

A evolução da mortalidade por causas mal definidas na população idosa em quatro capitais brasileiras, 1996-2007*

Daisy Maria Xavier de Abreu**

Emília Sakurai***

Lorenza Nogueira Campos ****

Este artigo objetiva estudar a evolução da mortalidade por causas mal definidas na população com mais de 60 anos, residente em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, entre 1996 e 2007. Foi analisada a evolução da mortalidade proporcional por causas mal definidas (CMD) no período, a distribuição dessas mortes por grupos etários, segundo códigos do Capítulo XVIII da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, e a posição desse grupo de causas no total de óbitos em idosos. Avaliou-se, também, a razão de chances (IC95%) entre os óbitos por CMD e sua ocorrência em hospitais. A evolução da mortalidade proporcional por CMD nas capitais selecionadas, entre 1996 e 2007, indicou uma participação maior de óbitos por CMD em idosos no Rio de Janeiro, onde essas mortes ocupam a posição mais elevada (4º lugar) na ordenação dos grupos de causas para a população idosa. Nessa capital também o percentual de óbitos por CMD ocorridos em hospitais foi quase o dobro das demais. Conforme esperado, a classificação da causa do óbito como CMD mostrou-se negativamente associada à ocorrência em hospitais. Os resultados evidenciam boa qualidade da informação, mas indicam problemas recorrentes na prestação da atenção médica à população idosa.

Palavras-chave: Idosos. Mortalidade. Causas mal definidas.

Introdução

Viver muito e morrer com dignidade são desejos universais. Nas últimas décadas, se, por um lado, a população brasileira ensaia uma longevidade de países desenvolvidos (CARVALHO; GARCIA, 2003), por outro,

ainda persiste a carência de informação sobre como e do que se morre nas idades avançadas (MATHIAS et al., 2005).

O perfil de mortalidade entre idosos indica predominância de doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasmas, com aumento de causas como as doenças

* Baseado em trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Abep, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008. As autoras agradecem as valiosas sugestões apresentadas durante o Encontro pelo coordenador da Comunicação Oral, Prof. Cássio Turra.

** Doutora em Saúde Pública, socióloga, pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG.

*** Doutora em Bioestatística, estatística, professora Associada do Departamento de Estatística do Instituto de Ciências Exatas da UFMG.

**** Doutora em Saúde Pública, médica epidemiologista do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Eduardo de Menezes, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), pesquisadora do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde, Faculdade de Medicina da UFMG.

endócrinas e do aparelho digestivo (VASCONCELOS, 2004).

A qualidade da informação de óbitos sofre de dois problemas recorrentes: sub-registro das mortes e falhas no preenchimento adequado das Declarações de Óbito (MATHIAS et al., 2005). Esta situação é ainda mais grave para a população idosa (MELLO JORGE et al., 2008).

A proporção de óbitos por causas mal definidas (CMD) é um indicador clássico de qualidade das informações sobre mortalidade, não devendo ultrapassar o limiar de 10% para se considerar boa a qualidade das informações (HARAKI et al., 2005; LAURENTI et al., 2004; SANTO, 2000). Tem sido interpretada também como um indicador do nível de saúde e de desenvolvimento de uma região (LAURENTI et al., 2004).

No Brasil, a porcentagem de óbitos por CMD apresenta variabilidade entre regiões e Estados, mas, de modo geral, é baixa nas capitais (LAURENTI et al., 2004; PAES, 2007). Em estudo que analisou dados de óbitos por causas desconhecidas para a população adulta, em todos os Estados brasileiros, de 1990 a 2000, Paes (2007) adotou classificação dos dados percentuais das mortes por CMD em quatro categorias: boa, se menor que 10%; satisfatória para valores entre 10% e 15%; regular para proporções entre 16% e 30%; e deficiente se superior ou igual a 30%. Em uma avaliação sobre a qualidade dos dados de causas de morte dos países membros da Organização Mundial de Saúde, a proporção de óbitos por CMD foi conjugada à cobertura de registro de óbitos como critérios para as três classes de qualidade da informação: alta, média e baixa (MATHERS et al., 2005).

A proporção de óbitos por CMD tende a ser maior nas idades infantis, especialmente entre um e quatro anos, bem como nas mais avançadas. Na população idosa, isto se deve, particularmente, à dificuldade de identificação do quadro mórbido (MELLO JORGE et al., 2008).

A mortalidade por CMD em idosos, no Brasil, tem sofrido descenso, como foi observado por Lima-Costa e colaboradores (2004), entre 1991 e 2000, para ambos os sexos, e por Mello Jorge e colaboradores

(2008), de 1996 a 2005, com redução de 35%. Outra característica observada em estudos sobre o tema é o fato de que a categoria "óbitos sem assistência médica" foi a mais frequente entre as CMD, sobretudo para os mais velhos (LIMA-COSTA et al., 2004; MELLO JORGE et al., 2008). Há também um diferencial entre os sexos, sendo que as mulheres apresentam maior proporção de óbitos por CMD, o que se explica, em parte, pela sobremortalidade masculina devida às causas externas e pela estrutura etária diferencial da mortalidade, pois as mulheres vivem, em média, mais anos do que os homens (VASCONCELOS, 1996).

Nas capitais das regiões mais desenvolvidas, a proporção de idosos é elevada como resultado da transição demográfica (BRASIL, 2006). Além disso, esperam-se melhor qualidade da assistência e da informação sobre causas de óbito nestas áreas e redução da participação das CMD no total de óbitos. Porém, há poucos trabalhos sobre o perfil recente de mortalidade dos idosos e suas possíveis alterações ao longo da última década e diferenciais geográficos.

