de Óbitos por Causas Externas		13.240	100,00	899	100,00	1.099	100,00	2.894	100,00	1.010	100,00	738	100,00	209	100,00	1.012	100,00	763	100,00	288	100,00	507	100,00	567	100,00	23.226	100,00

Fonte: SIM, 2008-2010.

Tabela 18: Escore do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito e Escore de preenchimento por bloco da Declaração de Óbito e Região de Saúde. Pernambuco, 2008-2010.

Bloco da DO	2008-2010	1ª Região de Saúde		2ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde		6ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde		9ª Região de Saúde		10ª Região de Saúde		11ª Região de Saúde		12ª Região de Saúde		Pernambuco	
		%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc	%	Esc
Identificação	Naturalidade	27,58	R	5,78	B	24,48	R	20,46	R	30,20	R	31,98	R	28,71	R	10,77	RE	20,05	R	53,13	MR	67,85	MR	26,98	R	26,17	R
	Idade	0,30	E	0,20	E	0,40	E	1,00	E	0,30	E	0,10	E	-	E	-	E	-	E	0,70	E	0,40	E	0,20	E	0,40	E
	Sexo	0,09	E	0,11	E	0,18	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	0,06	E
	Raça/Cor	5,42	B	5,56	B	3,91	E	2,32	E	6,73	B	1,36	E	2,39	E	1,48	E	1,70	E	2,43	E	1,97	E	5,47	B	4,46	E
	Situação Conjugal	10,45	RE	10,34	RE	17,83	RE	38,15	R	23,07	R	14,36	RE	6,22	B	5,24	B	6,82	B	7,64	B	7,89	B	6,53	B	14,35	RE
	Escolaridade	16,95	RE	15,46	RE	30,76	R	69,49	MR	52,77	MR	23,04	R	15,31	RE	11,07	RE	11,53	RE	19,79	RE	17,16	RE	9,35	B	25,25	R
Residência	Código do Município Residência	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E
Ocorrência	Local de Ocorrência	1,66	E	9,90	B	4,37	E	3,97	E	4,95	E	6,37	B	0,48	E	0,10	E	0,26	E	2,78	E	1,58	E	1,94	E	2,58	E
	Código do Município Ocorrência	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E	-	E
Condições e Causas	Assistência Médica	85,26	MR	85,65	MR	80,80	MR	84,28	MR	81,39	MR	76,42	MR	93,78	MR	69,66	MR	97,25	MR	95,49	MR	84,81	MR	86,95	MR	84,44	MR
	Necropsia	23,35	R	27,70	R	15,20	RE	6,57	B	22,18	R	22,09	R	54,55	MR	5,93	B	77,85	MR	64,93	MR	40,24	RE	12,35	RE	22,88	RE
Causas Externas	Circunstância	16,14	RE	10,34	RE	6,46	B	9,12	B	10,50	RE	8,40	B	12,92	RE	8,10	B	3,54	E	6,60	B	11,05	RE	3,17	E	12,75	RE
	Fonte de Informação	27,45	R	20,58	R	11,83	RE	3,52	E	21,19	R	9,62	B	32,06	R	11,86	RE	40,76	R	32,99	R	30,37	R	16,23	RE	22,28	R

Legenda: Esc – Escore; E – Excelente; B – Bom; RE – Regular; R – Ruim; MR – Muito Ruim.

Fonte: SIM, 2008-2010.

Tabela 19: Variação percentual e razão de proporção do grau de não preenchimento das variáveis da Declaração de Óbito por bloco da Declaração de Óbito e por Região de Saúde. Pernambuco, 2000-2002 e 2008-2010.

Bloco da DO	Variá-veis	1ª Região de Saúde		2ª Região de Saúde		3ª Região de Saúde		4ª Região de Saúde		5ª Região de Saúde		6ª Região de Saúde		7ª Região de Saúde		8ª Região de Saúde		9ª Região de Saúde		10ª Região de Saúde		11ª Região de Saúde		12ª Região de Saúde		Pernambuco	
		VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²	VP ¹	RP ²
Identificação	Naturalidade	4,15	1,04	-63,44	0,37	43,83	1,44	12,47	1,12	175,59	2,76	147,63	2,48	55,44	1,55	187,61	2,88	38,39	1,38	92,58	1,93	1.263,79	13,64	38,62	1,39	21,15	1,21
	Idade	-22,85	0,77	-72,48	0,28	-70,86	0,29	32,77	1,33	-44,16	0,56	-59,08	0,41	-	-	-	-	-	-	-	-	58,58	1,59	-88,45	0,12	-27,38	0,73
	Sexo	46,77	1,47	-	-	-22,29	0,78	-100,00	-	-100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,43	1,09
	Raça/Cor	-51,04	0,49	-16,96	0,83	-37,35	0,63	-58,55	0,41	-77,72	0,22	-9,06	0,91	-68,76	0,31	-56,93	0,43	-28,27	0,72	-15,42	0,85	-55,95	0,44	-15,74	0,84	-53,87	0,46
	Situação Conjugal	-67,92	0,32	-30,55	0,69	-25,34	0,75	42,58	1,43	45,54	1,46	189,18	2,89	38,09	1,38	-35,32	0,65	59,40	1,59	32,92	1,33	126,54	2,27	-77,20	0,23	-45,74	0,54
	Escolaridade	-81,11	0,19	-63,42	0,37	-35,63	0,64	24,59	1,25	-7,28	0,93	98,76	1,99	17,21	1,17	-81,15	0,19	-20,40	0,80	1,29	1,01	9,50	1,09	-82,75	0,17	-64,66	0,35
Residência	Código do Município Residência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ocorrência	Local de Ocorrência	-8,40	0,92	351,23	4,51	80,48	1,80	-7,63	0,92	323,04	4,23	449,52	5,50	6,22	1,06	-89,15	0,11	-63,22	0,37	20,83	1,21	111,44	2,11	12,95	1,13	27,58	1,28
	Código do Município Ocorrência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Condições e Causas do Óbito	Assistência Médica	56,18	1,56	84,05	1,84	-2,35	0,98	18,80	1,19	-1,79	0,98	1,23	1,01	26,95	1,27	182,08	2,82	4,44	1,04	37,31	1,37	-11,90	0,88	46,50	1,46	40,17	1,40
	Necropsia	39,89	1,40	62,07	1,62	-73,11	0,27	-76,55	0,23	-63,36	0,37	-58,05	0,42	-10,96	0,89	-65,74	0,34	16,64	1,17	8,63	1,09	-53,52	0,46	-56,29	0,44	-13,88	0,86
Causas Externas	Circunstância	133,89	2,34	94,75	1,95	386,81	4,87	137,00	2,37	658,87	7,59	1.168,56	12,69	616,99	7,17	196,50	2,97	65,53	1,66	63,99	1,64	788,05	8,88	-38,39	0,62	143,21	2,43
	Fonte de Informação	-41,12	0,59	-60,04	0,40	-72,20	0,28	-71,78	0,28	-59,10	0,41	-43,03	0,57	14,79	1,15	-46,99	0,53	-0,81	0,99	-44,81	0,55	-52,85	0,47	-64,57	0,35	-45,52	0,54

Legenda: VP – Variação percentual; RP – Razão de Proporção

¹Variação percentual do grau de não preenchimento de 2008-2010 pelo grau de não preenchimento de 2000-2002; ² Razão de proporção entre proporção de 2008-2010 pela proporção de 2000-2002.

Fonte: SIM, 2000-2002 e 2008-2010.

