

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EVALDO HILARIO VIEIRA

**A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO
NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EVALDO HILARIO VIEIRA

**A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO
NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Bruna Pedroso Canever

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO NAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA** de autoria do aluno **EVALDO HILARIO VIEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. Dda. Orientadora: Bruna Pedroso Canever
Orientadora de Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

"O ser humano é o mais complexo, o mais variado e o mais inesperado dentre todos os seres do universo conhecido. Relacionar-se com ele, lidar com ele, haver-se com ele é, por isso, a mais emocionante das aventuras"
(José Ângelo Gaiarsa).

Dedico esse trabalho aos meus familiares e em especial à Luciane e meus filhos Luis Octavio e Miguel que têm me mostrado como é bom ser pai e o prazer de constituir uma família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de realização deste trabalho e em especial a minha orientadora Bruna Pedroso Canever que não mediu esforços para que eu o concluísse.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO	03
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
4 JUSTIFICATIVA.....	13
5 MÉTODO.....	16
6 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
8 REFERÊNCIAS	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Mortalidade proporcional, segundo o grupo de causa (CID.10).....	06
--	-----------

RESUMO

O mau preenchimento das declarações de óbito preenchidas pelo profissional médico das unidades de saúde do município de Boa Vista, tem ocasionado nos dados do Sistema de Informação em mortalidade-SIM, um falso registro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que na maioria das vezes ficam mascaradas no sistema. O objetivo deste trabalho é contribuir na qualificação das informações registradas na declaração de óbito através de conscientização dos profissionais médicos utilizando recursos áudio-visual, folder e outros meios que provoquem sensibilização ao profissional na perspectiva de propiciar estratégias na promoção em saúde através da mudança do padrão de mortalidade e o impacto nos diferentes grupos da população.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Município de Boa Vista, dentre elas: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas são muitas vezes mascaradas devido ao mal preenchimento das declarações de óbito preenchidas pelos profissionais médicos. A redução dos óbitos com causa mal definida tem sido um desafio para a secretaria de saúde do município de Boa Vista.

O Ministério da Saúde inseriu no Plano Plurianual 2004-2008 o Programa “Redução do percentual de óbitos com causa mal definida” no intuito de melhorar a qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A meta estabelecida para esse período foi a redução do percentual na Região Norte (21,2 %) e na Região Nordeste (25,9%) para menos de 10%. Foram priorizados, nesse programa, todos os estados da Região Nordeste e os três estados da Região Norte, que apresentavam os percentuais mais altos de óbitos com causa mal definida.

No Brasil, segundo os dados de 2003, estima-se que na Região Nordeste ocorreu 81% do total dos óbitos não declarados e 65% do total dos óbitos declarados sem a causa da morte. Isso significa que 47% dos óbitos foram declarados sem a definição da causa da morte na região que concentra 25% do total da população do país. Estima-se também que na Região Norte ocorreu 14% do total dos óbitos não declarados e 11% do total dos óbitos declarados sem a causa da morte. Isso significa que 41% dos óbitos foram notificados sem a definição da causa da morte na região que concentra 5% do total da população do País. Ou seja, 95% dos óbitos não declarados ocorreram nas regiões Norte e Nordeste e que 76% do total dos óbitos notificados sem a causa da morte no País ocorreram nessas regiões.

Esse percentual tão alto impede o uso da informação sobre a causa da morte para determinar sua contribuição na mudança do padrão de mortalidade e o impacto nos diferentes grupos da população.

Daí vem o questionamento: dos óbitos ocorridos em Boa Vista, o registro da morte foi capturado pelo SIM, mas a enfermidade que o acometeu, foi registrada pelo médico? Como construir um plano de ação e estratégia de promoção em saúde se não conhecemos a causa da

morte, ou não se sabe se ocorreram com pessoas do mesmo grupo étnico ou nível de escolaridade ou mesmo se receberam assistência médica no período anterior ao óbito?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover ações de educação permanente direcionada ao profissional médico com ênfase na importância do preenchimento correto da declaração de óbito.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Melhorar a informação registrada pelo profissional médico nas certidões de óbito do município de Boa Vista-RR

Reduzir o número de declarações de óbito com causas mal definidas

Qualificar a informação ações registrada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) principalmente dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, visando aumentar os projetos de intervenção à saúde da população.

Melhorar o acesso e a qualidade da informação em saúde em todos os níveis de atenção.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Essa fundamentação teórica será composta pela construção de conceitos, dados epidemiológicos e outros estudos relacionados com o tema proposto.