Portanto, considerando-se a disponibilidade dos dados de mortalidade em sistemas nacionais de informação e a importância dos óbitos por CMD entre os idosos, este estudo teve como objetivo avaliar a evolução dos óbitos por CMD entre pessoas com mais de 60 anos, de 1996 a 2007, em capitais com maior proporção de idosos das regiões mais desenvolvidas do país: Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte.

Material e métodos

A seleção das capitais brasileiras para o estudo baseou-se no interesse em investigar a evolução dos óbitos de idosos por CMD naquelas metrópoles, que se caracterizam por forte concentração populacional, bens e serviços e, portanto, representam, em grande medida, as tendências de mortalidade por esse grupo de causas no país. Além disso, essas capitais estão localizadas em unidades da federação com níveis de cobertura do SIM superiores a 90% até 2005, parâmetro considerado adequado do

ponto de vista da qualidade da informação, não indicando, portanto, problemas de subenumeração de óbitos (RIPSA, 2008).

A principal fonte de dados utilizada para óbitos e estimativas populacionais foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, para o período de 1996 a 2007. Os óbitos analisados foram aqueles classificados no capítulo XVIII – **Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais**, da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10. Os dados foram processados pelo programa Tabwin 3.2, com programação dos arquivos de conversão e definição para município, sexo, idade e o grupo de causas selecionado.

Para descrever o perfil sociodemográfico das quatro capitais das Regiões Sul e Sudeste selecionadas – Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo –, utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, que constitui um indicador-síntese, desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea) e a Fundação João Pinheiro (FJP). A metodologia de cálculo do IDH envolve a combinação de três dimensões – longevidade, educação e renda – em índices que variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou da região.

Para caracterização da evolução dos óbitos por CMD no período analisado segundo sexo, os principais indicadores utilizados foram: mortalidade proporcional por CMD; distribuição dos óbitos por CMD segundo grupos etários; posição desse grupo de causas no total de óbitos em idosos nas capitais selecionadas; distribuição das mortes por CMD por causa, segundo códigos do Capítulo XVIII da CID-10; e evolução da distribuição dos óbitos por CMD por local de ocorrência de 1996 a 2007.

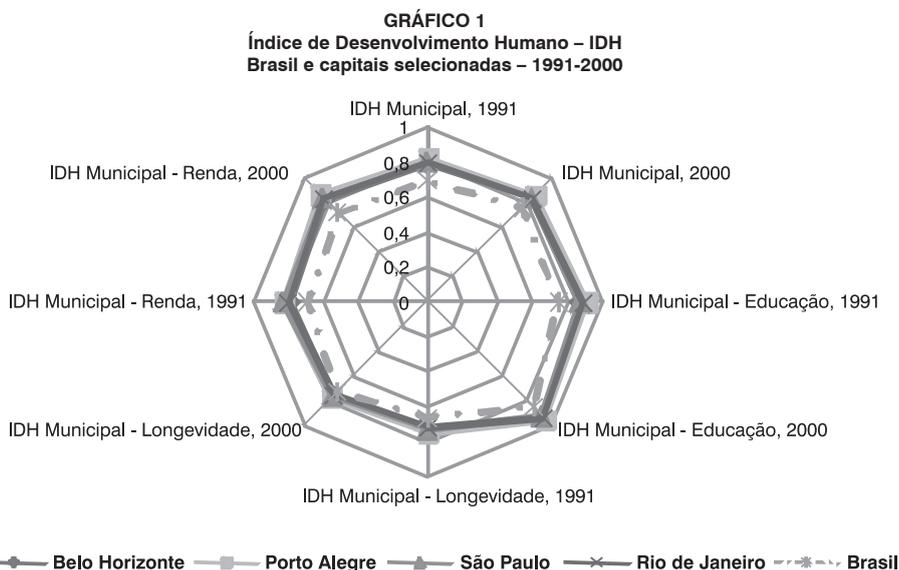
A associação entre a classificação da causa de morte no capítulo CMD e a ocorrência do óbito em hospitais foi avaliada pela razão das chances (*odds ratio*), em cada capital e ano selecionados. Na

situação em estudo, a chance (*odds*) de o óbito ser classificado como CMD entre aqueles que ocorreram em hospitais é dada pelo quociente do número de óbitos classificados como CMD pelo número de óbitos com causa bem definida. Quociente semelhante a esse foi calculado entre os óbitos que ocorreram em outros locais (domicílio, via pública e outros locais). E, à razão entre essas duas chances é que se dá o nome de razão das chances, ou *odds ratio* (OR). Se a classificação do óbito em CMD não estiver associada à ocorrência em hospitais, a OR será igual a 1. Se a classificação em CMD estiver positivamente associada a esses locais, a OR será maior do que 1; em caso contrário, se essa classificação estiver negativamente associada à ocorrência em hospitais, a OR será menor do que 1 (GORDIS, 2009).

Resultados

Localizadas nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, as capitais selecionadas apresentam níveis socioeconômicos mais elevados do que a média nacional. Analisando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observa-se que, desde 1991, todas elas sobressaem para qualquer um dos indicadores em relação ao país. Porto Alegre é a capital com melhores indicadores, embora a diferença entre as capitais não seja expressiva (Gráfico 1).