7. DISCUSSÃO

Os óbitos por causas externas representam grande parte das mortes ocorridas em PE, assim como no Brasil. Identificar a população mais exposta e os motivos que levam a essa exposição é de extrema importância para formulação de políticas públicas que visem o aprimoramento de ações de prevenção às causas externas (MELLO JORGE et. al., 2002).

A frequência desses óbitos elevada, ocorrendo principalmente em adolescentes e jovens do sexo masculino (GAWRYSZEWSKI et. al., 2004; LIMA, XIMENES, 1998; MELLO JORGE et. al., 2002).

Para se conhecer a verdadeira magnitude e impacto causado por esses óbitos é importante que as informações que alimentam o SIM, por meio da DO, tenham qualidade. Entretanto, ainda há má qualidade de informações, dificultando a realização de uma análise fidedigna (BRASIL, 2005; CRUZ, 2004).

O registro dos óbitos por todas as causas no SIM aumentou no estado de PE, o que pode significar um aumento na captação dos óbitos e melhoria na cobertura do sistema de informação.

No Brasil, também houve aumento no registro de óbitos. De acordo com o consolidado da base de dados do SIM (BRASIL, 2013a), houve incremento de 23,6% no número de óbitos registrados, do ano 2000 para 2011, passando de 946.686 para 1.170.498 óbitos.

Entre os anos 2000 a 2007, a cobertura do SIM no estado de PE obteve incremento de 4,3%, elevando-se de 79,7% para 83,1% (BRASIL, 2008a).

Avaliação publicada no livro “Saúde Brasil 2010”, revelou que a cobertura do SIM em PE para o ano de 2008 encontrava-se em 93,2%, enquanto a cobertura do Brasil estava em 96,1% (BRASIL, 2011a).

Corroborando com os resultados encontrados nesse estudo, Rodrigues (2012), verificou que 94,6%, no triênio 2006-2008, apresentavam informações consolidadas para mortalidade, isto é, os indicadores de mortalidade nessas localidades foram considerados satisfatórios.

Frias (2013), também verificou melhora da cobertura do SIM no estado. No ano 2000, somente 14,4% dos municípios detinham dados adequados a respeito das informações vitais, passando para 83,3% no ano de 2009.

Pode-se considerar que PE vem evoluindo quanto à cobertura do SIM, desde o processo de descentralização iniciado a partir de 1991/1992 (ANTUNES, 2001). Entretanto sabe-se que existem muitos óbitos ocorridos que não são registrados, pois a cobertura do sistema ainda encontra-se abaixo de 100%, e que há muito para se evoluir com relação à qualidade da informação, principalmente em relação ao fortalecimento da gestão do SIM nos níveis municipais.

Verificou-se que os maiores registros dos óbitos ocorreram na 1ª RS e no seu município sede, Recife. Isso pode estar relacionado ao fato que a 1ª RS concentra a maior população do estado. Além disso, muitas pessoas que residem no interior de PE deslocam-se para o Recife em busca de assistência médica, o que pode contribuir ainda mais para a ocorrência de óbitos na capital do estado.

Apesar do maior volume de registros ocorrerem na 1ª RS e no Recife, a 8ª RS e o município sede da 9ª RS, Ouricuri, apresentaram o maior crescimento nos registros de óbitos, o que sugere melhoria da cobertura do SIM nessas localidades.

A 8ª RS é formada por sete municípios, dentre eles Petrolina, seu município sede, onde se concentra a maior parte da população. Os demais municípios e a cidade de Ouricuri possuem populações menores, facilitando a captação e vigilância dos óbitos ocorridos.

Vale ressaltar que Ouricuri possuía um dos menores registros de óbitos no período 2000-2002, o que contribuiu para o crescimento do registro no local, pois localidades que possuem piores registros tendem a apresentar melhoria nos mesmos após a realização de ações para aprimoramento das informações.

De acordo com os resultados encontrados no estudo, a população masculina morreu com maior frequência. No decorrer dos anos 2000, a mortalidade do homem, principalmente entre os adultos jovens, foi sempre maior quando comparada com as das mulheres (BRASIL, 2011a).

Os resultados deste estudo confirmam a sobremortalidade da população masculina, fruto das desigualdades reversas de gênero (ALVES,CAVENAGHI, 2012;

SOUZA, 2005), que na sociedade moderna expõe os homens a maiores riscos no cotidiano, principalmente, à violência.

Com relação aos óbitos por causas mal definidas, seu registro reflete a qualidade do dado no SIM de uma localidade. Quanto maior a sua proporção, pior a qualidade da informação, prejudicando a análise e conhecimento da realidade (COSTA; MARCOPITO, 2008; VERAS, 2011).

Os óbitos por causas mal definidas correspondiam a 20% dos óbitos no Brasil, entre os anos de 1979 a 1986, iniciando-se um declínio no seu registro a partir principalmente de 1985 (COSTA; MARCOPITO, 2008; SANTO, 2008).

Conforme resultados encontrados por Costa e Marcopito (2008), a proporção de óbitos por essas causas no país obteve redução importante, passando de 21,1% em 1985, para 13,7% em 2002. Já para o ano 2010, na Região Nordeste, a proporção de óbitos por causas mal foi de 7,8%, representando a quarta causa de morte (BRASIL, 2010).

Em PE, os óbitos por causas mal definidas vem apresentando declínio no seu registro, principalmente a partir do ano 2004 (BRASIL, 2010a). No estudo ficou evidente essa redução de mais de 70% em todas as RS e municípios sede.

De acordo com Rodrigues (2012), 85,4% dos municípios de PE, no período 2006-2008, possuíam informações adequadas com relação aos óbitos por causa mal definida, com redução desses óbitos.

Apesar desse declínio, observou-se ainda elevada frequência desses registros, principalmente em RS do interior do estado que pode ser reflexo da dificuldade ainda encontrada nos municípios do interior e de pequeno porte, em qualificar o registro de seus óbitos.

Andrade e Szwarcwald (2007) verificaram que municípios com populações menores possuem dificuldades com relação ao preenchimento da causa básica da morte. De acordo com as autoras, no período 2000-2002, somente 15% dos municípios de pequeno porte da Região Nordeste possuía informações adequadas quanto à causa básica da morte.

Em PE, Rodrigues (2012), verificou que municípios com menos de 50.000 habitantes possuem dificuldades em determinar a causa básica das mortes, pois somente 17% dos mesmos possuem avaliação satisfatória para esse indicador.

Para Mendonça e colaboradores (2010), uma das causas para a persistência do registro de óbitos com causa mal definida está relacionado ao fato que os médicos preocupam-se somente em informar dados sobre as causas e condições do óbito na DO, porém, essas informações são deficientes, sobretudo em relação à sequência lógica das causas da morte, elevando dessa maneira o número de óbitos cuja causa básica é mal definida.

A proporção dos óbitos com causa mal definida é um indicador que também está relacionado à acessibilidade da população aos serviços de saúde e à qualidade da assistência médica (CAMPOS et. al., 2010; SANTO, 2008).

Santo (2008) verificou que no país, 53,3% dos óbitos por essas causas corresponderam aos óbitos sem assistência médica, e que as maiores proporções ocorreram na região Nordeste.

Muito se tem feito com o intuito de qualificar os dados do SIM. Várias capacitações baseadas em manuais e portarias do MS e CFM são realizadas pela SES, Gerências Regionais de Saúde (GERES) e pelos próprios municípios, com a finalidade de treinar e qualificar os profissionais médicos no preenchimento da causa básica na DO, bem como os codificadores do SIM e/ou responsáveis pela digitação da DO (BRASIL, 2001b; 2009b; 2009d).