3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Roraima é o estado brasileiro que forma junto com a Venezuela e Guiana, a tríplice fronteira. Na cidade de Boa Vista, a capital do estado, é onde ocorrem o maior número de nascimentos e óbitos.

Boa Vista possui densidade demográfica de 49,99 hab/km² (Censo 2010, IBGE). Seu planejamento urbano iniciou no centro cívico e ocorreu em meados dos anos de 1940. Desde então, a cidade vem crescendo desordenadamente em sua periferia, saltando de 138.687 habitantes em 1991 (PNUD, s/d) para 284.313 habitantes em 2010 (Censo 2010, IBGE), distribuídos entre suas zonas urbana e rural, com predominância da população urbana.

Com a urbanização rápida e intensa as consequências foram: multiplicação dos bairros periféricos sem as mínimas condições de habitação, ocupação desenfreada das áreas de proteção permanente (APP), aumento da demanda por serviços públicos como escolas, postos de saúde, hospitais, transportes, entre outros, e o aumento significativo dos índices de desemprego e informalidade.

Atualmente a população de Boa Vista está estimada em 308.996 habitantes (IBGE/2013). A análise do processo demográfico, sob os seus aspectos de evolução, distribuição espacial e de composição etária, visa, conhecer e explicitar os principais fatores responsáveis pelas atuais características populacionais do Município.

O município conta com crescimento de 41,7% no período intercensitário de 2000/2010 com um incremento médio de 3,55% na taxa de crescimento ao ano e tem proporcionalmente, a maior concentração da população residente na capital, entre as unidades Federadas, com mais de 63,14% da população do Estado. Em 2000 essa proporção era de 61,8%.

As alterações ocorridas ao longo desta década têm impacto direto sobre a composição da estrutura etária da população. As pirâmides etárias, a seguir, ilustram essas mudanças. Em 2000 a base da pirâmide, mais alargada, era decorrente da alta taxa de natalidade (30,6%) e de mortalidade (4,5/1000hab), enquanto em 2010 há um encurtamento dessa base, provocada pela redução da taxa de natalidade (22%) e redução da mortalidade 3,7/1000hab.

3.1.1 Mortalidade Geral

A mortalidade no Brasil não apresentou na última década mudança importante no perfil da mortalidade geral. O mesmo se pode dizer, que no estado de Roraima e em especial, a Capital Boa Vista, também não foi notado mudanças significativas no perfil da mortalidade, embora tenha ocorrido mudança na estrutura etária da população. As principais causas de óbitos em 2012 (Tabela 4), ainda se concentram naquelas relacionadas às doenças do aparelho circulatório (21,4%), causas externas (21,1%) e neoplasias (15,4%). Cerca de seis em cada 10 óbitos registrados com residência em Boa Vista são referidos a uma dessas causas. A permanência desse quadro demonstra, em parte, deficiência na execução de ações em todos os seguimentos de atenção à saúde, em especial naquele onde são desenvolvidas as ações de atenção primária a saúde, tais como: ações de promoção e prevenção.

Tabela 1-Mortalidade proporcional, segundo o grupo de causa (CID.10), Boa Vista, 2012

Causa de óbito (Cap CID10)	Total	%	% Acum.
IX. Doenças do aparelho circulatório	240	21,4	21,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	236	21,1	42,5
II. Neoplasias (tumores)	172	15,4	57,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	102	9,1	67,0
X. Doenças do aparelho respiratório	100	8,9	75,9
XVIII. Sintomas sinais e achados normais excluí laborat	61	5,4	81,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	50	4,5	85,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47	4,2	90,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	38	3,4	93,4
VI. Doenças do sistema nervoso	27	2,4	95,8
XVII. Malformações e anomalias cromossômicas	13	1,2	97,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	1,1	98,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	9	0,8	98,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	6	0,5	99,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,4	99,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0,1	99,9
XV. Gravidez parto e puerpério	1	0,1	100,0
Total	1120	100	

Fonte: SVS/SIM/SMSA/BV, 2012.

3.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Nesse contexto, estão incluídas as ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2007).

As ações de Vigilância em Saúde têm amplo espectro de ações, e abrange as ações e serviços operacionalizados por seus componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, e de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2007).

A função básica da Superintendência de Vigilância em Saúde é coordenar e gerenciar as políticas públicas de saúde delegadas pelo Ministério da Saúde, e aquelas pactuadas no âmbito regional.

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Notificação (SINAN/SMSA/BV), as doenças e agravos mais prevalentes no ano de 2012 foram: Dengue, hepatites virais, atendimento antirrábico, varicela, acidente de trabalho grave, e síndrome do corrimento cervical em mulheres. Estas doenças e agravos somados concentraram a maior proporção (77%) de notificação de casos no ano de 2012.