Em 2007, as quatro capitais das Regiões Sudeste e Sul com maior participação de pessoas com mais de 60 anos, no total da população eram: Rio de Janeiro (14,0%), Porto Alegre (13,5%), Belo Horizonte (10,9%) e São Paulo (10,6%). Em termos de volume populacional, destacam-se, em 2007, São Paulo e Rio de Janeiro, que contavam, juntos, com um contingente de cerca de dois milhões e 48 mil idosos. Observa-se um diferencial entre sexos no percentual de idosos na população de todas as capitais, a favor das mulheres. Entre 1996 e 2007, houve aumento da proporção de pessoas com mais de 60 anos em todas as capitais e para ambos os sexos, sendo que essa variação foi sempre maior para as mulheres (Tabela 1).



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fundação João Pinheiro, 2000.

TABELA 1
Pessoas com 60 anos e mais e participação no total da população, por sexo
Capitais selecionadas – 1996-2007

Capitais	Homens					Mulheres				
	1996		2007		Variação (1)	1996		2007		Variação (1)
	N. abs.	Participação (%)	N. abs.	Participação (%)		N. abs.	Participação (%)	N. abs.	Participação (%)	
Belo Horizonte	68.354	6,9	104.787	9,2	24,8	104.734	9,5	160.100	12,5	23,9
Porto Alegre	53.932	8,9	73.194	10,8	17,4	88.875	13,0	122.727	15,9	18,0
Rio de Janeiro	268.066	10,3	336.639	11,6	11,5	403.729	13,7	531.498	16,2	15,3
São Paulo	351.750	7,4	473.077	9,0	11,5	497.349	9,7	707.553	12,1	19,7

Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informação sobre Mortalidade.

(1) Variação percentual entre 1996 e 2007.

Em números absolutos, os óbitos de idosos ocorridos nas capitais selecionadas variaram de 6.052, em Porto Alegre, a 36.791, em São Paulo, em 1996. Durante o período estudado, observa-se aumento gradual de óbitos na população com mais de 60 anos, devido ao crescimento do número de idosos no conjunto da população. Os óbitos

por CMD seguem essa tendência, sendo que, em 2007, o menor número ocorreu em Porto Alegre (101) e o maior no Rio de Janeiro (2.961).

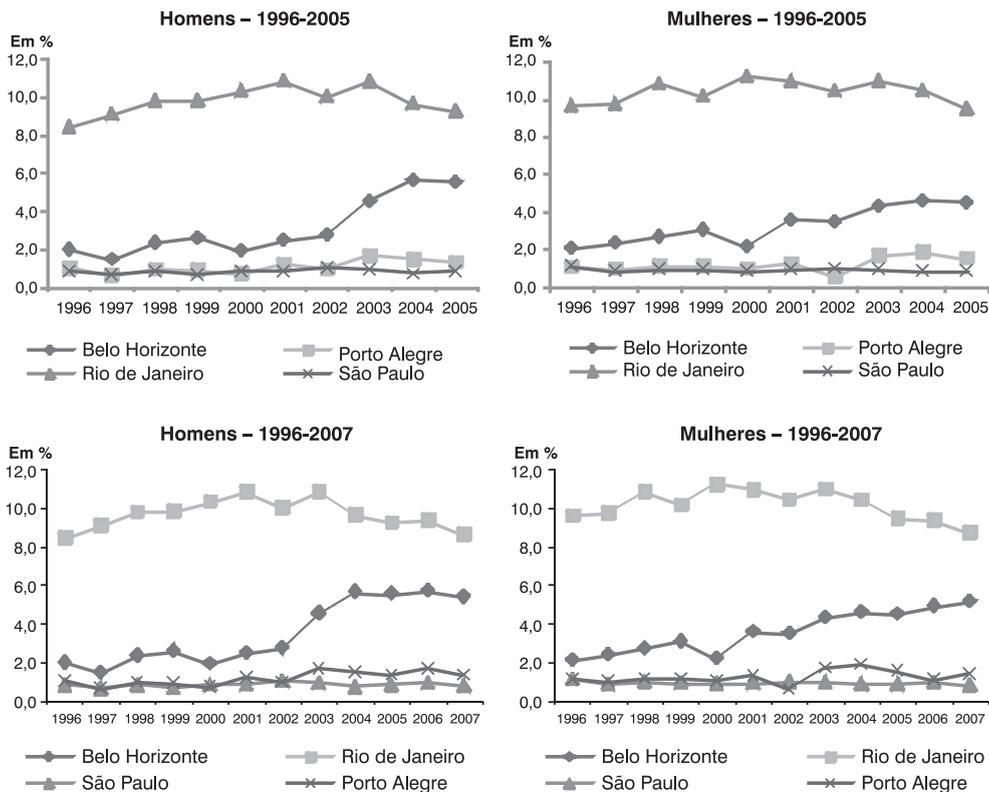
A evolução da mortalidade proporcional por CMD nas capitais selecionadas, entre 1996 e 2007, indicou participação maior de óbitos em idosos por CMD no Rio de

Janeiro (8,6% em 2007), que apresenta a maior proporção de idosos. Nas demais capitais, a mortalidade proporcional por CMD encontra-se em níveis bem mais baixos. Ressalta-se que, em Belo Horizonte, houve aumento nessa participação. Em Porto Alegre e São Paulo, verifica-se uma estabilidade dos percentuais, que se encontram em níveis mais baixos em relação às outras duas capitais estudadas (Gráfico 2).

Os óbitos por CMD estão mais concentrados nas idades mais avançadas (acima de 80 anos), particularmente para as mulheres, nas capitais selecionadas. Entretanto, observa-se certa descontinuidade desse padrão, ao se compararem os anos de 1996 e 2007 (Tabela 2).