Outra ação relevante realizada no Norte e Nordeste do país foi a contratação de consultores do SIM, a fim de qualificar o registro da informação nesse sistema (BRASIL, 2008b).

Além disso, todos os anos é firmado pelos municípios, por meio do “Pacto pela Saúde”, do MS, a meta para aumento da proporção de óbitos com causa básica definida, com o intuito de controlar constantemente o registro dos óbitos com causa básica mal definida (BRASIL, 2006).

Para Santo (2008), as SMS devem possuir profissionais treinados para garantir maior precisão do preenchimento da causa da morte. E ainda, segundo o autor, um monitoramento contínuo deve ser realizado pelas SES e SMS, visando sempre identificar as deficiências e fragilidades de cada município, a fim de saná-las.

Um ponto chave para a redução dos óbitos com causa mal definida é a vigilância de sua ocorrência, e para tanto é preconizada pelo MS a realização da busca ativa dos mesmos. Durante a sua realização, os profissionais responsáveis devem preencher a Ficha de Investigação e o Formulário de Autópsia Verbal com dados coletados, contemplando o maior número de informações possíveis. (BRASIL, 2008b).

O Formulário de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida utiliza informações coletadas durante visita às unidades de saúde, cartório, IML, SVO, e ainda informações coletadas nos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2008b).

O Formulário de Autopsia Verbal contempla informações relacionadas aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente anterior ao óbito e são coletadas junto aos familiares (BRASIL, 2008b).

Estudo realizado por Campos e colaboradores (2010), em Minas Gerais, verificou que das 218 autópsias verbais realizadas pelos mesmos, 189 óbitos foram concluídos com causa bem definida (86,7%), enquanto apenas 29 (13,3%) permaneceram com a causa mal definida. Os autores perceberam que após a realização da autópsia verbal foi possível observar um novo perfil de mortalidade, além de identificar vários óbitos por causas externas que estavam classificados com causa mal definida.

Como exemplo de ações que podem proporcionar a redução do registro dos óbitos por causas mal definidas, por meio da vigilância, pode-se citar a investigação dos óbitos infantis e maternos. Embora o estudo não aborde esses óbitos, é importante destacar ações desenvolvidas para monitoramento e controle do registro dos mesmos, bem como qualificação da informação do SIM.

Segundo o MS (2009f; 2009g), o preenchimento incorreto das DO dos óbitos omitem a verdadeira causa da morte materna e infantil, dificultando a realização do monitoramento do nível e tendência das mesmas. Portanto, a investigação desses óbitos tem por objetivo avaliar as circunstâncias de sua ocorrência, permitindo a identificação dos problemas, proposição de medidas de prevenção e qualidade da assistência à saúde, e por fim, qualificação do SIM.

Verificou-se no estudo que a maioria dos óbitos por causas mal definidas ocorrem na população masculina, corroborando os achados de outros autores no Brasil (GOMES, 2010; KANSO, et. al., 2011; VERAS, 2011).

A partir das últimas décadas, a violência tem sido considerada como um problema de saúde pública por ser um fenômeno complexo. É determinado por vários fatores, principalmente pelos processos sociais e causa um grande número de mortes evitáveis. Todos os anos, mais de um milhão de pessoas morrem, e muitas outras sofrem as consequências da violência (DAHLBERG, KRUG, 2007; MACEDO, et. al., 2001; MELLO JORGE et. al, 1997).

As causas externas/violentas tornaram-se a partir da década de 1980, umas das principais causas de morbimortalidade do país (BRASIL, 2011a; CAMPOS-SILVA et. al. 2010; GAWRYSZEWSKI et al., 2004). Em PE, representam a segunda causa de morte, com 15,7% dos óbitos em 2008 e 14,6% em 2010 (BRASIL, 2010a, 2010c).

Com o estudo, verificou-se que o registro de óbitos por causas externas reduziu no estado e em algumas RS e municípios sede. O mesmo fato foi observado no estado de São Paulo (SP), onde a mortalidade por causas externas também apresentou redução, passando da terceira causa de morte em 2000, com 14,1%, para a quarta causa em 2010, com 9,5% (MENDES, 2012).

Embora seja mais antigo, estudo realizado em São Luis – MA, no período de 1980 a 1999, mostra que também houve redução dos registros dos óbitos por causas externas, com tendência decrescente, reduzindo-se 1,4% ao ano, demonstrando que essa redução já vem ocorrendo há algum tempo (MORAES, et. al., 2003).

Entretanto, ao analisar o país como um todo, o MS (2011a), verificou aumento no registro dos óbitos por causas externas, e ainda que estes são mais frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Apesar do registro ter se reduzido em PE, observou-se aumento dos mesmos em RS e municípios sede que possuem histórico de violência (principalmente Ouricuri – município sede da 9ª RS; 10ª RS; Arcoverde – município sede da 6ª RS) ocasionada provavelmente pelo tráfico de drogas, violência do aparelho do Estado,

possível promiscuidade entre polícia, poder econômico e política local, levando a elevação do número de óbitos por agressões nessas localidades.

Assim como para os óbitos por todas as causas e por causas mal definidas, a mortalidade por causas externas em PE também é maior no sexo masculino, padrão observado no país como um todo. Estudos também confirmaram que o sexo masculino é o grande acometido por essas causas, principalmente por agressões e ATT (ANDRADE-BARBOSA et. al., 2013; COSTA et. al., 2011; LAURENTI et. al., 2005).

Ainda sobre esses óbitos, verificou-se que as maiores frequências foram àqueles ocasionados por agressões. Desses, a grande maioria foi registrada na 1ª RS e seu município sede Recife, confirmando a importância da violência existente nas grandes cidades e suas regiões metropolitanas.

A mortalidade por agressão é considerada um indicador importante da violência social, estando relacionada às desigualdades sociais e econômicas, precariedade no desempenho da segurança pública, privação de oportunidades e violação dos direitos humanos. As vítimas de agressões são frequentemente jovens, do sexo masculino, raça/cor negra, de baixa renda, sem qualificação e perspectivas profissionais, e que residem em áreas com condições precárias de sobrevivência (FILHO, MARTINS, 2011; GAWRYSZEWSKI, COSTA, 2005; SOUZA, LIMA, 2006; VILLELA et. al., 2010).

Observou-se no estudo que a ocorrência desses óbitos reduziu entre um período e outro no estado. Porém, quando se analisou detalhadamente o registro dos mesmos nas RS e municípios sede, esses óbitos apresentaram incremento em mais da metade das RS, principalmente no interior.

Esse aumento no registro dos óbitos por agressões pode estar ligado ao aumento e a persistência da violência em municípios menores, onde parece se perpetuar a presença de líderes políticos/econômicos e clãs de famílias tradicionais que mantêm o uso da violência como instrumento de opressão e controle.

Outro fator importante no interior do estado está relacionado ao tráfico de drogas. Segundo a mídia, no sertão de PE há regiões conhecidas como “Polígono da Maconha” responsáveis por abastecer toda a região Nordeste com este

entorpecente. Nestes locais, a “guerra” entre traficantes e polícia, frequentemente reportada, pode contribuir com a ocorrência de óbitos por agressões.

Waiselfisz (2011), afirma que a violência vem se deslocando das capitais brasileiras para os municípios do interior dos estados, caracterizando a chamada “interiorização da violência”, pois após o ano 2000, o crescimento das agressões concentrou-se em municípios de pequeno porte, com população de aproximadamente 20 a 50 mil habitantes.