Para as doenças imunopreveníveis é fundamental que a Gestão continue envidando esforços no sentido melhorar os indicadores de cobertura vacinal adequados, para que possamos alcançar os resultados esperados no controle e/ou redução das doenças. A homogeneidade na cobertura com as vacinas constantes nos calendários de vacinação deve ser perseguida pela gestão como uma prioridade.

Quanto às doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, será objeto de atenção especial: a AIDS, a malária, a dengue, a tuberculose, influenza e síndrome respiratória aguda grave e as doenças negligenciadas como a hanseníase, tracoma, geohelmintíases. Ainda daremos continuidade à Política de Redução de

Danos, priorizando os portadores de HIV e de hepatites virais em usuários de drogas (BRASIL, 2007).

Por outro lado, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), como o câncer, inclusive o de pele, as doenças cardiovasculares, os acidentes e violências, requerem o fortalecimento de medidas de intervenção com foco na prevenção dos fatores de risco, tais como: tabagismo, a alimentação inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade, consumo abusivo de álcool e acidentes de trânsito. Para este último, se faz urgente a execução do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (SVS Boa Vista, 2011).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco e de proteção exigirão, ainda no contexto da Atenção Primária, a organização do processo de trabalho e de estruturação social. Na redução do sedentarismo, por exemplo, deverão ser analisadas as condições que facilitam ou não a adoção de um modo de viver mais ou menos ativo, e não exclusivamente a decisão individual de envolvimento em práticas corporais (SVS Boa Vista, 2011).

Isso significará a existência de áreas públicas adequadas e seguras, a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de deslocamento a pé e/ou em bicicletas, a disponibilidade de banheiros e bebedouros, investimento em segurança pública, iluminação, entre outros aspectos.

Nesse sentido as ações intersetoriais são fundamentais para implementação das ações que impactem na redução dos riscos. O Projeto Academia da Saúde fortalecerá o caráter de integração intrasetorial e intersetorial, pois é necessário a união de esforços relativos a saúde, educação e lazer.

A Política de Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estabelecendo a magnitude desses agravos, a partir da notificação, para posterior execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância, visando à atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011). A grande ação prioritária para fortalecimento da Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST, no município será a implementação das ações do Centro Regional de Saúde do Trabalhador- CEREST.

A redução da mortalidade materna, infantil e fetal é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade civil como um todo, e em Boa Vista não é diferente, para o enfrentamento desta realidade, buscando a redução desses índices, será priorizado a Vigilância do Óbito, buscando intensificar a notificação e investigação, assim como melhorar a informação sobre os óbitos maternos, infantil e fetal; identificar a magnitude destas mortes, suas causas, fatores que as determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Além de fomentar o fortalecimento do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, a fim de fortalecer o controle social no SUS.

Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços será baseada no fortalecimento das ações de regulação sanitária de produtos e serviços por meio do aprimoramento das funções destinadas ao controle dos riscos, como regulamentação, registro, inspeção e monitoramento. Na busca de mecanismos cada vez mais eficazes de identificação e avaliação de riscos sanitários, a vigilância sanitária continuará a agregar qualidade aos seus processos e aperfeiçoar a sua atuação rumo à segurança sanitária de produtos e serviços.

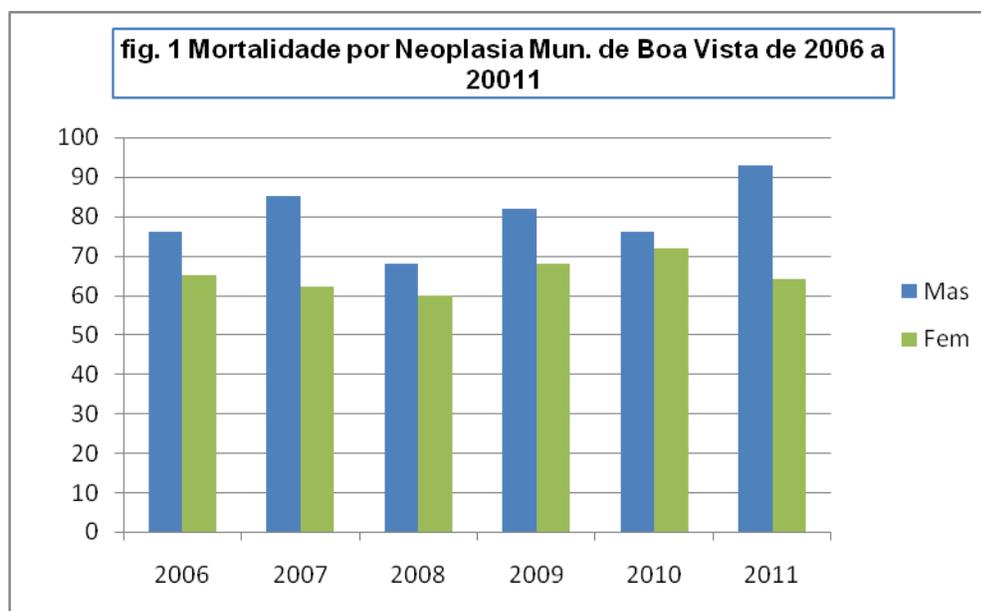
3.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A demanda por informações em saúde vem aumentando os desafios inerentes a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões. Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias. É um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o SUS (BRASIL, 2008).

3.4 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

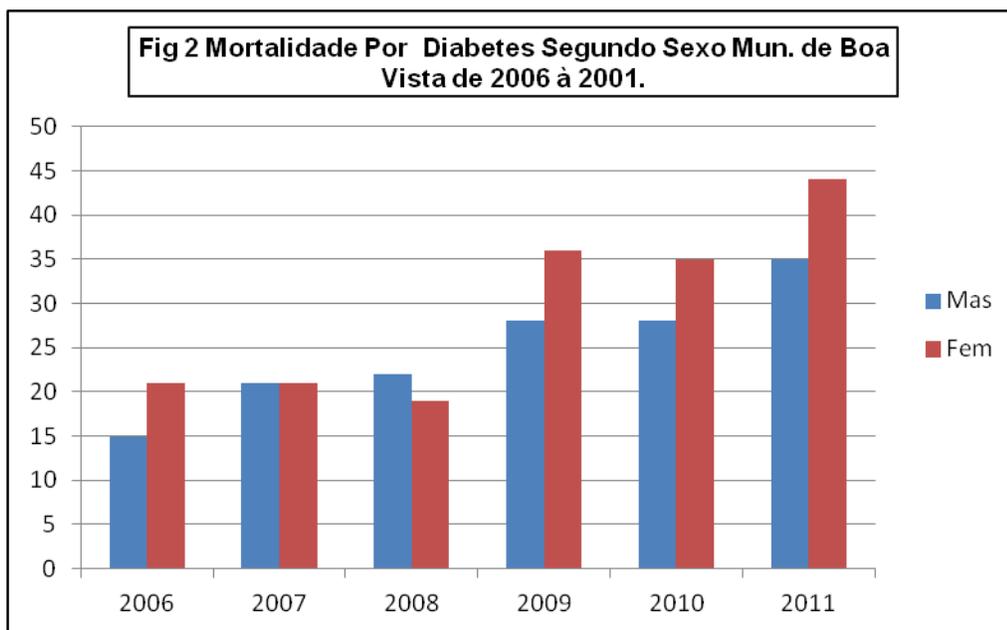
Como em todo território Nacional, as doenças crônicas tem sido um desafio para a saúde pública do Município de Boa Vista, causando grande desconforto para as famílias e para os cofres públicos do Município.

Essa evidência é comprovada através de dados, como de internação por DCNT, conforme Sistema de Internação Hospitalar – SIH E Sistema de Mortalidade – SIM. No que diz respeito às neoplasias, de 2008 a 2012 foram 4.514 internações, com 583 mortes nesse período, o numero bastante expressivo. Doenças endócrinas e metabólicas de 2008 a 2012 foram 2.780 internações, por diabetes mellitus foram 1.415, com 247 mortes. Com relação às doenças do aparelho circulatório de 2008 a 2012 foram 5.227 internações, com 868 mortes.



FONTE:DVE/SVS/SMSA/BV

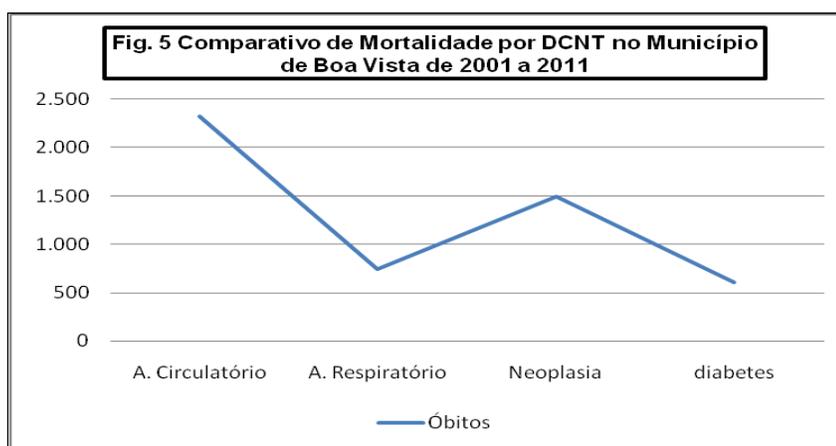
As neoplasias de uma forma geral como podem observar na figura 1 acima, revela que, as mortalidades acontecem mais com o sexo masculino, necessitando de ações preventivas.



Fonte: SIM/DVE/SVS/SMSA/BV

De 2006 a 2011 foram 325 mortes por diabetes mellitus, a figura 2 acima mostra que o sexo feminino é o mais atingido pelas mortes por diabetes mellitus.

No que diz respeito a doenças do aparelho circulatório no período de 2008 a 2012 tivemos um grande índice de internação por insuficiência cardíaca, sendo seguido por AVC e hipertensão essencial primária, o que reforça a necessidade medidas preventivas.



Fonte: SIM/DVE/SVS/SMSA/BV

Em uma série histórica de 2001 a 2011, como é mostrado na figura 5 acima podemos visivelmente observar que, as mortalidades no Município de Boa Vista são pelo aparelho circulatório e as neoplasias. Isso em número absoluto corresponde a 5.174 mortes nesse período, necessitando de melhor atenção, no que diz respeito a desenvolvimentos de ações preventivas e promoção da saúde.

3.4.1 Principais fatores de risco

Boa Vista é capital do Estado de Roraima, segundo o último senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE tem uma população de 283.000, comparada com os grandes centros populacionais, é uma capital relativamente pequena, mas sobre tudo, enfrenta os mesmo problemas de saúde pública. As doenças decorrentes do modo de vida da população, entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Como observamos na figura 02 as mortes pelo aparelho circulatório representam um número bem significativo, do total de óbitos de 2001 a 2011, 45% são pelo aparelho circulatório, seguido das neoplasias. São doenças que podem ser evitadas com políticas públicas voltadas para sua prevenção e promoção a saúde.

4 JUSTIFICATIVA

De acordo com Edson de Oliveira Andrade, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), os médicos foram educados para valorizar e defender a vida. Sempre foi ensinado que a morte é a nossa principal inimiga, contra a qual devemos envidar todos os nossos esforços.

Este raciocínio reducionista, porém real; equivocado, porém difundido, é fonte de incontáveis prejuízos para as pessoas. A morte não é a falência da Medicina ou dos médicos. Ela é apenas uma parte do ciclo da vida. É a vida que se completa. Neste cenário, uma das principais vítimas é a própria documentação da morte, a declaração do óbito.

Este documento, cuja importância somente é igualada pela certidão de nascimento, não é apenas algo que atesta o fechamento das cortinas da existência; ele possui um significado muito maior e mais amplo. Ele é um instrumento de vida.

A declaração de óbito é uma voz que transcende a finitude do ser e permite que a vida retratada em seus últimos instantes possa continuar a serviço da vida.

Para além dos aspectos jurídicos que encerra, a declaração de óbito é um instrumento imprescindível para a construção de qualquer tipo de planejamento de saúde. E uma política de saúde adequada pode significar a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas. O seu correto preenchimento pelos médicos é, portanto um imperativo ético.

É fundamental o empenho e o compromisso do médico com relação à veracidade, completude e fidedignidade das informações registradas na DO, uma vez que é ele o profissional responsável pelas informações contidas no documento.

A Declaração de Óbito é um documento-base do sistema de informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). A Vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle. Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da

assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos), são de fundamental importância para a análise do perfil epidemiológico da população.

Apesar do avançado processo de municipalização das ações e serviços de Saúde no Brasil, nas duas últimas décadas, com conseqüente melhoria da cobertura e qualidade das informações de mortalidade, há ainda alguns municípios nas regiões Norte e Nordeste com evidentes problemas na qualidade da informação e na cobertura do sistema.

De acordo com os dados apresentados na introdução fica evidente que as regiões Norte e Nordeste do país necessitam de um intenso trabalho de conscientização dos profissionais médicos para o correto preenchimento das declarações de óbito, fato este que na verdade seria uma mera obrigação deste profissional.

Reduzir os óbitos com causa mal definida continua sendo um desafio para o Ministério da Saúde que inseriu no Plano Plurianual 2004-2008 o Programa “Redução do percentual de óbitos com causa mal definida” no intuito de melhorar a qualidade do SIM. A meta estabelecida para esse período foi a redução do percentual na Região Norte (21,2 %) e na Região Nordeste (25,9%) para menos de 10%. Foram priorizados, nesse programa, todos os estados da Região Nordeste e os três estados da Região Norte, que apresentavam os percentuais mais altos de óbitos com causa mal definida. O processo de investigação da causa dos óbitos, ocorridos em 2005 e 2006, apresenta resultados positivos.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas: as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

O Município de Boa Vista vem trabalhando a prevenção destas doenças, mas faz-se necessário uma qualificação dos registros dessas informações registradas nas certidões de óbito para que possamos conhecer melhor a distribuição, a magnitude e a tendência destas doenças e agravos e seus fatores de risco. Também vem apoiando as políticas públicas de saúde desenvolvendo ações que visam à diminuição e controle dos determinantes das DCNT e

fortalecer os serviços voltados para o atendimento das mesmas nas Unidades Básicas de Saúde e outras instituições.

O trabalho apresentado é produto de um material educativo direcionado para os profissionais médicos das unidades de saúde do município de Boa Vista onde o registro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem sido muitas vezes mascarado devido ao mau preenchimento das declarações de óbito preenchidas por estes profissionais. A redução dos óbitos com causa mal definida tem sido um desafio para a secretaria de saúde do município.

5 MÉTODO

Com o objetivo de contribuir na qualificação das informações registradas na declaração de óbito através de conscientização dos profissionais médicos, foi realizada uma atividade de intervenção para tentar trazer a equipe médica para a reflexão da importância do preenchimento correto da declaração de óbito.

A escolha desse enfoque objetivou sensibilizar a categoria médica sobre a relevância dos dados preenchidos nas DOs, visto que conforme a portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010, afirma que o preenchimento da DO deverá ser realizada de forma obrigatória pela categoria. Também procurou-se entender como os médicos, agentes do preenchimento da DO, atuam neste contexto. O cenário atual de deficiências no processo de preenchimento do formulário da DO é essencialmente um fenômeno sociocultural, totalmente dependente do contexto em que está inserido, e vai muito além da simples utilização de um sistema de informação para coleta desses dados.

Para efetivação da proposta a intervenção foi realizada através de revisão das DOs emitidas pelos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, médicos da SVO e médicos do Hospital Geral de Roraima que são responsáveis pela maioria das DOs emitidas pelo estado. O problema do mau preenchimento do formulário da DO e como isto influencia no contexto epidemiológico foram os focos neste estudo.

O primeiro passo foi o estudo de documentos-padrão do Ministério de Saúde sobre o tópico, especificamente o *Manual de Instruções para Preenchimento da DO*, o *Manual de Procedimentos do SIM* e a *Cartilha do CFM*, além da revisão de trabalhos publicados sobre o preenchimento da DO pelos médicos e a qualidade das informações.

O segundo passo foi a coleta de dados por meio de busca ativa na Secretaria Municipal de saúde de Boa Vista, onde ficam arquivadas todas as declarações de óbitos ocorridos no Município. Buscou-se, avaliar as DOs que apresentavam como causa básica causas indeterminadas ou causas que influenciam negativamente na qualidade dos dados sobre mortalidade. Também foram observados os campos da DO que não foram preenchidos pelos médicos.

Como última etapa da metodologia, foi construído um material educativo áudio-visual: folder, slides e banners que foram utilizados para a abordagem do profissional médico em seus

locais de trabalho provocando sensibilização ao profissional na perspectiva de propiciar estratégias na promoção em saúde através da mudança do padrão de mortalidade e o impacto nos diferentes grupos da população.

Este trabalho foi realizado no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, onde foram realizadas várias revisões bibliográficas e buscou-se aproximar ao máximo aos modelos padrões de causa morte citados na CID10.

Como não se trata de uma pesquisa com seres humanos e não foram utilizados dados relativos a sujeitos ou descrições assistenciais, e sim, a construção através do levantamento de referências bibliográficas, dados epidemiológicos e artigos sobre o tema, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5 RESULTADO E ANÁLISE

Com este trabalho procurou-se aumentar a qualidade da informação sobre a causa básica de óbito declarada no documento oficial registrada pelo profissional médico das unidades de saúde no município de Boa Vista. O projeto foi desenvolvido em parceria com as unidades de saúde e o Instituto Médico Legal de Boa Vista, um dos locais onde se tem o maior número de registros de óbitos com causas mal definidas.