Entre as capitais estudadas, é no Rio de Janeiro que os óbitos por CMD ocupam a posição mais elevada (4º lugar) na ordenação dos grupos de causas para a população idosa masculina e feminina, situação que não se alterou entre 1996 e 2007. Em Belo Horizonte, as CMD passaram da 8ª posição, em 1996, para a 4ª e 5ª posições, em 2007, para homens e mulheres, respectivamente. Em Porto Alegre, as CMD representavam o 10º lugar para ambos os sexos, em 1996, e, em São Paulo, a 10ª posição, para homens, e a 9ª, para mulheres. Embora em Porto Alegre as CMD se mantivessem entre as dez primeiras causas de óbito, em 2007, em São Paulo perderam importância, passando a ocupar a 11ª posição (Tabela 3).

GRÁFICO 2
Proporção de óbitos de pessoas com mais de 60 anos por causas mal definidas, segundo sexo
Capitais selecionadas – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade.

TABELA 2
Distribuição dos óbitos de pessoas com mais de 60 anos por causas mal definidas, por grupos de idade, segundo sexo
Capitais selecionadas – 1996-2007

Capitais selecionadas	60-64 anos		65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		80 anos e mais		Total
	N. abs.	%	N. abs.	%	N. abs.						
Homens											
1996											
Belo Horizonte	10	15,2	16	24,2	8	12,1	8	12,1	24	36,4	66
Porto Alegre	6	20,0	8	26,7	3	10,0	3	10,0	10	33,3	30
Rio de Janeiro	253	20,3	311	24,9	245	19,6	157	12,6	281	22,5	1.247
São Paulo	33	21,0	39	24,8	21	13,4	16	10,2	48	30,6	157
2007											
Belo Horizonte	36	16,7	46	21,3	42	19,4	38	17,6	54	25,0	216
Porto Alegre	14	31,1	8	17,8	9	20,0	6	13,3	8	17,8	45
Rio de Janeiro	212	15,6	251	18,5	247	18,2	246	18,2	399	29,4	1.355
São Paulo	29	17,7	37	22,6	20	12,2	29	17,7	49	29,9	164
Mulheres											
1996											
Belo Horizonte	4	5,3	12	15,8	14	18,4	7	9,2	39	51,3	76
Porto Alegre	3	8,3	1	2,8	2	5,6	2	5,6	28	77,8	36
Rio de Janeiro	210	13,2	276	17,4	241	15,2	250	15,7	611	38,5	1.588
São Paulo	16	7,6	13	6,2	13	6,2	25	11,8	144	68,2	211
2007											
Belo Horizonte	31	13,3	38	16,3	31	13,3	38	16,3	95	40,8	233
Porto Alegre	8	14,3	10	17,9	8	14,3	6	10,7	24	42,9	56
Rio de Janeiro	142	8,8	181	11,3	230	14,3	267	16,6	786	48,9	1.606
São Paulo	14	7,7	14	7,7	20	10,9	21	11,5	114	62,3	183

Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade.

A distribuição das mortes por CMD por subcategoria, segundo códigos do Capítulo XVIII da CID-10, indica que os óbitos classificados como “sem assistência médica”, além de serem muito pouco representativos no total de óbitos por CMD, reduziram-se para todas as capitais, entre 1996 e 2007, com exceção de Belo Horizonte, que apresentou variação positiva para os homens, embora o número de óbitos seja reduzido (Tabela 4).

Em relação ao local de ocorrência dos óbitos por CMD, observa-se que, no Rio de Janeiro, o percentual de óbitos por esse

grupo de causas ocorrido em hospital, em 2007, foi quase o dobro das demais capitais, tanto para homens (71,3%) como para mulheres (69,4%). Esse resultado foi praticamente constante no período analisado. Com pequenas variações ao longo do período estudado, o domicílio foi o local mais frequente de óbito por CMD para homens e mulheres em Porto Alegre. Em São Paulo, a distribuição entre óbitos ocorridos em hospitais e em domicílio se equivale durante todo o período para os idosos de ambos os sexos. Já em Belo Horizonte, observa-se alternância da posição dos

TABELA 3
Proporção dos óbitos de pessoas com mais de 60 anos, por sexo, segundo principais causas de morte
Capitais selecionadas – 1996-2007