Segundo o mesmo autor, esse aumento da violência resulta da estagnação econômica das capitais e regiões metropolitanas, bem como nos investimentos em segurança nesses locais. Além disso, ocorre a transferência econômica para os municípios do interior, com a construção de grandes indústrias gerando um deslocamento de pessoas, em geral de homens.

Ainda sobre os óbitos por agressões, no estudo, o registro dos mesmos foi maior do sistema INFOPOL da SDS-PE do que no SIM, com uma diferença de 341 óbitos entre eles, no período de 2008-2010.

Essa diferença existente entre os dois sistemas pode estar relacionada ao fato que os médicos do IML podem ter dificuldades com o preenchimento da causa da morte, apesar de haver desde a implantação do SIM capacitações destinadas a esses profissionais e monitoramento do preenchimento da DO. Embora, com menos relevância, pode haver problemas relacionados com a codificação errônea da causa básica no sistema.

Outro fator que pode influenciar essa diferença é a existência de uma rotina na SDS-PE para a busca ativa e investigação dos óbitos por agressões, que foi consolidada principalmente após a implantação do Pacto pela Vida no estado. Dessa forma, alguns óbitos que são concluídos como agressão pela SDS, podem não ter a mesma causa no SIM¹, pois as informações não são compartilhadas entre os sistemas.

¹ Foi realizada consulta junto a Portella, A.P, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do departamento de Filosofia e Ciências Humanas, estudiosa da área de criminalidade, violência e políticas públicas de segurança, com o intuito de compreender o funcionamento do sistema INFOPOL, da SDS-PE.

Ressalta-se que a SDS utiliza o SIM como uma de suas fontes de informação para realização das investigações, e que após a conclusão da mesma, as informações não são repassadas para as SMS e SES.

De acordo com Lima e colaboradores (2012), a SDS-PE trabalha com um sistema de informação “multifonte”, ou seja, os casos registrados procedem do cruzamento de diversas fontes de informação, como o boletim de ocorrência, DO, relatórios administrativos, relatórios do Instituto de Criminalística, relatórios da Polícia Militar, auxiliando no detalhamento e conclusão dos mesmos.

Em estudo realizado em Minas Gerais, Castro e colaboradores (2003), verificaram que em municípios com menos de 100.000 habitantes, o sistema de informação da polícia é mais completo, registrando mais óbitos do que o SIM. Já nos municípios com mais de 100.000 habitantes, a situação tende a se inverter, com o SIM registrando mais óbitos que o sistema da polícia.

Não foi possível realizar essa avaliação por municípios, pois esse não era o foco do estudo. Entretanto, seria de extrema relevância que se realizassem mais estudos de comparação entre sistema de informação específicos sobre agressões, a fim de se conhecer a verdadeira magnitude do evento na população.

Estudo mais recente realizado por Borges e colaboradores (2012) no Rio de Janeiro, Salvador e Alagoas, verificou-se que não há articulação entre os sistemas de informação da saúde e da polícia, semelhante aos achados deste estudo, prejudicando a qualidade do registro das mortes violentas,

Seria importante que os sistemas de informação tivessem algum grau de integração, entretanto, a manutenção de uma base de dados de alta qualidade necessita de monitoramento constante, o que é uma tarefa árdua (CASTRO et. al., 2003). A existência de um sistema de informação integrado entre a área da saúde e segurança pública do país traria muitos subsídios para a construção de políticas públicas e a execução de ações de prevenção da violência.

Ainda importante no estudo são os óbitos por acidentes. Esses foram registrados com maior frequência na 1ª RS, e podem estar relacionado principalmente aos ATT, fruto da metropolização recente das grandes e médias cidades e da rotina estressante a que as populações estão expostas.

Os ATT são a segunda causa de morte dentre as causas externas no país. De acordo com dados do Ministério do Planejamento e Orçamento e do IPEA (BRASIL, 2007), o custo total desses óbitos no ano de 2001 foi de R\$ 5,4 bilhões.

No ano 2009, esses óbitos correspondiam a 26,5% dos óbitos por causas externas no Brasil, sendo a primeira causa de morte na população de dez a 14 anos e 40 a 59 anos. Nesse mesmo ano, o risco de morte por ATT foi 4,6 vezes maior nos homens do que nas mulheres (BRASIL, 2011a). A elevada frequência dos ATT podem relacionar-se, sobretudo àqueles ocasionados por motocicletas.

Para Bacchieri e Barros (2011), as motocicletas tornaram-se eficientes meios de transporte e trabalho perante às facilidades de aquisição do veículo, precariedade do transporte público e ao trânsito congestionado, principalmente das grandes cidades. Contudo, a forma de condução desse tipo de transporte expõe mais seus usuários, contribuindo para o aumento dos acidentes envolvendo motocicletas. No ano de 2010, os acidentes com motocicletas foram a principal causa de morte, dentre os ATT em PE (BRASIL, 2010a).

De acordo com a publicação da frota registrada (2014), do Departamento Estadual de Trânsito de Pernambuco (DETRAN-PE), o número de motocicletas no estado aumentou aproximadamente 341% do ano 2000 para 2010. Portanto, houve incremento importante no número de pessoas que se expõe aos riscos desse meio de transporte, aumentando consequentemente os acidentes e os óbitos.

Os dados dos óbitos por ATT mostram o quanto os jovens brasileiros estão perdendo suas vidas cada vez mais cedo e o quanto o país está deixando de se desenvolver devido a essas mortes.

O Brasil tem avançado em estudos e na discussão dos óbitos por causas externas, porém a ocorrência dos óbitos por lesões autoprovocadas (suicídios) ainda é uma interrogação.

Os óbitos por lesões autoprovocadas são relevantes no cenário de mortalidade do país. O seu entendimento é difícil, pois a sua ocorrência está estritamente ligada às questões sociais e a complexidade do ser humano (BRASIL, 2007; VIDAL et. al., 2013).

Vidal (2013) verificou que esses óbitos são mais frequentes no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, com escolaridade menor que oito anos de estudo,

estado civil casado e de cor branca. Ainda segundo o autor, entre as pessoas que morreram, 90% haviam tentado o suicídio no período de 24 meses anterior ao óbito.

A prevenção do suicídio não é uma tarefa simples, pois exige a atuação de políticas públicas que envolvam equipes multiprofissionais e ações que considerem os aspectos familiares e socioeconômicos, saúde mental e apoio social em toda sua dimensão.

O que se destacou nos óbitos por acidentes e lesões autoprovocadas no estudo, foi que os mesmos apresentaram incremento nos seus registros em locais mais afastados da Região Metropolitana do Recife, ou seja, mais uma vez o interior do estado destacou-se pelo crescimento do registro de óbitos por causas externas.

Outro ponto relevante foi o registro dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada. O que chama a atenção para esses óbitos foi o elevado incremento na 6ª RS e no Recife (1ª RS).

Nos países desenvolvidos a ocorrência desses óbitos é praticamente nula. Contudo, apesar de seu declínio no Brasil, no ano de 2010, aproximadamente 10,3% do total de óbitos por causas externas foram classificadas com intenção indeterminada, revelando assim fragilidade existente nas informações referentes às mortes por essa causa (BRASIL, 2013b).

Reduzir o número de DO por causas externas cuja intenção é indeterminada é imprescindível para se conhecer o perfil de mortalidade, identificar locais com mais risco para a ocorrência desse evento, e ainda ter subsídios para orientar políticas de prevenção de acidentes e violências no país (SMARZARO, 2005).