Vale ressaltar que o município de Boa Vista não dispõe do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) até o momento e tem apenas um grupo de médicos disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde que dão suporte ao Sistema de Vigilância de Óbito do Município preenchendo as declarações, mas muitas vezes de forma inadequada e que prejudica o processo de análise destes óbitos. Este grupo foi o mais difícil de trabalhar por se tratar de médicos antigos no sistema, os quais não preocupavam com o detalhamento da causa básica e justificavam que não possuíam recursos suficientes para definirem a causa do óbito. Em um breve relato de um funcionário do serviço do serviço de vigilância do município, o funcionário conta que ficou impressionado com a qualidade da informação relatada pelo médico. Segundo o investigador, o paciente tinha um diagnóstico de câncer de esôfago a mais de um ano, ficou internado por um longo período, possuía exames e laudos importantes como tomografia computadorizada que comprovavam sua doença e mesmo assim o médico simplesmente mencionou na DO “causa indeterminada”.

Além do campo “causa básica” que foi o alvo principal do trabalho, também aproveitamos para qualificar outros campos da DO, como dados pessoais do falecido como endereço, nomes dos pais, momento do óbito, e outro detalhe importante que foi a letra legível, que muitas das vezes era quase impossível inserir os dados no sistema para análise dos óbitos.

Segundo relatos da maioria dos médicos entrevistados, o processo de instrução para o preenchimento da DO na faculdade, é feito de forma muito superficial, onde apenas apresentam o formulário padrão e falam ligeiramente sobre os principais campos a serem preenchidos. A continuidade do processo só é realizado nos locais de trabalho, tais como hospitais, ambulatórios, etc., quando estes profissionais são obrigados a preencher este formulário que é de sua competência exclusiva. É muito comum vermos o pessoal do serviço administrativo preenchendo

a DO e só deixando os campos V e VI da DO (condições e causas do óbito e dados do médico respectivamente) para o próprio médico preencher.

O Ministério da Saúde disponibiliza aos médicos documentos-padrão, contendo instruções para o adequado preenchimento da DO, como o *Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbitos* (BRASIL, 2001b), elaborado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em 2001, e, mais recentemente, em 2006, a *Cartilha do CFM* (BRASIL, 2006), produzida em parceria pelo Secretariado de Vigilância em Saúde, o Conselho Federal de Medicina e o Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde.

Uma das razões da declaração incorreta nos campos do Bloco V é o fato de que, muitas vezes, os médicos atribuem aos sintomas ou modos de morrer a causa básica do óbito, declarando na DO, por exemplo, falência múltipla de órgãos. É por essa razão que, segundo Oliveira e Pereira (1997, apud QUEIROZ, 2002), “*um dos principais problemas relacionados à qualidade dos dados da DO é o acentuado número de óbitos por Sintomas e Sinais Mal-Definidos, declarados devido à falta da avaliação das causas ou condições mórbidas que teriam levado ao óbito*”. Os óbitos registrados dessa maneira são classificados como diagnósticos incompletos segundo Jorge et al. (2002).

Em uma pesquisa exploratória realizada em hospitais de Belo Horizonte no ano de 2009 ficou claro a necessidade de capacitação dos profissionais médicos sobre o preenchimento correto das DOs.

Foram obtidos resultados significativos sobre alguns dos problemas de preenchimento, conforme relatado pelos médicos. A maioria (80%) dos respondentes declarou que o fato de as instruções para o preenchimento dos campos do formulário da DO não estarem claramente definidas constitui a principal dificuldade, já que provocam dúvidas no momento do preenchimento. Esta constatação sugere que é necessária uma revisão da forma de apresentação dos campos no formulário e o significado de cada um deles. Para 20% dos médicos respondentes, a principal dificuldade para o preenchimento da DO reside na falta de informações sobre o diagnóstico do paciente. Quanto à orientação para preenchimento da DO, a maioria (80%) afirmou já ter recebido algum tipo de informação a esse respeito, enquanto os outros 20% mencionaram nunca ter recebido qualquer instrução. Esta resposta surpreende, uma vez que é comumente aceito que este tipo de orientação faz parte da formação médica, ainda no ambiente acadêmico.

Sobre os documentos publicados pelo Ministério da Saúde para instrução quanto ao preenchimento da DO, 50% dos médicos afirmaram conhecer o *Manual de Instruções para o Preenchimento*, ao passo que outros 40% disseram não conhecê-lo. Outros 10% omitiram sua resposta. Este é um dado a ser considerado com atenção, pois se trata de um documento de referência para consulta dos médicos, em caso de dúvidas no momento da declaração do óbito.

O preenchimento dos campos do Grupo II, onde é feita a identificação do indivíduo falecido, foi outro problema identificado: 70% mencionaram que esse registro é realizado por um funcionário administrativo, contra apenas 30% que afirmaram preencher, eles próprios, esses campos. Esta constatação comprova afirmações de trabalhos anteriores, como o de Niobey et al. (1990). Outro campo do formulário da DO cujo preenchimento é muitas vezes omitido pelos médicos refere-se ao “Tempo aproximado entre o início da doença e a morte”: 90% dos respondentes afirmaram não preencher. Esse, também, é um dado preocupante, pois tal informação permite elaborar a seqüência lógica correta de causas de morte que levaram o indivíduo à morte. Sua ausência induz a falhas na seqüência correta que deve ser declarada. Sobre o campo “Exame Complementar”, apenas 60% dos médicos indicaram preenchê-lo, portanto, existe um número elevado de médicos que não atende ao solicitado pela DO.

Aqui em Boa Vista não poderia ser diferente. Os principais problemas identificados acerca do mau preenchimento da DO, foram o desconhecimento médico acerca da importância do correto preenchimento de todos os campos do formulário, o desconhecimento sobre a importância do detalhamento e a adequação da cadeia de eventos patológicos no campo das possíveis causas de morte e a pouca utilização dos materiais de instrução fornecidos aos médicos pelos órgãos e instituições responsáveis.

Os problemas encontrados ao avaliar as DOS revelam que através da melhoria no nível de detalhamento das causas diagnosticadas de morte para o óbito registrado, os médicos proporcionariam melhores condições de qualidade das informações ao sistema e futuras intervenções por parte dos governantes.

Há necessidade de melhorias no nível de conhecimento dos médicos sobre o adequado detalhamento das possíveis causas de morte que determinaram o óbito em registro, principalmente no que diz respeito à causa básica.

Com a parceria proposta pelo projeto na objetividade das informações contidas nestas declarações, em poucos meses foi possível notar um aprimoramento no processo de análise dos

óbitos, contribuindo para um trabalho efetivo e eficiente no Sistema de Informação de Mortalidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância da declaração de óbito no contexto de saúde de nossa população, foi satisfatório o trabalho de conscientização destes profissionais que receberam orientações para a organização do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM) para o município. Sabe-se que as construções ou reconstruções nessa área dependem de um número mínimo necessário de recursos e de apenas um bom esclarecimento e conscientização. Os recursos humanos diretamente envolvidos nessa tarefa necessitam estar devidamente capacitados para propiciar um novo diagnóstico de saúde, nos garantindo uma coleta fidedigna dos dados, o que vai permitir processar e disponibilizar esses dados. Sem essas informações corretas não seria possível avaliar e tomar decisões.

Para elevar a qualidade da informação obtida com a utilização do SIM, um subsídio importante para as decisões e ações que objetivem a melhoria do estado de saúde da população seria a adoção de medidas concretas a serem implementadas pelas instâncias competentes. O Ministério da Saúde, como responsável pela elaboração e distribuição das DO, deveria promover a revisão e o aprimoramento dos campos de preenchimento deste formulário, reforçando, ao lado dos órgãos e instituições responsáveis – Conselho Federal de Medicina, instituições de ensino e de saúde – as ações já desenvolvidas junto aos médicos sobre a importância do seu adequado preenchimento, instruindo-os para tal.

Espera-se que este trabalho estimule os profissionais médicos do município que realmente estejam envolvidos no compromisso de melhorar a saúde da população, realizem uma avaliação de seus papéis, para o cumprimento de objetivos das instituições de saúde e da efetividade dos seus sistemas informativos. Também, espera-se ter contribuído com a apresentação dos conceitos aqui discutidos, apontando para um conjunto de instrumentos de fundamental importância, como subsídio à busca constante de melhores soluções para os problemas encontrados na área de saúde: a informação é suporte básico para a organização do Sistema de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Guanabara, 2006

BOA VISTA. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Sistema de Mortalidade, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante- Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília-DF, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **A Declaração de Óbito**: documento necessário e importante. Brasília-DF, 2006. Koogan, 2006

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. 1ª ed. Brasília-DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília-DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida Brasília MS - Série A. Normas e Manuais Técnicos, DF: 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

LAURENTI, Rui; MELLO JORGE, Maria Helena P. de. O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2004.

MENDONÇA, F.M., Drumond, E. e Cardoso, A.M.P. **Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório**. Revista brasileira. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 285-295, jul./dez. 2010.

MENDONÇA, F. M. **Ontologia de aplicação no domínio de mortalidade**: uma ferramenta de apoio para o preenchimento da Declaração de Óbitos. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte:

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Programa de Pós-graduação em Informática, 2009.

NIOBEY, F. M. L.; CASCAO, A. M.; DUCHIADE, M. P.; SABROZA, P. C. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 311-8, 1990.

QUEIROZ, R. C. **Validade e confiabilidade das declarações de óbito por câncer de boca no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.