	Belo Horizonte			Porto Alegre			Rio de Janeiro			São Paulo			
	1996	2007	%	1996	2007	%	1996	2007	%	1996	2007	%	
HOMENS													
1º Ap. circulatório	44,3	Ap. circulatório	33,0	Ap. circulatório	39,5	Ap. circulatório	36,3	Ap. circulatório	38,3	Ap. circulatório	33,2	Ap. circulatório	44,3
2º Neoplasias	18,6	Neoplasias	22,5	Neoplasias	23,9	Neoplasias	26,8	Neoplasias	17,6	Neoplasias	19,3	Neoplasias	19,6
3º Ap. respiratório	15,8	Ap. respiratório	13,3	Ap. respiratório	17,4	Ap. respiratório	12,1	Ap. respiratório	14,5	Ap. respiratório	13,5	Ap. respiratório	15,7
4º Ap. digestivo	5,2	Mal definidas	5,4	Ap. digestivo	5,9	Endócrinas	5,6	Mal definidas	8,4	Mal definidas	8,6	Ap. digestivo	5,5
5º Endócrinas	3,8	Ap. digestivo	5,0	Endócrinas	4,1	Ap. digestivo	4,9	Endócrinas	5,6	Endócrinas	6,6	Endócrinas	4,1
6º Causas externas	3,3	Causas externas	4,9	Causas externas	2,7	Sist.nervoso	4,8	Ap. digestivo	4,5	Ap. digestivo	4,5	Causas externas	3,4
7º Infecções	3,2	Endócrinas	4,5	Infecções	1,9	Causas externas	3,1	Causas externas	4,2	Causas externas	4,0	Infecções	2,5
8º Mal definidas	2,0	Infecções	3,5	Ap. geniturinário	1,5	Infecções	2,7	Infecções	3,1	Infecções	3,7	Ap. geniturinário	2,0
9º Ap. geniturinário	1,4	Sist.nervoso	3,2	Sist. nervoso	1,3	Ap. geniturinário	1,6	Ap. geniturinário	2,0	Ap. geniturinário	2,8	Sist.nervoso	0,9
10º Sist. nervoso	1,3	Ap. geniturinário	2,3	Mal definidas	1,1	Mal definidas	1,4	Sist.nervoso	0,9	Sist.nervoso	1,8	Mal definidas	0,9
MULHERES													
1º Ap. circulatório	44,4	Ap. circulatório	35,82	Ap. circulatório	43,9	Ap. circulatório	39,7	Ap. circulatório	41,2	Ap. circulatório	33,8	Ap. circulatório	48,0
2º Neoplasias	16,8	Neoplasias	18,6	Neoplasias	20,4	Neoplasias	22,4	Neoplasias	14,1	Neoplasias	16,1	Neoplasias	16,9
3º Ap. respiratório	15,2	Ap. respiratório	13,22	Ap. respiratório	15,9	Ap. respiratório	10,4	Ap. respiratório	14,0	Ap. respiratório	13,3	Ap. respiratório	14,7
4º Endócrinas	5,8	Endócrinas	6,0	Endócrinas	6,1	Sist. nervoso	7,6	Mal definidas	9,6	Mal definidas	8,7	Endócrinas	6,7
5º Ap. digestivo	3,9	Mal definidas	5,2	Ap. digestivo	4,6	Endócrinas	6,8	Endócrinas	8,0	Endócrinas	8,4	Ap. digestivo	4,5
6º Infecções	3,6	Sist.nervoso	4,4	Causas externas	2,2	Ap. digestivo	4,0	Ap. digestivo	3,4	Infecções	6,0	Ap. geniturinário	2,1
7º Causas externas	3,4	Ap. digestivo	3,9	Sist. nervoso	2,0	Causas externas	2,6	Causas externas	2,9	Ap. digestivo	7,0	Infecções	2,0
8º Mal definidas	2,1	Infecções	3,8	Infecções	1,4	Infecções	2,3	Infecções	2,7	Causas externas	3,51	Causas externas	1,8
9º Ap. geniturinário	1,9	Causas externas	3,3	Ap. geniturinário	1,1	Ap. geniturinário	1,5	Ap. geniturinário	1,9	Ap. geniturinário	2,94	Mal definidas	1,2
10º Sist. nervoso	1,2	Ap. geniturinário	2,9	Mal definidas	1,1	Mal definidas	1,4	Sist. nervoso	1,0	Sist.nervoso	2,81	Sist.nervoso	0,9
													0,9
													0,9

Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

óbitos por CMD no domicílio e no hospital, sendo que nos últimos anos aumenta a proporção daqueles ocorridos nas residências (Gráfico 3). Ressalta-se que a proporção de óbitos por CMD ocorridos em via pública ou em outros locais foi pequena em qualquer ano do período analisado.

A classificação da causa do óbito como CMD mostrou-se negativamente associada à ocorrência em hospital, conforme