O estudo mostrou que embora a cobertura do SIM tenha aumentado e que a qualidade do mesmo siga melhorando, ainda existem dificuldades no aprimoramento das informações dos óbitos, principalmente no que se diz respeito ao preenchimento da causa básica da DO. E neste caso, o preenchimento inadequado da causa pelos médicos legistas dos IML, subestima as taxas de mortalidade por causas externas.

Para Melo e colaboradores (2013), o preenchimento da DO dos óbitos por causas externas permite conhecer as características sociais, demográficas e individuais da vítima, bem como torna possível obter informações referentes ao local de ocorrência do óbito, qual a intencionalidade e tipo da causa externa.

De acordo ainda com esses autores, os principais fatores que levam ao aumento dos registros dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada são: o preenchimento apenas da natureza da lesão que ocasionou o óbito; o fato que os profissionais médicos atribuem a responsabilidade da descrição das circunstâncias do óbito à polícia; a visão reducionista que o médico tem sobre o seu papel no preenchimento do documento e possíveis implicações jurídicas e legais.

Para Drumond Jr. e colaboradores (1999), um dos principais fatores que contribuem para aumentar o número de óbitos por causas externa cuja intenção é indeterminada é a não utilização de todas as informações disponíveis no IML para preenchimento da DO.

O registro e divulgação desses óbitos também podem ter estreita relação com interesses políticos e econômicos de determinados locais, como a indústria do turismo e eleições.

Pode-se citar como exemplo o caso ocorrido no município do Rio de Janeiro, onde uma lei foi sancionada em 2007 proibindo que as informações dos óbitos criminais fossem compartilhadas com outras pessoas, exceto com aquelas que compõem o quadro da Polícia Civil, Ministério Público e Poder Judiciário. Nesse mesmo ano, exatamente a partir do período em que a lei foi sancionada, o número de mortes por causas externas cuja intenção é indeterminada dobrou (BRASIL, 2013b).

Com relação à natureza da lesão, destacaram-se no estudo os óbitos por afogamento de intenção indeterminada no período 2000-2002 e os óbitos classificados como “outros” de intenção indeterminada no período de 2008-2010, ambos com as maiores frequências na 1ª RS e no seu município sede, Recife.

A questão dos óbitos por afogamento de intenção indeterminada pode estar relacionados aos afogamentos ocorridos no litoral, em rios e cachoeiras, principalmente nos períodos de férias, festas e feriados.

Já os óbitos que tiveram a classificação como “outros”, novamente traz à tona à fragilidade existente no preenchimento da DO. No município do Rio de Janeiro, entre os anos 2000 a 2006, estes também foram os óbitos mais frequentes dentre as causas externas de intenção indeterminada (BRASIL, 2012b).

No Brasil, dentre os óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada, àqueles causados por armas de fogo, por instrumentos contundentes e assim como neste estudo, óbitos de intenção indeterminada classificados como “outros”, foram os mais frequentes (BRASIL, 2013b).

Chama ainda atenção o aumento no registro dos óbitos por envenenamento de intenção indeterminada (principalmente na 8ª RS e seu município sede, Petrolina) e, além da maior frequência, o incremento dos óbitos classificados como “outros” de intenção indeterminada (principalmente na 1ª RS e seu município sede, Recife e em Petrolina – município sede da 8ª RS).

Sugere-se que o aumento do registro dos óbitos por envenenamento de intenção indeterminada, deve-se ao fato de que a 8ª RS desenvolveu bastante a produção agrícola, estando os trabalhadores expostos aos agrotóxicos utilizados nas plantações, sem avaliação e controle de seu uso. Portanto, a não determinação da intencionalidade impede que se identifique se o uso fora acidental ou autoprovocado, apesar da existência de IML em Petrolina.

Quanto aos óbitos que foram classificados como “outros”, como já foi discutido várias vezes acima, é fundamental resgatar a importância da DO. A melhora da qualidade de seu preenchimento está relacionada à qualidade do sistema como um todo, desde a capacitação dos profissionais no registro de cada variável, como dos codificadores das causas básicas do SIM até a busca ativa de informações desses óbitos (MELLO JORGE, 2002).

No estudo, a ocorrência dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada concentrou-se no sexo masculino, assim como na Região Nordeste, onde essa foi a terceira causa de morte entre os homens (BRASIL, 2012a). O sexo masculino se sobressaiu novamente em relação ao sexo feminino no que diz à ocorrência dos óbitos.

Com relação ao aprimoramento do SIM, a melhoria da qualidade da informação é uma preocupação central entre os gestores do SUS, que buscam fortalecer e consolidar o sistema como ferramenta de produção de informações acerca da mortalidade no país (ANTUNES, 2001).

Um banco de dados para ser de boa qualidade deve ser completo e confiável em relação aos seus registros, com ausência de duplicidades, ter os campos

preenchidos na sua totalidade e informações consistentes (MACENTE, ZANDONADE; 2010). Quando esses dados são inconsistentes, a confiabilidade das informações torna-se prejudicada, e consequentemente falsos diagnósticos sobre a situação de saúde são construídos (COSTA, FRIAS, 2011).

De acordo com alguns autores (SOARES et. al., 2007; COSTA, FRIAS, 2011), os profissionais médicos consideram algumas variáveis da DO mais importantes do que outras. Por exemplo, variáveis como sexo, idade são consideradas mais importantes do que as variáveis raça/cor, situação conjugal, escolaridade, dentre outras.

Outro fator que pode influenciar no não preenchimento de algumas variáveis é a não digitação intencional de campos da DO, mesmo estes estando preenchidos (PEDROSA et. al., 2007). Por esse motivo, é de extrema importância que os municípios monitorem e realizem a crítica constante de seus bancos de dados.

No estudo, as variáveis obrigatórias e as consideradas mais importantes pelos profissionais, obtiveram melhores graus de preenchimentos e escores do que as variáveis consideradas de menos importância. Destacou-se principalmente o não preenchimento das variáveis escolaridade e assistência médica, com o escore muito ruim em PE e na maioria das RS.

Em estudo realizado por Antunes (2001), no ano de 1995, no município do Recife, a variável escolaridade já possuía um preenchimento deficiente, principalmente nas DO de óbitos por causas externas em população de 5-19 anos. Macente e Zandonade (2010) também verificaram um grau de preenchimento ruim para essa variável.

Sobre o preenchimento da variável assistência médica, o MS (2009b) afirma que muitos desses óbitos não correspondem ao não recebimento de assistência médica, apesar da DO ter sido preenchida com o código correspondente a resposta “não”, fruto da confusão existente no preenchimento da mesma. Porém, como nesse estudo foi analisada apenas a opção “ignorada” dessa variável, não fica claro a verdadeira situação em relação ao recebimento ou não da assistência médica para os óbitos por causas externas.

Outro ponto que deve ser relevado está relacionado ao fato de que grande parte dos óbitos por causas externas ocorrem em via pública, e não recebem assistência médica durante esse evento.

Corroborando com os resultados do estudo, o MS (2009b) verificou que variáveis idade e sexo possuem baixa frequência de informações ignorada ou não preenchidas. A variável raça/cor também vem apresentando melhora gradativa no seu preenchimento (CUNHA, 2012).

Ressalta-se que e a maioria dos estudos que avaliaram a incompletude das variáveis da DO, focaram em variáveis sociodemográficas e em variáveis específicas para óbitos em menores de um ano, tornando a discussão com outros autores sobre o não preenchimento de variáveis como circunstância do óbito, fonte de informação, realização da necropsia, local de ocorrência do óbito mais difícil.

A piora do preenchimento das variáveis “naturalidade, local de ocorrência, assistência médica e circunstância do óbito”, se sobressaiu no estudo. A incompletude dessas variáveis desqualifica a DO como instrumento de informação.

Apesar dessas não serem variáveis obrigatórias, é sempre importante garantir um bom preenchimento de todos os campos da DO, cuja responsabilidade é do profissional médico (MELO et. al., 2013).

Mendonça e colaboradores (2010), em estudo realizado em hospitais de Belo Horizonte – MG observaram que 75% dos médicos não conheciam o Manual de Instruções para preenchimento da DO, do MS, e que ainda 28% afirmaram que o preenchimento das variáveis de identificação do indivíduo é realizado por outros profissionais, inclusive assistentes administrativos.

Outro destaque do estudo é para a variável necropsia. Apesar de seu escore apresentar melhora entre um período e outro, é inaceitável que a mesma tenha seu preenchimento “ignorado” para os óbitos por causas externas. Como já foi dito anteriormente, o estado possui três IML com profissionais capacitados e que deveriam receber os corpos para realização da necropsia do mesmo, entretanto não se sabe se todos os óbitos por causas externas são realmente encaminhados para o IML.

Chama atenção ainda que a 6ª RS apresentou piora nos resultados de preenchimento do maior número de variáveis (raça/cor, situação conjugal,

escolaridade, local de ocorrência e circunstância do óbito). Portanto, é necessário que se avalie as dificuldades e os principais entraves encontrados pelos municípios que formam a 6ª RS. Seria necessária a realização de um estudo mais específico para se conhecer as peculiaridades da região.

Destaca-se que a qualidade da informação do SIM também compete às SES e SMS. De acordo com a Portaria GM/MS nº 116, de 11 de Fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009d), cabe às SES e SMS desenvolverem ações para o aprimoramento da qualidade da informação, bem como estabelecer diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos para gerenciamento do sistema de informação. E neste sentido, estabelecer parcerias com outros órgãos públicos, como a SDS.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação em saúde são fundamentais para o conhecimento e monitoramento da situação de saúde de uma população. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) especificamente, garante informações essenciais para a prevenção de mortes evitáveis.

É evidente a melhoria do SIM no estado de PE com o decorrer dos anos, tanto na cobertura do sistema, quanto na qualidade das informações, entretanto, este ainda contém falhas, principalmente em relação ao preenchimento da DO.

Observa-se heterogeneidade das informações nas RS e nos municípios sede. A 1ª RS e o Recife são as localidades com o maior registro de óbitos por todas as causas do estado. Juntos detêm o maior percentual da população e representam o principal pólo de atração, para onde muitas pessoas deslocam-se para trabalhar, estudar e em busca de acesso a serviços de saúde.

Houve redução dos óbitos por causas mal definidas, indicando possível melhoria da qualidade das informações do SIM em todo estado, principalmente na 9ª RS e no seu município sede Ouricuri. Este possuía a maior frequência de óbitos por causas mal definidas no período 2000-2002 e conseguiu uma redução importante no período 2008-2010. Esta redução em todo estado é resultado dos esforços despendidos pelas SMS e SES sob a coordenação do MS.

Verificou-se ainda redução dos óbitos por causas externas, entretanto houve aumento do registros desses óbitos em RS e em municípios sedes do interior de PE, acenando para uma mudança na distribuição espacial da ocorrência de violência da capital e região metropolitana para o interior do estado, evidenciando dessa forma a interiorização da violência.

Houve aumento dos óbitos por acidentes, lesões autoprovocadas e por intenção indeterminada, demonstrando que as informações sobre causas externas ainda representam uma preocupação para PE.

O aumento dos óbitos por causas externas cuja intenção é indeterminada pode mascarar a verdadeira situação de mortalidade por causas externas de uma população, principalmente quando um elevado número desses óbitos são

classificados como “outros”, chamado no jargão do SIM, como “lixão” (garbage codes).

Outro achado do estudo diz respeito ao maior registro dos óbitos por agressão no sistema INFOPOL da SDS-PE, quando comparado ao SIM, no período 2008-2010. Essa divergência de informação aponta a necessidade de integração urgente entre esses sistemas, a fim de garantir uma base de dados unificada, reduzindo dessa forma os sub-registros e a classificação errônea das mortes.

O sistema da SDS-PE é um exemplo bem sucedido de captação da informação para conclusão dos óbitos por agressões, entretanto o que observa é que essa informação quando concluída não é compartilhada com outros sistemas, especialmente com o SIM. Esse achado se contradiz com um dos principais objetivos do Pacto pela Vida que é a execução de ações articuladas e integradas de diversos setores com a segurança pública.

Quanto ao grau de não preenchimento das variáveis da DO dos óbitos por causas externas, verificou-se que as variáveis consideradas secundárias não foram preenchidas de forma adequada. Verificou-se ainda que a 6ª RS obteve os piores escores para a maioria das variáveis.

É necessário que todos os profissionais que trabalhem com a DO, seja no seu preenchimento, no seu processamento e/ou na utilização dos dados compreendam a sua responsabilidade como parte de um sistema nacional de informações e a importância de qualificá-lo, inclusive, como instrumento de cidadania.

Contudo, é importante reconhecer que apesar dos investimentos no SIM, a qualificação de seus dados ainda é um desafio e que diante da literatura utilizada como referência para esta pesquisa, é possível observar que muito pode ser feito a fim de aperfeiçoar as informações de mortalidade, por meio de métodos simples e possíveis de serem conduzidos. . Como estratégia, sugere-se a melhor utilização das informações contidas nos registros do IML e maior integração com o sistema de informação da Secretaria de Defesa Social e outros sistemas, como o Sistema de Informação Hospitalar do próprio MS.

Por fim, espera-se que os resultados e a discussão deste estudo contribuam para implementar o monitoramento dos óbitos por causas externas, pois além de

influenciar a melhoria do SIM como um todo, possibilita maior transparência nas avaliações das políticas públicas de combate à violência e reforço à cidadania.

Apesar das dificuldades encontradas, o SIM é um sistema de abrangência nacional e representa uma fonte confiável do registro de óbitos ocorridos no país, portanto seu aprimoramento e fortalecimento deve ser uma prioridade para a gestão de informações sobre a mortalidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D.; CAVENAGHI, S.M. Indicadores de desigualdades de gênero no Brasil. **Mediações**, v. 17, n. 2, p. 83-105, 2012.

ANDRADE, C.L.T; SWARCWALD, C.L. Desigualdades sócio espaciais de adequação das informações de nascimento e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.5, p. 1207-1216, 2007.

ANDRADE, S.M. de. et. al. Homicídios de homens de 15 a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p.1281-1288, 2011.

ANDRADE-BARBOSA, T.L et. al. Mortalidade por causas externas em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 3, 2013.

ANTUNES, M.B.C. **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 (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

ARAÚJO, E.M. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n. 3, p.405-12, 2009.

BACCHIERI, G.; BARROS, A.J.D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 6.015 de 31 de Dezembro de 1973**. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. Brasília, 1973.

_____. **Lei nº 7.844 de 18 de Outubro de 1989**. Disciplina o inciso LXXVI do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, alterando a redação do art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Brasília, 1989.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei nº 9.534 de 10 de Dezembro de 1997**. Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007**. Brasília, 2008a.

_____. **Saúde Brasil 2010.** Brasília, 2011a.

_____. **Saúde Brasil 2011.** Brasília, 2012a.

_____. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica: Situação de Saúde – Indicadores de Mortalidade por grupo de causas.** Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 01/05/2013.