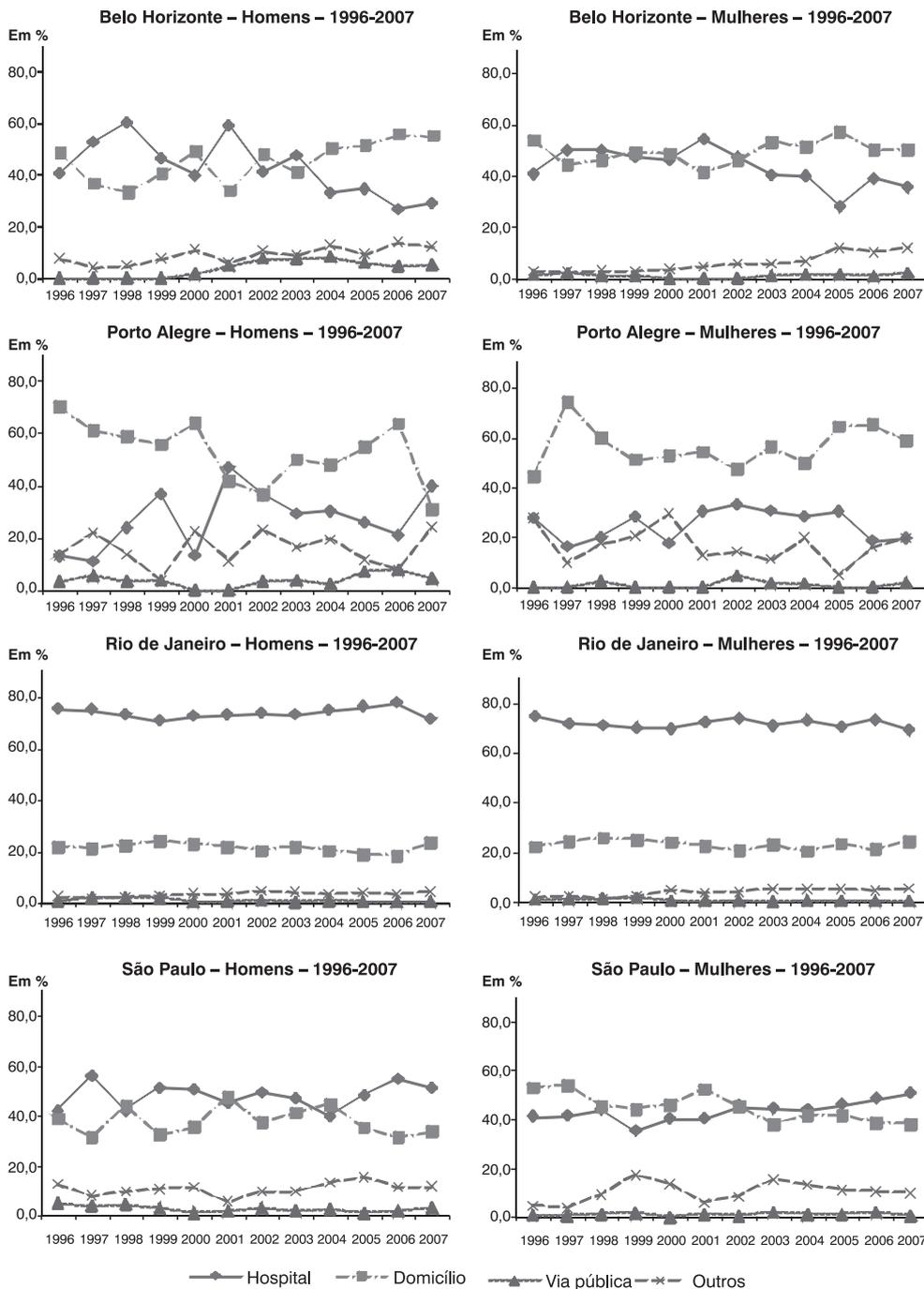
mostram os valores das OR apresentados no Gráfico 4. As OR variaram de 0,04, em Porto Alegre, a 0,79, no Rio de Janeiro, no período estudado, não se observando diferencial segundo sexo. Nota-se que as OR referentes ao Rio de Janeiro são elevadas em relação às outras capitais analisadas e mais próximas de 1, indicando fraca associação entre os dois fatores nos dados dessa capital.

TABELA 4
Óbitos de pessoas com mais de 60 anos por causas mal definidas detalhadas, segundo sexo
Capitais selecionadas – 1996-2007

Capital	Sexo	Ano	Mortes sem assistência	Outras causas mal definidas	Total
Belo Horizonte	Homens	1996	7	59	66
		2007	9	207	216
		Variação (%)	28,6	250,8	213,6
	Mulheres	1996	5	71	76
		2007	5	228	233
		Variação (%)	0,0	221,1	206,6
Porto Alegre	Homens	1996	2	28	30
		2007	2	43	45
		Variação (%)	0,0	53,6	50,0
	Mulheres	1996	3	33	36
		2007	1	55	56
		Variação (%)	-66,7	66,7	55,6
Rio de Janeiro	Homens	1996	1	1.246	1.247
		2007	0	1.355	1.355
		Variação (%)	-100,0	8,7	8,7
	Mulheres	1996	4	1.584	1.588
		2007	1	1.605	1.606
		Variação (%)	-75,0	1,3	1,1
São Paulo	Homens	1996	13	144	157
		2007	11	153	164
		Variação (%)	-15,4	6,3	4,5
	Mulheres	1996	7	204	211
		2007	5	178	183
		Variação (%)	-28,6	-12,7	-13,3

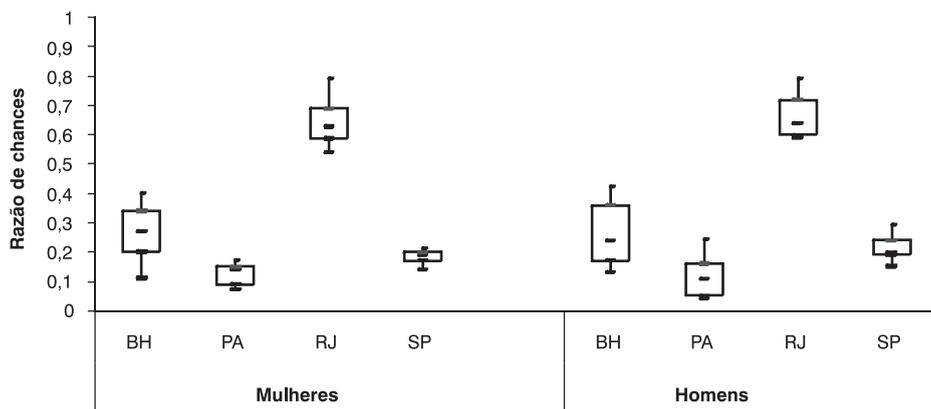
Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade.

GRÁFICO 3
Distribuição dos óbitos de pessoas com mais de 60 anos por causas mal definidas, por sexo,
segundo local de ocorrência
Capitais selecionadas – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade.

GRÁFICO 4
Razão de chances de classificação em CMD entre os óbitos em idosos ocorridos em hospital e outros locais, segundo sexo
Capitais selecionadas – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde; Datasus; Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Discussão

A proporção de óbitos por CMD em idosos nas capitais analisadas encontra-se em níveis baixos, de acordo com o parâmetro preconizado, sendo que Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo apresentaram níveis bem inferiores em comparação com Rio de Janeiro. Na classificação da qualidade dos dados de mortalidade de Mathers et al. (2005), o Brasil encontra-se no bloco de 55 países com qualidade média. Usando-se o mesmo critério, restrito ao grupo etário em foco, as capitais Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo seriam classificadas como de alta qualidade, diferentemente do Rio de Janeiro, que permaneceria na categoria média.

A tendência no período de 1996 a 2007 foi de estabilização dos níveis em Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo. Entretanto, em Belo Horizonte, observa-se tendência de aumento da mortalidade proporcional por CMD a partir de 2000, sendo que a proporção variou de cerca de 2% a 5%, tanto para homens quanto para mulheres.

Mathias et al. (2005) observaram, para o município de Maringá (PR), uma redução de 5,7% da participação das CMD no total de óbitos entre os triênios 1979-1981 e 1996-1998. Vasconcelos (2004) também indicou

esta tendência no Brasil, em 1985, 1991, 1996 e 2001, para a população idosa masculina e feminina, destacando o aumento do gradiente da mortalidade proporcional à medida que as idades avançam.

Entretanto, no presente estudo, verificou-se uma oscilação nas proporções de óbitos por CMD entre as faixas etárias da população idosa. Esse resultado pode ter ocorrido por erros na declaração da idade, visto que Gomes e Turra (2009) apontam para as implicações desses erros de declaração na estimação da população centenária no Brasil.

É importante salientar que o Rio de Janeiro foi a capital que registrou as proporções mais elevadas e próximas do limite definido como de boa qualidade de informação. Em termos relativos, elas representaram mais do que o dobro das observadas nas demais capitais. Além disso, em números absolutos, a diferença é superior a seis vezes em relação a Belo Horizonte, que foi a capital que apresentou tendência de aumento do número de mortes por CMD, no período analisado.

Resultados semelhantes foram relatados por Oliveira et al. (2005) sobre a mortalidade por doença isquêmica do coração e por CMD, nos Estados do Rio de Janeiro,

São Paulo e Rio Grande do Sul. Possivelmente, esta disparidade está relacionada ao deslocamento do registro de causas não especificadas no interior de grupos de causas (por exemplo, causas externas e doenças do aparelho circulatório) para o capítulo das CMD. No caso específico do Rio de Janeiro, esses autores indicam que normas estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde podem ter contribuído para o aumento da proporção dos óbitos por CMD. Essas medidas determinam a codificação como causa indeterminada quando se esgotarem as possibilidades de especificar a causa básica de morte e não houver evidências de violência.

Por outro lado, Carneiro e Silva (2004) comentam que o declínio das mortes por doenças do aparelho circulatório, na cidade do Rio de Janeiro, poderia indicar melhoria do quadro de saúde da população idosa, caso não tivesse sido observada uma associação com crescimento das CMD. Esse pode ser indício de uma precarização da assistência médica prestada e de negligência com esse grupo etário.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos por CMD, o padrão esperado é o observado em Porto Alegre, onde, ao longo do período analisado, cerca de 50% dos óbitos por CMD ocorreram no domicílio. Por esta razão, há que se buscarem outras explicações para a chance aumentada de classificação do óbito como CMD entre aqueles idosos que faleceram em hospitais no Rio de Janeiro, em comparação com as outras capitais. A irregularidade e o caráter episódico da assistência podem explicar em parte a escassez e a imprecisão da informação sobre a causa do óbito. Esses resultados são consistentes com a tendência apresentada no relatório de trabalho da Prefeitura do Rio de Janeiro, que aponta como uma das explicações a dificuldade de se avaliar e classificar corretamente o estado debilitado das pessoas com 45 anos ou mais que acorrem aos serviços de emergência (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1999).

Neste caso, a garantia de qualidade da informação e da assistência para a população de idosos vai depender da melhoria da

atenção à saúde, de modo a atender integralmente as demandas desse grupo etário.

Conforme salienta Santo (2008), a redução da proporção das CMD deve ser uma das principais prioridades para a melhoria da qualidade das estatísticas vitais no país. Para a população idosa, tal aprimoramento possibilitará obter um quadro mais próximo da realidade da sua mortalidade (MELLO JORGE et al., 2008), particularmente quando essa situação atinge idosos jovens (60, 65 e 70 anos), como foi observado nas capitais analisadas.

É salutar que esforços voltados para a investigação sobre os óbitos classificados como CMD – em todas as idades – sejam envidados. A implantação de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), aliada à necropsia realizada pelo Instituto de Medicina Legal (IML), pode ser uma estratégia adequada para redução dos óbitos por CMD. Em estudo realizado sobre a influência da realização da necropsia na proporção de óbitos por CMD, no Estado de São Paulo, foi constatado que esse procedimento esclareceu aproximadamente 93% dos óbitos por CMD nas áreas com SVO (ROZMAN; ELUF-NETO, 2006).

Finalmente, a grande variação entre os níveis da mortalidade por CMD nos idosos das quatro capitais selecionadas reforça a necessidade de se aprofundar o estudo sobre os seus diferenciais e identificar possíveis ações preventivas. Resta como motivo de grande preocupação o perfil observado na cidade do Rio de Janeiro, onde todos os valores – proporção de idosos na população, mortalidade proporcional por CMD, participação das CMD – estão muito acima dos valores das outras capitais. Além disso, a tendência observada de aumento da mortalidade proporcional por CMD em Belo Horizonte deve ser também tratada com atenção. Tais resultados repercutem na caracterização do perfil epidemiológico e, conseqüentemente, na definição das prioridades em saúde.

Todas essas considerações destacam a importância de informações de saúde confiáveis e o contínuo aprimoramento dos sistemas de informação em saúde como elementos basilares para se cumprir o desejo de morrer com dignidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARNEIRO, A.; SILVA, R. I. Tendência da mortalidade em idosos na cidade do Rio de Janeiro – 1979 a 2003. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, 2004. **Anais...** Belo Horizonte: Abep, 2004.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

GOMES, M. M. F.; TURRA, C. M. The number of centenarians in Brazil: indirect estimates based on death certificates. **Demographic Research**, v. 20, article 20: 495-502, 2009.

GORDIS, L. **Epidemiology**. Fourth edition. Philadelphia: Elsevier, 2009.

HARAKI, C. A. C.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.1, p.19-24, 2005.

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 e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 909-920, 2004.

LIMA-COSTA, M. F. F.; PEIXOTO, S. W.; GIATTI, L. Tendências de mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4: 217-228, 2004.

MATHERS, C. D.; FAT, D. M.; INOUE, M.; RAO, C.; LOPEZ, A. D. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. **Bull World Health Organ**, 83(3): 171-179, 2005.

MATHIAS, T. A. F.; MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; AIDAR, T. Considerações

sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residente no município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de 1970 a 1998. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.3, p. 159-169, 2005.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M. F. F.; GOTLIEB, S. L. D.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, p. 271-281, 2008.

OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H.; SOUZA E SILVA, N. A. Efeitos de idade, geração e período na mortalidade por doenças isquêmicas do coração e por causas mal definidas nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul nos anos de 1980, 1990 e 2000 – Brasil. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.101-112, 2005.

PAES, N. A. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p.436-45, 2007.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Mortalidade por causas mal definidas no município do Rio de Janeiro, 1997-1998**. Relatório de trabalho. 1999. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsmms/media/numeros_dados_sim_relatorios_maldef.pdf>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 19 maio 2009.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008.

ROZMÁN, M. A.; ELUF-NETO, J. Necropsia e mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo. **Rev. Panam. Salud Pública**, 20(5): 307-13, 2006.

SANTO, A. H. Equivalência entre revisões da Classificação Internacional de Doenças: causas de morte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p. 21-8, 2000.

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

VASCONCELOS, A. M. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. In: ENCONTRO

NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, Caxambu, 1996. **Anais...** Belo Horizonte: Abep, 1996.

_____. Causas de morte em idoso no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, 2004. **Anais...** Belo Horizonte: Abep, 2004.

Resumen

La evolución de la mortalidad por causas mal definidas en la población anciana de cuatro capitales brasileñas, 1996-2007

Este artículo se centra en estudiar la evolución de la mortalidad por causas mal definidas en la población con más de 60 años, residente en Belo Horizonte, Río de Janeiro, São Paulo y Porto Alegre, entre 1996 y 2007. Se analizó la evolución de la mortalidad proporcional por causas mal definidas (CMD) durante el período, la distribución de esas muertes por grupos de edad, según códigos del Capítulo XVIII de la Clasificación Internacional de Enfermedades – CID-10, y la posición de ese grupo de causas en el total de óbitos en ancianos. Se evaluó, también, la razón de oportunidades (IC95%) entre los óbitos por CMD y su ocurrencia en hospitales. La evolución de la mortalidad proporcional por CMD en las capitales seleccionadas, entre 1996 y 2007, indicó una existencia mayor de óbitos por CMD en ancianos en Río de Janeiro, donde esas muertes ocupan la posición más alta (4º lugar) en la ordenación de los grupos de causas para la población anciana. En esa capital, también el porcentaje de óbitos por CMD ocurridos en hospitales fue casi el doble que en las demás. Conforme lo esperado, la clasificación de la causa de óbito como CMD se mostró negativamente asociada a la ocurrencia en hospitales. Los resultados evidencian buena calidad de la información, pero indican problemas recurrentes en la prestación de la atención médica a la población anciana.

Palabras-clave: Ancianos. Mortalidad. Causas mal definidas.

Abstract

The evolution of mortality from ill-defined causes among the elderly population in four major Brazilian cities, 1996-2007

The objective of this article is to study the evolution of mortality from ill-defined causes in the population over age 60 in the Brazilian cities of Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo and Porto Alegre between 1996 and 2007. The evolution of the proportion of deaths due to ill-defined causes during this period was analyzed, as well as the distribution of these deaths by age group, according to the codes in Chapter XVIII of the International Disease Classification (IDC-10) and the position of this group of causes in the total number of deaths of elderly persons. The chance ratio (95%) for ill-defined causes and their occurrence in hospitals was also evaluated. The evolution of the proportion of deaths from ill-defined causes between 1996 and 2007 in the cities mentioned indicated that the highest proportion of deaths from ill-defined causes in the elderly was in Rio de Janeiro, where such deaths are in 4th place among all causes for this age group. In addition, the percentage of deaths from ill-defined causes that occurred in hospitals in Rio de Janeiro was almost twice as high as that in the other cities. As expected, the classification of cause of death as ill-defined was negatively associated with deaths that occurred

in hospitals. The findings show good quality of information but indicate frequent problems in providing medical attention to the elderly population.

Keywords: The elderly. Mortality. Ill-defined causes.

Recebido para publicação em 08/07/2009

Aceito para publicação em 26/11/2009