_____. **Cadernos de Informação de Saúde - Pernambuco.** Brasília, 2010c.

_____. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. **Sistema de Informação sobre Mortalidade: Consolidação da base de dados de 2011.** Brasília, 2013a.

_____. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **A declaração de óbito: documento necessário e importante.** Brasília, 2009b.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde.** Brasília, 2009c. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 15 de Setembro de 2012.

_____. **Evolução da qualidade da informação de óbitos e nascimentos.** In: _____. **Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil.** Cap. 2. Brasília, 2005. p. 27-36.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual para preenchimento da Declaração de Óbito.** Brasília, 2001b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de instruções para preenchimento da Declaração de Óbito.** Brasília, 2011b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno.** Brasília, 2009f.

_____. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília, 2009g.

_____. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **Relatório de Situação Pernambuco.** Brasília, 2009e.

_____. **Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1975. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 de Setembro de 2012.

_____. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade.** Brasília, 2001a.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Brasília, 2009a.

_____. **Portaria GM/MS nº 737 de 16 de Maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências.** Brasília, 2001c.

_____. **Portaria GM/MS 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. Brasília, 2009d.

_____. **Portaria GM/MS nº 201 de 03 de Novembro de 2010.** Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília, 2010b.

_____. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.929 de 09 de Outubro de 2003.** Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informático do SUS no que se refere aos Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN. Brasília, 2003.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.947 de 25 de Novembro de 1998.** Estabelece os padrões comuns mínimos que possibilitem a intercomunicação dos sistemas e bases de dados na área da saúde. Brasília, 1998.

_____. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília, DF, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida.** Brasília, 2008b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 7ª Ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Custos das mortes por causas externas no país.** Brasília, 2007.

_____. **Mapa dos Homicídios Ocultos no Brasil**. Brasília, 2013b.

_____. **Mortes violentas não esclarecidas e impunidade no Rio de Janeiro**. Brasília, 2012b.

BEATO FILHO, C. C. et al. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1163-1171, 2001.

BORGES, D. et al. **Mortes violentas no Brasil: uma análise do fluxo de informações**. Rio de Janeiro: LAV/UERJ, 2012.

CAMPOS, D. et. al. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p.1221-1233, 2010.

CAMPOS-SILVA, T. et. al. Análise da qualidade das informações sobre a mortalidade por causas externas em Minas Gerais, 1997 a 2005. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n.3, p.371-9, 2010.

CASTRO, M.S.M et. al. Comparação de dados sobre homicídios entre dois sistemas de informação, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n.2, p.168-76, 2003.

CERQUEIRA, C.A.; SILVA, V.C. **Avaliação da qualidade da informação dos registros de óbitos na mesorregião do Jequitinhonha**. Trabalho apresentado no X Seminário sobre a Economia Mineira, Belo Horizonte – MG. Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução nº 1.779 de 05 de Dezembro de 2005**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Brasília, 2005.

COSTA, J.M.B.S; FRIAS, P.G. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, supl. 1, p.1267-1274, 2011.

COSTA, M.R.; MARCOPITO, L.F. Mortalidade por causas mal definidas, Brasil, 1979-2002, e um modelo preditivo para a idade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, vp. 1001-1012, 2008.

COSTA, R.A.R et. al. Mortalidade por causas externas na região do ABCD paulista de 1996 a 2008: o problema dos “eventos de origem indeterminada” e a responsabilidade do médico legista. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 16, n. 1, p.39-46, 2011.

CRUZ, O.G. **Modelagem espaço-temporal dos homicídios. Região Sudeste/Brasil, 1979-1998**. 134f. Tese (Doutorado em Engenharia Biomédica) – Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CUNHA E.M.G.P. **Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios.** In: Saúde da População Negra, Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates Coordenação: Tânia Mara Pedroso Müller. Luís Eduardo Batista; Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Orgs.). Brasília, 2012.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.1163-1178, 2007.

DELLASOPPA, E.; BERCOVICH, A. M; ARRIAGA, E. Violência, direitos civis e demografia no Brasil na década de 80: o caso da área metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, v.14, n.39, p.155-176, 1999.

DRUMMOND JR, M et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 273-280, 1999.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO. **Frota registrada segundo o tipo.** Estatísticas. 2014. Disponível em: <http://www.detran.pe.gov.br/images/stories/estatisticas/HP/1.7_frota_pe.pdf>. Acesso em: 02/03/2014

DUARTE, E. C., et al . Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, mar. 2008.

FILHO, S.; MARTINS, A. A vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n.4, p.445-55, 2011.

FRIAS, P.G. **Adequação das informações sobre nascidos vivos e óbitos e a estimação da mortalidade infantil no Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.2, p.191-7, 2005.

GLATT, R. **Análise da qualidade da base de dados de Aids do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** 295f. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

GOMES, L.P. **Investigação dos óbitos por causas mal definidas: recuperação da causa básica de morte em Belford Roxo, 2008.** 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, L.F. **Brasil é o 16º país mais violento do mundo**. Instituto Avante Brasil, 2013. Disponível em: <<http://institutoavantebrasil.com.br/20471/>>. Acesso em 01/03/2014.

KANSO, S. et. al. Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p.1323-1339, 2011.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. **Estudos Seccionais**. IN.: MEDRONO, R.A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 11, 2ª Ed., p. 193-220.

LADEIRA, R.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Causa básica de óbito por acidentes de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 502-507, 1998.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 909-920, 2004.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 407-417, 1991.

LAURENTI, R. et. al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p.35-46, 2005.

LIMA, M.L.C; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.4, p.829-840, 1998.

LIMA, R.S. et al. **O quebra-cabeças dos dados nas políticas de segurança**. Recife: Provisual, 2012.

LOZADA, E.M.K et al. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. **Cadernos Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 223-228, 2009.

MACEDO, A.C. et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 35, v.6, p. 515-22 515, 2001.

MACÊDO, A.O. **“Polícia, quando quer, faz!”**. **Análise da estrutura de governança do “Pacto pela Vida” de Pernambuco**. 164f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

MACENTE, L.B; ZADONADE, E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 200. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n.3, p.173-181, 2010.

MACHADO, C.B. **Avaliação da qualidade do sistema de informação sobre mortalidade no estado do Ceará**. 162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

MATIAS, T.A.F.; MELLO JORGE, M.H.P. Sistemas de Informações sobre mortalidade: análise da qualidade dos dados para o município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum**, v. 23, n.3, p. 759-765, 2001.

MARTINS JUNIOR, D.F. et al. Tendência dos óbitos por causas mal definidas na região Nordeste do Brasil, 1979-2009. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 3, p. 338-346, 2011.

MATOS, S.G.; PROIETTI, F.A.; BARATA, R.C.B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 76-84, 2007.

MELO, C.M et. al. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p.1225-1234, 2013.

MELLO JORGE, M. H. P et. al. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Publica**. v.31, supl 4, p.5-25, 1997.

MELLO JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D; LAURENTI, R. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 12, n.3, p. 643-654, 2007.

MELLO JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D; LAURENTI, R. O sistema de informação sobre mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n.2, p. 212-223, 2002.

MENDES, J.D.V. **Mortalidade por causas externas no estado de São Paulo em 2010**. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS da Secretaria de Estado da Saúde – Ano 4, nº 13, Abril de 2012. Disponível na em:http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_13.pdf. Acesso em: 28/10/2013

MENDONÇA, F.M. et al. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. Bras. Est. Pop**, v. 27, n. 2, p.285-295. Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, 2009.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde publica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, p. 7-32, 1999

MORAES, J.R. et. al. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n.3, 2003.

NETO, R.M.S. et. al. **Avaliação de Política Pública para Redução da Violência: o caso do Programa Pacto pela Vida do estado de Pernambuco**. Trabalho apresentado no 41º Encontro Nacional de Economia, Foz do Iguaçu, 2013.

NOBREGA JUNIOR, J.M.P. **Os homicídios no Brasil, no Nordeste e em Pernambuco: dinâmica, relações de causalidade e políticas públicas**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão**. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANAS DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico: Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de La Región de las Américas**, v. 24, n. 4, 2003.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Recife, 2007b.

_____. Secretaria Executiva de Ressocialização. **Plano Estadual de Segurança Pública**. Recife, 2007a.

PEDROSA, et. al. Qualidade dos dados sobre óbitos neonatais precoces. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n.5, p.389-394, 2007.

RAMIRES, J.C.L.; SANTOS, M.A. Mortalidade por causas externas em Uberlândia (MG), 1980 a 2000. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2. p. 15-26, 2006.

RODRIGUES, M. et. al. Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014.

RODRIGUES, M. et. al. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de PE, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n.2, p. 275-284, 2012.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 673-684, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Elementos de Metodologia Epidemiológica. IN: __. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 96, 6 ed., p. 149-178.

SANCHES K. R. B. et al. **Sistemas de informação em saúde**. In: MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. São Paulo, Atheneu, 2002, p337-59.

SANTO, A.H. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 23-28, 2008.

SANTOS, C.A. **Implantação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências – a experiência do estado do Amapá**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA FILHA, T.R.F. **Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Brasil, 1996-2002**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Feira de Santana. Feira de Santana, 2004.

SMARZARO, D.C. **A Informação Sobre Mortes por Causas Externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo**. 2000 – 2002. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

SOARES. J.A.S. et. al. Avaliação da qualidade das informações em declarações de óbitos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, n. 7, v. 3, p.289-295, 2007.

SOUZA, E.R; et. al. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.12, p.3183-93, 2012.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.10, n.1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. The panoranma of urban violence in Brazil and its capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, 2006.

TRISTAO, R. M. et al. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências 1999 a 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n.2, p. 305-313, 2012.

VERAS, A.P. **Esclarecimento de óbitos por causas mal definidas, registradas no Hospital do Pronto Socorro Municipal Dr. Humberto Maradei Pereira, município de Belém do Pará, no ano de 2008**. 48f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Belém, 2011.

VIEIRA, G.O. et al. Violência e Mortes por causas externas. **Revista Brasileira da Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 45-51, 2003.

VILLELA, L.C.M. et al. Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.3, p.486-95, 2010.

VIDAL, C.E.L. et. al. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.175-187, 2013.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo, 2011.

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I Identificação	1 Tipo de óbito 1 ☐ Fetal 2 ☐ Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS
	4 Nome do Falecido		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5 Nome do Pai		7 Nome da Mãe
	8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10 Sexo 1 ☐ M - Masc. 2 ☐ F - Fem. 3 ☐ I - Ignorado
II Residência	11 Raça/Cor 1 ☐ Branca 4 ☐ Preta 5 ☐ Amarela 2 ☐ Indígena 3 ☐ Ignorada		12 Situação conjugal 1 ☐ Solteiro 4 ☐ Separado judicialmente/divorciado 2 ☐ Casado 5 ☐ União estável 3 ☐ Viúvo 9 ☐ Ignorada
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 ☐ Superior incompleto 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 ☐ Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		16 CEP
	17 Bairro/Distrito	18 Município de residência	19 UF
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito 1 ☐ Hospital 3 ☐ Domicílio 5 ☐ Outros 2 ☐ Outros estab. saúde 4 ☐ Via pública Ignorado		21 Estabelecimento Código CNES
	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		23 CEP
	24 Bairro/Distrito	25 Município de ocorrência	26 UF
	27 Idade (anos)		28 UF
IV Fetal ou menor que 1 ano	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002		
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos 99 ☐ Ignorado 99 ☐ Ignorado 99 ☐ Ignorado		31 N° de semanas de gestação
	32 Tipo de gravidez 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla e mais 9 ☐ Ignorada		33 Tipo de parto 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 9 ☐ Ignorado
	34 Morte em relação ao parto 1 ☐ Antes 2 ☐ Durante 3 ☐ Depois 9 ☐ Ignorado		35 Peso ao nascer Gramas
V Condições e causas do óbito	36 Número da Declaração de Nascido Vivo		
	37 A morte ocorreu 1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No aborto 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o parto 2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o parto 8 ☐ Não ocorreu nestes períodos Ignorado		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado
	39 Necropsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado		
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a Devido ou como consequência de: CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. b Devido ou como consequência de: c Devido ou como consequência de: d Devido ou como consequência de: PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		41 Nome do Médico
VI Médico	42 CRM		43 Óbito atestado por Médico 1 ☐ Assistente 4 ☐ SVO 2 ☐ Substituto 5 ☐ Outro 3 ☐ IML
	44 Município e UF do SVO ou IML		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)
	46 Data do atestado		47 Assinatura
	48 Tipo 1 ☐ Acidente 3 ☐ Homicídio Ignorado 2 ☐ Suicídio 4 ☐ Outros 9		49 Acidente de trabalho 1 ☐ Sim Ignorado 2 ☐ Não 9
VII Causas externas	50 Fonte da informação 1 ☐ Boletim de Ocorrência 3 ☐ Família Ignorado 2 ☐ Hospital 4 ☐ Outra 9		
	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		
	52 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		
	53 Cartório		54 Registro
VIII Cartório	55 Data		56 Município
	57 UF		
	58 Declarante		59 Testemunhas A B
	59 Testemunhas		

ANEXO 2 – CID 10: Óbitos por Causas Mal Definidas

Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)

- R00-R09 - Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório
- R10-R19 - Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome
- R20-R23 - Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo
- R25-R29 - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular
- R30-R39 - Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário
- R40-R46 - Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento
- R47-R49 - Sintomas e sinais relativos à fala e à voz
- R50-R69 - Sintomas e sinais gerais
- R70-R79 - Achados anormais de exames de sangue, sem diagnóstico
- R80-R82 - Achados anormais de exames de urina, sem diagnóstico
- R83-R89 - Achados anormais de exames e de outros líquidos, substâncias e tecidos do corpo, sem diagnóstico
- R90-R94 - Achados anormais de exames para diagnóstico por imagem e em estudos de função, sem diagnóstico
- R95-R99 - Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade

ANEXO 3 – CID 10: Óbitos por Causas Externas

Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)

- V01-X59 - Acidentes
- X60-X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente
- X85-Y09 - Agressões
- Y10-Y34 - Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada
- Y35-Y36 - Intervenções legais e operações de guerra
- Y40-Y84 - Complicações de assistência médica e cirúrgica
- Y85-Y89 - Seqüelas de causas externas de morbidade e de mortalidade
- Y90-Y98 - Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte

ANEXO 4 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 384.184

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal.

A população do estudo será composta por todos os óbitos registrados no SIM do estado de PE, dos anos 2000 a 2002 e 2008 a 2010, por local de ocorrência.

Os dados serão tabulados pelo programa TabWin versão 3.5, organizados e distribuídos por Região de Saúde, em tabelas criadas no programa Microsoft Office Excel.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência: não está especificado a quem a pesquisadora se dirige para pedir autorização, visto que se trata da utilização de banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de acesso irrestrito e de domínio público, disponível na página da internet do Datasus

A pesquisadora propõe dispensa de TCLE

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL.