

# Considerações sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residente no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de 1979 a 1998

## Aspects Concerning the Quality of Mortality Information in the Elderly Population Resident in the Municipality of Maringá, Paraná State, Brazil, from 1979 to 1998

**Thais Aidar de Freitas Mathias**

Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR

**Maria Helena Prado de Mello Jorge**

Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

**Ruy Laurenti**

Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

**Tirza Aidar**

Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP

### Resumo

O estudo analisa a qualidade de informações sobre mortalidade em idosos, segundo causas mal-definidas e local de ocorrência do óbito, para o Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, de 1979 a 1998. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM-MS), do Censo Demográfico realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Núcleo de Estudos de População, da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp). No período de referência do estudo, a mortalidade proporcional por causas mal-definidas decresceu 5,7%, como também decresceram os coeficientes para idosos até 79 anos. Entre 1996-1998, exceto para idosos de 85 anos e mais, os coeficientes foram maiores para homens e aumentaram com a idade; para os indivíduos de 60 a 64 e de 85 anos e mais, esses coeficientes foram de 114,1 e 1614,4 para homens e de 33,9 e 1913,9 para mulheres (por 100.000 habitantes), respectivamente para essas datas. O domicílio foi o local mais freqüente de óbito para homens e mulheres (63% e 75,6%, respectivamente). Óbitos sem assistência médica (38,2%) e por senilidade (23,5%) foram mais freqüentes durante o período. Esses resultados evidenciam boa qualidade das informações de mortalidade e aumento de óbitos atribuídos a senilidade e ocorridos em via pública em Maringá-PR.

**Palavras-chave:** idoso; mortalidade; qualidade de dados; estatísticas de saúde.

### Summary

*The study analyzes the quality of mortality information for the elderly population, by ill-defined causes and place of occurrence of death, for the Municipality of Maringá, Paraná State, Brazil, from 1979 to 1998. Data were obtained from the Mortality Information System of the Brazilian Ministry of Health (SIM-MS), National Demographic Census, realized by the Brazilian Institute of Geography and Statistics Foundation (IBGE), and Population Study Department of the University of Campinas (Nepo/Unicamp). During the study period, proportional mortality by ill-defined causes decreased 5.7%, and the mortality rate also decreased for ages less than 79 years old. Between 1996-1998, except for ages 85 and over; the mortality rates were higher for men and increased for more advanced ages. For this time period, the mortality rate for the 60-64 year old age-group and over 85 were, respectively, 114.1 and 1614.4 for men, and 33.9 and 1913.9 for women (per 100.000 inhabitants). The residence was the most common place of death for men and women (63% and 75.6%, respectively). Deaths without medical attendance (38.2%) and for senility (23.5%) were the most frequent during the period. These results show good quality of death information and an increase in deaths due to senility, and death occurring in public places in Maringá-PR.*

**Key words:** elderly; mortality; quality of data; health statistics.

### Endereço para correspondência:

Rua Maringá, 540/18, Jardim Aclimação, Maringá-PR. CEP: 87050-740  
E-mail: tafmathias@uem.br

## Introdução

No final do século XVI, por ocasião da epidemia de peste que assolava a Europa, o interesse em conhecer o número de óbitos fez com que surgissem as famosas tabelas mortuárias de Londres. Posteriormente, essas tabelas permitiram conhecer a distribuição dos óbitos segundo características importantes, como sexo e idade. Graunt, considerado o pai das estatísticas de mortalidade, e Farr, no século XIX, apresentaram resultados de estudos que demonstraram a importância dos óbitos infantis, da sobremortalidade masculina e a relação entre saneamento, situação econômica, diferenciais regionais e mortalidade.<sup>1</sup> A partir de então, os estudos de mortalidade passaram a ser uma importante ferramenta, preferencialmente utilizada para conhecer e descrever as características de saúde das populações.

As estatísticas de mortalidade no Brasil representam uma das mais valiosas fontes de informação em saúde, além de constituírem o mais tradicional e um dos mais eficientes métodos para avaliação do estado de saúde das populações.<sup>2</sup> Geralmente, são dados que representam, para muitas regiões do País, a única fonte disponível de análise epidemiológica, planejamento e administração em saúde; ou ainda, de vigilância da frequência de algumas doenças cuja mortalidade é significativa, como as neoplasias, afecções cardiovasculares e acidentes.<sup>3</sup>

As informações sobre mortalidade estão disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM-MS), que as obtém, diretamente, da Declaração de Óbito (DO), com busca ativa dos dados realizada pelos Municípios. Quanto às causas de morte, estas são codificadas de acordo com as regras internacionais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Vale enfatizar que a implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade, em 1975, representou um grande avanço na produção de informações sobre a mortalidade no país. Com a utilização do formulário padronizado e individualizado para o registro dos dados – a DO –, houve a possibilidade de se obterem, para todo território nacional, estatísticas de melhor qualidade, com a vantagem de ser possível comparar essas informações entre regiões e países.

Sempre que as estatísticas de mortalidade são utilizadas, questionamentos se apresentam com relação à qualidade desses dados. A despeito das disposições

legais relativas à obrigatoriedade do registro dos óbitos, sabe-se que ainda existem falhas, tanto na cobertura como no preenchimento adequado da DO. Conhecer a qualidade dos dados é componente inicial para qualquer análise. Antes, porém, é necessário que se tenha uma idéia básica do que esperar deles.<sup>4</sup>

No período de 1979 a 1989, para o Brasil, os percentuais da população coberta com informação regular nunca foram inferiores a 83%, percentual alcançado graças às altas coberturas verificadas nas regiões Sul e Sudeste.<sup>5</sup> O percentual de Municípios que apresentam coleta regular das DO é mais estável nos Estados dessas regiões – a exemplo do Paraná, que apresentava, em 1979, 97%, e, em 1989, 99% dos seus Municípios com informação regular para mortalidade.

A qualidade da informação na DO, todavia, é feita mediante a verificação da proporção de óbitos por causas mal-definidas, inscritas no capítulo XVI da CID-9<sup>6</sup> (Sinais, sintomas e afecções mal-definidas) e no capítulo XVIII da CID-10<sup>7</sup> (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte). Em 1979, o Brasil teve 20% de óbitos classificados nesse capítulo, baixando para 18,2% em 1990; para alguns Estados, como São Paulo, o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, as proporções eram inferiores a 10% em 1990, enquanto todos os Estados do Nordeste apresentavam proporções superiores a 30%.<sup>8</sup> De acordo com o Ministério da Saúde,<sup>9</sup> em 1997, era de 15,1% a participação relativa das causas mal-definidas no Brasil.

Para os óbitos em idosos, as causas mal-definidas variaram desde 67% no Estado da Paraíba, no triênio 1979-1981, até 1,7% no Distrito Federal, no triênio 1993-1995.<sup>10</sup> Para a Região Sul, esse percentual foi de 11,1% no sexo masculino e de 11,7% no feminino, no triênio 1993-1995.

No Estado do Paraná, o percentual de óbitos por causas mal-definidas declinou de 17,7%, no triênio 1979-1981, para 12,6% em 1990-1992;<sup>11</sup> em 1997, esse percentual foi de 9,8%.<sup>10</sup> A variação desses dados é bastante expressiva nos diferentes Municípios do Paraná, sendo aqueles do norte do Estado os que detêm informações consideradas muito boas.<sup>11</sup>

Em relação à qualidade, uma análise prévia dos dados registrados nas DO para todos os óbitos de residentes em Maringá, no período de 1979 a 1995, constatou que, de maneira geral, houve significativa melhora das informações.<sup>12</sup> Para as variáveis demográficas, a infor-

mação foi considerada boa, visto que, em nenhum ano do período, o não-preenchimento ultrapassou 0,7% para a idade e 0,3% para o sexo. A análise da variável **causa básica do óbito** mostrou que o percentual de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, em 1979, foi de 7,5%, caindo para 3,5%, em 1995; os óbitos sem assistência médica representaram 60%, declinando para 12,4% entre esses dois anos, o que denota melhora importante na qualidade dos dados para o conjunto dos óbitos. Esse aprimoramento de qualidade atribui-se, possivelmente, à coleta das DO nos hospitais, feita, semanalmente, por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde orientados a não deixar em branco nenhum campo do documento. A codificação das informações é feita por profissional treinado, que, em caso de dúvida, solicita ao médico declarante esclarecimentos sobre o óbito.

*Estudos de mortalidade são uma importante ferramenta, preferencial para se conhecer e descrever as características de saúde da população.*

Com o avançar da idade, aumenta a proporção de óbitos por causas mal-definidas, fato explicado, entre outros motivos, pela dificuldade de identificação da causa básica que iniciou o processo mórbido, haja vista o complexo encadeamento de causas em pessoas idosas.<sup>8</sup>

A importância em se conhecer melhor a forma de preenchimento das DO para a população idosa indicou o objetivo deste estudo: analisar a qualidade dessas informações no Município de Maringá, em um período de 20 anos. Esta análise pode contribuir para o aprimoramento da qualidade dessa informação e, indiretamente, promover a avaliação da assistência prestada ao idoso, que deverá subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas a essa população.

## Metodologia

Maringá ocupa o 3º lugar em número de habitantes, entre as cidades do Estado do Paraná: 288.653, dos quais 97,5% são residentes na zona urbana. Cerca de 99% dos domicílios estão ligados às redes de abastecimento de água e de luz elétrica, dispondo de coleta

sistemática de lixo. A cobertura da rede de esgoto gira em torno de 70%.<sup>13</sup> Maringá é sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná, e, a partir de 1998, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal.<sup>13</sup> Conta com 24 unidades básicas de saúde e dez hospitais: sete privados, com 812 leitos; um filantrópico, com 150 leitos; o Hospital Universitário, com 96 leitos; e o Hospital Municipal, com 30 leitos.<sup>13</sup> Por ser o Município um pólo de atração, os recursos de saúde e de educação nele concentrados também atendem expressiva demanda regional.

Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo de avaliar a qualidade das informações sobre mortalidade na população idosa residente em Maringá, entre 1979 e 1998. Foram considerados idosos pessoas com 60 anos e mais de idade, conforme critério da OMS, organização que estabeleceu 60 anos como idade limite ou inicial da etapa de envelhecimento.<sup>14</sup>

Os óbitos de idosos residentes em Maringá foram identificados nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, a partir do código do Município de residência. O banco de dados relativo aos óbitos dos anos de 1997 e 1998, que, à época da análise, ainda não tinha sido publicado, foi cedido pelo então Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa), hoje Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A qualidade das informações foi avaliada mediante análise da informação sobre as causas de óbito registradas no capítulo dos Sintomas, sinais e afecções mal-definidas e das informações do bloco IV da DO, referentes ao local de ocorrência do óbito segundo sexo e faixas de idade. As causas básicas de óbito foram analisadas tendo por referência a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9),<sup>6</sup> para o período de 1979 a 1995, e a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),<sup>7</sup> para o período de 1996 a 1998, a saber: morte súbita de causa desconhecida (CID-9, 798.0-798.2; CID-10, R96.0-R96.1); senilidade (CID-9, 797.0-797.9; CID-10, R54); morte sem assistência médica (CID-9, 798.9; CID-10, R98); e outras causas mal-definidas e desconhecidas de mortalidade (CID-9, 780.0-796.9 e 799.0-799.9; CID-10, R00-R53, R55-R95 e R99). As informações sobre população foram obtidas dos Anuários Estatísticos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes aos re-

censeamentos gerais de 1980<sup>15</sup> e 1991<sup>16</sup> e à contagem populacional de 1996.<sup>17</sup> Para os anos intercensitários, foram utilizadas estimativas elaboradas pelo Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (Nepo/Unicamp).<sup>18</sup> Os dados foram analisados por meio da verificação de proporções e coeficientes de mortalidade, agrupados em quatro triênios – 1979-1981, 1984-1986, 1990-1992 e 1996-1998 –, com o objetivo de minimizar possíveis flutuações no número de óbitos e na população, durante o período. Para a seleção dos triênios, foram considerados: os primeiros dados, para 1979, disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade; os anos censitários nos triênios 1979-1981 e 1990-1992 – meio do período 1984-1986 –; e os últimos dados do triênio 1996-1998, disponíveis à época da pesquisa.

## Resultados

Os sintomas, sinais e afecções mal-definidas foram a terceira causa mais freqüente de óbito em idosos residentes em Maringá, na primeira parte do período estudado, triênios 1979-1981 e 1984-1986 (7% e 8,2%, respectivamente); e foram a quarta causa mais freqüente de óbito nos dois últimos triênios, 1990-1992 e 1996-1998 (10% e 6,6%, respectivamente) (Tabela 1). Esse comportamento foi observado para

ambos os sexos. Durante todo o período, na maioria das vezes e para todas as idades, os percentuais de óbito por sintomas, sinais e afecções mal-definidas ficaram abaixo de 10%; e observou-se declínio relativo de 9,7% na mortalidade proporcional, para o sexo masculino (Tabela 2).

Em relação à distribuição dos óbitos por faixas de idade, foi observado que, nos 20 anos estudados, o percentual de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas diminuiu para os idosos de até 79 anos, com conseqüente aumento a partir de 80 anos de idade. Essa mudança foi mais evidente para o sexo feminino: aproximadamente 41% dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas ocorreram em mulheres idosas de 85 anos e mais de idade (Figura 1). Para os coeficientes de mortalidade, observou-se aumento com a idade, tanto para o sexo masculino como para o feminino (Figura 2). No final do período estudado, triênio 1996-1998, os coeficientes de mortalidade para idosos de 60 a 64 anos e 85 anos ou mais de idade foram, respectivamente, 114,1 e 1614,4 (por 100.000 habitantes) para os homens e 33,9 e 1913,9 (por 100.000 habitantes) para as mulheres. A Figura 2, especificamente para os triênios extremos de 1979-1981 e 1996-1998, mostra a sobremortalidade masculina por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, destacando, com referência ao último triênio,

**Tabela 1 - Mortalidade proporcional em idosos segundo causa e sexo, por ordem de importância e por triênios, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979-1998**

Ordem	Triênios							
	1979-1981		1984-1986		1990-1992		1996-1998	
	Causa <sup>a</sup>	%	Causa <sup>a</sup>	%	Causa <sup>a</sup>	%	Causa <sup>b</sup>	%
1º	Circulatório	55,2	Circulatório	47,4	Circulatório	45,5	Circulatório	42,2
2º	Neoplasias	12,5	Neoplasias	14,9	Neoplasias	15,5	Neoplasias	17,9
3º	Mal-definidas	7,0	Mal-definidas	8,2	Respiratório	10,7	Respiratório	12,9
4º	Respiratório	5,9	Respiratório	7,6	Mal-definidas	10,0	Mal-definidas	6,6
5º	Digestivo	5,5	Externas	5,3	Externas	4,6	Endócrinas	4,7
6º	Infeciosas	4,6	Digestivo	5,2	Endócrinas	4,3	Digestivo	4,6
7º	Externas	4,0	Infeciosas	4,4	Digestivo	3,6	Externas	4,0

a) Capítulos CID-9

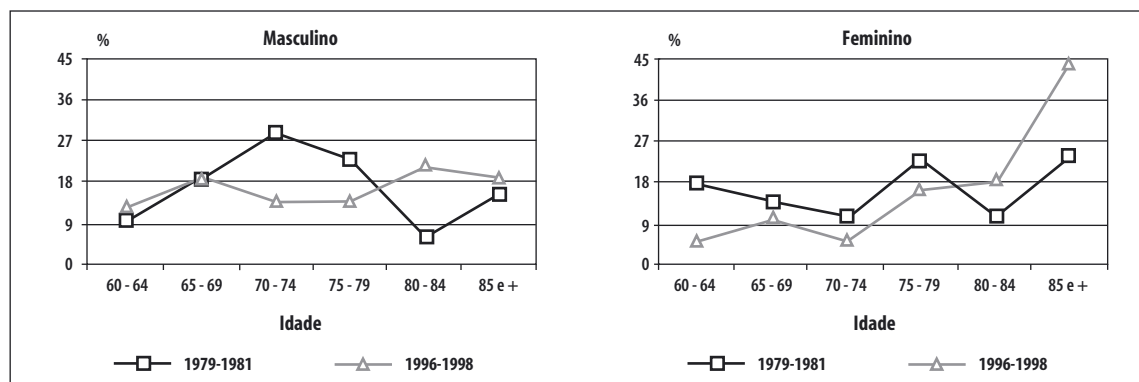
b) Capítulos CID-10

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Tabela 2 - Óbitos em idosos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, segundo sexo e idade, por triênios, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979 a 1998**

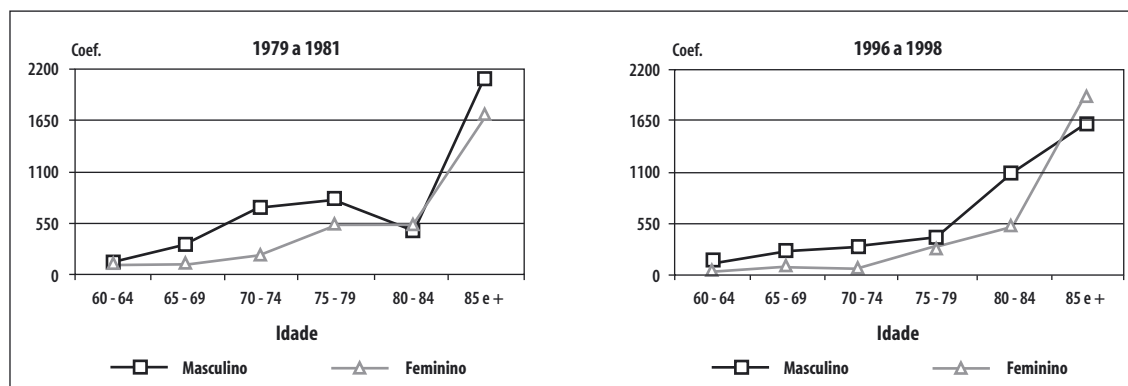
Idade	Triênios								Diferença (%) entre 1979-1981 e 1996-1998
	1979-1981		1984-1986		1990-1992		1996-1998		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Masculino</b>									
60-69	14	5,4	28	8,9	53	12,2	29	5,9	9,3
70-79	25	8,6	26	8,4	34	8,4	26	5,0	-41,9
80 e mais	10	7,4	21	10,3	29	10,1	37	9,1	23,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>7,2</b>	<b>75</b>	<b>9,1</b>	<b>116</b>	<b>10,3</b>	<b>92</b>	<b>6,5</b>	<b>-9,7</b>
<b>Feminino</b>									
60-69	11	7,2	6	2,9	18	7,7	12	4,3	-40,3
70-79	12	5,7	12	5,5	25	7,6	21	5,1	-10,5
80 e mais	12	8,2	25	13,2	41	12,9	45	9,9	20,7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>6,8</b>	<b>43</b>	<b>7,0</b>	<b>84</b>	<b>9,5</b>	<b>78</b>	<b>6,8</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>									
60-69	25	6,1	34	6,6	71	10,7	41	5,3	-13,1
70-79	37	7,4	38	7,2	59	8,0	47	5,0	-32,4
80 e mais	22	7,8	46	11,7	70	11,6	82	9,5	21,8
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>7,0</b>	<b>118</b>	<b>8,2</b>	<b>200</b>	<b>10,0</b>	<b>170</b>	<b>6,6</b>	<b>-5,7</b>

a) Percentual calculado em relação ao total de óbitos por todas as causas, em cada faixa de idade e sexo.  
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Figura 1 - Distribuição percentual de óbitos em idosos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, segundo sexo e idade, por triênios, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979 a 1998**



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Figura 2 - Coeficientes de mortalidade em idosos (por 100.000 habitantes) por sintomas sinais e afecções mal-definidas, segundo triênios extremos, sexo e idade, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979 a 1998**

que o risco é maior para as mulheres idosas a partir de 85 anos de idade, tão-somente, com 1.913,9 óbitos – contra 1.614,4 óbitos da mesma faixa etária entre os homens, para cada 100.000 habitantes.

A Tabela 3 aponta, para o último triênio (1996-1998), coeficientes de mortalidade maiores por morte sem assistência médica (97,2 por 100.000 hab.), por outras causas mal-definidas e desconhecidas de mortalidade (82,3 por 100.000 hab.) e por senilidade (59,8

por 100.000 hab.). Chamou a atenção destes autores o aumento relativo dos coeficientes por morte sem assistência médica (266,8 por 100.000 hab.) e dos óbitos por senilidade (43,4 por 100.000 hab.).

Quanto ao local de ocorrência, observou-se, para todo o período, que os óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, no sexo feminino, ocorreram com maior frequência no domicílio e no hospital; e para o sexo masculino, além de nesses locais,

**Tabela 3 - Coeficientes de mortalidade em idosos (por 100.000 habitantes) por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, segundo diagnósticos, por triênios, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979 a 1998**

Diagnósticos	Triênios								Diferença (%) entre 1979-1981 e 1996-1998
	1979-1981		1984-1986		1990-1992		1996-1998		
	N	Coef.	N	Coef.	N	Coef.	N	Coef.	
<b>Outras causas mal-definidas e desconhecidas de mortalidade</b>	45	170,6	51	145,3	42	85,0	55	82,3	-51,8
<b>Morte sem assistência médica</b>	7	26,5	52	148,2	94	190,2	65	97,2	266,8
<b>Morte súbita de causa desconhecida</b>	21	79,6	-	-	9	18,2	10	15,0	-81,2
<b>Senilidade</b>	11	41,7	15	42,4	55	111,3	40	59,8	43,4
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>318,4</b>	<b>118</b>	<b>336,2</b>	<b>200</b>	<b>404,7</b>	<b>170</b>	<b>254,3</b>	<b>-20,1</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Tabela 4 - Óbitos em idosos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, segundo sexo e local de ocorrência, por triênios, no Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1979 a 1998**

Local	Triênios							
	1979-1981		1984-1986		1990-1992		1996-1998	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>								
Hospital	6	12,2	9	12,0	24	20,7	9	9,8
Via pública	-	-	1	1,3	5	4,3	16	17,4
Domicílio	34	69,4	50	66,7	77	66,4	58	63,0
Outro	6	12,2	15	20,0	10	8,6	8	8,7
Ignorado	3	6,2	-	-	-	-	1	1,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>
<b>Feminino</b>								
Hospital	5	14,3	9	20,9	11	13,1	12	15,4
Via pública	-	-	-	-	-	-	4	5,1
Domicílio	30	85,7	30	69,8	69	82,1	59	75,6
Outro	-	-	4	9,3	4	4,8	3	3,9
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>								
Hospital	11	13,1	18	15,3	35	17,5	21	12,3
Via pública	-	-	1	0,8	5	2,5	20	11,8
Domicílio	64	76,2	80	67,8	146	73,0	117	68,8
Outro	6	7,1	19	16,1	14	7,0	11	6,5
Ignorado	3	3,6	-	-	-	-	1	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

também na via pública (Tabela 4). Destaca-se que, para o último triênio, 1996-1998, 20 óbitos (11,8% do total dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas) foram declarados como ocorridos em via pública, dos quais 16 (80%) do sexo masculino (Tabela 4).

## Discussão

A magnitude e a variabilidade dos óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, normalmente, estão relacionadas às condições socioeconômicas, culturais e de saúde da localidade. Conseqüentemente,

a disponibilidade, cobertura e acesso da população aos serviços de assistência à saúde, inclusive para o diagnóstico em todos os níveis de complexidade, influencia a qualidade dos dados.<sup>19</sup> Alguns fatores relacionados à distribuição da população na zona rural e urbana, e, ainda, ao sistema de saúde, no que diz respeito à qualidade e quantidade de profissionais que trabalham na captação e aprimoramento dos dados oficiais são, igualmente, responsáveis pela qualidade das informações sobre mortalidade.

Os resultados aqui apresentados revelaram melhora de qualidade dessas informações no período estudado, no que diz respeito ao percentual dos óbitos registrados como causas mal-definidas de mortalidade. A queda relativa na mortalidade proporcional por sintomas, sinais e afecções mal-definidas em idosos residentes em Maringá foi de 5,7% (Tabela 2), variação que, a princípio, pode parecer inexpressiva para um período de 20 anos. É mister, entretanto, considerar que o percentual de 7,0% do início do período (1979-1981) já não era alto; e que, também, houve tendência de aumento desse percentual no meio do período estudado (Tabelas 1 e 2).

Na grande maioria dos Estados brasileiros, para a população feminina idosa, houve, igualmente, diminuição da participação relativa dos óbitos por causas mal-definidas entre 1980 e 1995.<sup>19</sup> Outrossim, mais um estudo destaca melhora significativa nas declarações das causas básicas de óbito para a população brasileira acima de 60 anos de idade, embora elas ainda se apresentem elevadas para os Estados nordestinos. As menores proporções foram encontradas para o Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Roraima, São Paulo e Paraná, com valores abaixo de 10%.<sup>20</sup>

Para ilustrar a qualidade das informações sobre mortalidade em idosos residentes em Maringá, no triênio 1996-1998, o percentual de óbitos por causas mal definidas em relação ao conjunto das causas de óbito foi de 6,6%, ao passo que, para a Região Sul e Brasil, foi de 11,2% e 19,6%, respectivamente, conforme apresentado por Mello Jorge e colaboradores (2001).<sup>21</sup> Ainda assim, para Maringá, observando a distribuição dos óbitos segundo local de ocorrência (Tabela 4), poder-se-ia esperar um percentual de causas mal-definidas ainda menor se os óbitos ocorridos no hospital (21 óbitos no último triênio) tivessem sido melhor investigados, considerando a maior facilidade de exames diagnósticos em ambiente hospitalar.

Neste estudo, os óbitos por causas mal-definidas em idosos distribuíram-se de forma crescente, acompanhando a idade. Salvo pequenas variações no decorrer do período, para o sexo masculino (triênios 1979-1981 e 1990-1992), no qual o percentual de óbitos foi maior para os idosos de 60 a 69 anos do que para os de 70 a 74 anos, os óbitos por causas mal-definidas aumentaram à medida que a idade avançou. Essa tendência pode ser observada, principalmente, no último triênio e para o sexo feminino (Tabela 2 e Figura 1), sendo ainda mais evidente na distribuição dos coeficientes de mortalidade por idade (Figura 2).

Existem algumas razões para que a qualidade da informação de óbitos seja inferior em idades mais avançadas. Uma possibilidade reside no fato de que, em pessoas mais jovens, as condições de saúde e a história médica tenham maior possibilidade de serem agudas e mais facilmente associadas com o óbito, gerando diagnósticos claros ou causas de óbitos declaradas de forma mais precisa e completa. Para os óbitos entre os mais idosos, principalmente por doenças crônicas de longa duração, o atestado de óbito teria maior chance de ser preenchido com menor precisão, por desconhecimento do médico sobre a história do falecido; e, possivelmente, em razão da menor disponibilidade de informações, como exames laboratoriais complementares.<sup>22</sup>

É interessante salientar a sobremortalidade masculina por causas mal-definidas observada, praticamente, em todas as faixas de idade e para os dois triênios extremos (1979-1981 e 1996-1998) (Figura 2). Análise da morbimortalidade por causas para a população idosa residente em Maringá<sup>23</sup> identificou sobremortalidade masculina para a maioria das causas de óbito – com algumas exceções, como as doenças das artérias, arteríolas e capilares, no triênio 1979 –; e para as outras formas de doenças do coração e doenças dos intestinos, no triênio 1996-1998. Destacou-se o diabetes *mellitus*, cujo risco de óbito, sempre, foi superior entre as mulheres idosas residentes no Município.

O fato de as DO serem mais detalhadas para os óbitos femininos deve-se, provavelmente, ao comportamento diferenciado das mulheres em relação à sua saúde. Quando se sentem doentes, elas procuram os serviços de atenção médica, ocasionando maior número de registros sobre a sua situação de saúde, facilitando o diagnóstico e posterior definição das causas. A esse respeito, estudos populacionais reve-



lam que são as mulheres que referem maior prevalência de episódios mórbidos,<sup>24</sup> maior incapacidade funcional<sup>25</sup> e maior utilização dos serviços ambulatoriais,<sup>26</sup> o que também pode refletir as mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento na mulher e a prevalência de algumas doenças, como o diabetes.

Em relação ao local de ocorrência do óbito durante o período estudado, não houve mudança importante nos percentuais relativos aos óbitos ocorridos no hospital e no domicílio. Já para os óbitos ocorridos em via pública, observou-se aumento na frequência para os homens, a partir do triênio 1990-1992; para as mulheres, o aumento da frequência de óbitos nessa situação apareceu no último triênio, 1996-1998. Outros estudos poderiam ser feitos para melhor explicar o que estaria acontecendo, especialmente trabalhos de busca de informações sobre a possibilidade de melhora da qualidade do preenchimento dos diversos campos da DO; de forma mais específica, do campo **local de ocorrência do óbito**. Verificou-se que os óbitos por causas mal-definidas registrados como local **ignorado** foram pouco frequentes, apenas no primeiro triênio –1979-1981 – e para o sexo masculino; portanto, a possibilidade de melhora no preenchimento desse campo da DO poderia não ter ocorrido. O aumento do número de óbitos de idosos em via pública pode ser decorrente da crescente urbanização, de uma nova condição de maior autonomia e independência das pessoas idosas e da sua presença mais frequente nas ruas, principalmente dos homens: no triênio 1996-1998, entre os óbitos por causas mal-definidas ocorridos em via pública, 17,4% são de homens contra 5,1% de mulheres (Tabela 4).

Para as causas de morte, merece destaque o aumento proporcional de óbitos sem assistência médica e de óbitos por senilidade. No Brasil, para o período de 1979 a 1995, também houve aumento no percentual de óbitos sem assistência médica, em relação ao total de óbitos por causas mal-definidas. À medida que são implementados programas de captação de óbitos, a qualidade da informação tende a diminuir, gerando, a princípio, maior número de DO com causas mal-definidas, para, posteriormente, promover-se o aprimoramento da qualidade do registro no formulário.<sup>10</sup>

Em relação ao aumento de óbitos por senilidade, destaca-se, ainda, que a **demência senil** se encon-

trava no capítulo dos transtornos mentais da CID 9 (CID 9, 290.0); já na CID 10, esse item se encontra no capítulo dos Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos (CID 10, R54). Esse fato pode ser uma possível causa da elevação desse diagnóstico na mortalidade de idosos em Maringá.

Os diagnósticos que poderiam ser atribuídos, de alguma forma, à senilidade ou estados de demência, tornaram-se cada vez mais comuns entre as causas de óbitos em idosos.<sup>27</sup> Em 1950, aproximadamente 0,3% dos óbitos entre 70 e 74 anos e 2,8% entre 85 e 89 anos de idade eram atribuídos ao estado de demência. Em 1990, esse percentual já havia aumentado para 1,6% e 3,1%, respectivamente para essas faixas etárias.

*Apesar de mais de 10% de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, pode-se confiar na qualidade das informações sobre mortalidade de idosos em Maringá.*

Ainda se discute se, em idades avançadas, nenhuma causa de morte pode parecer óbvia, sobretudo quando várias doenças de longa duração estão presentes na pessoa idosa, ademais do fenômeno progressivo de declínio das funções fisiológicas, especialmente nessa fase da vida.<sup>28</sup> O verdadeiro motivo do óbito, em parte considerável da população idosa, seria o próprio envelhecimento, velhice, senilidade ou demência senil, senectude, senescência, todos esses termos aceitos e incluídos como **senilidade**, sob o código R54, CID 10.

A "velhice" não é uma causa de morte aceitável com frequência, pois as informações clínicas e os testes diagnósticos laboratoriais não são avaliados no sentido de um diagnóstico de velhice ou senilidade. A síndrome da velhice poderia ser considerada como uma doença fatal ou motivo de óbito; ou seja, quando a morte em indivíduos muito debilitados da população idosa não pudesse ser atribuída a qualquer processo mórbido que causasse o óbito em pessoas adultas, o motivo da morte deveria ser descrito como **senilidade**.<sup>28</sup> De fato, **idade avançada** já foi um diagnóstico aceito no atestado de óbito em 1900, quando 2,5% dos óbitos

eram atribuídos a ela e 8% ocorridos em pessoas entre 80 a 89 anos.<sup>27</sup> Nos dias de hoje, recomenda-se que os médicos descrevam as causas específicas de morte e reservem o uso dos códigos das causas mal-definidas nos óbitos para os quais não exista informação disponível sobre a sua causa.<sup>29</sup>

***O estudo destaca questões relevantes para a saúde do idoso, como o aumento dos óbitos em via pública.***

As conclusões acerca da tendência apresentada no Município de Maringá devem ser observadas, lembrando que o período analisado compreendeu vigência de duas revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID), a 9ª e a 10ª, o que pode ter influenciado a magnitude das mudanças observadas. Com o início da utilização de uma nova revisão, podem ocorrer eventuais mudanças na tendência da mortalidade por determinadas causas, em razão do surgimento de novas doenças ou por haver transferência de uma determinada doença ou agrupamento de um capítulo para outro; ou, ainda, por uma doença com apenas uma categoria passar a ser representada por um agrupamento (várias categorias).<sup>30</sup> Assim, os resultados observados neste estudo podem refletir, em parte, as mudanças nas práticas diagnósticas e no preenchimento dos atestados de óbito durante as duas décadas estudadas.

Essa breve análise das informações sobre mortalidade na população idosa residente em Maringá, além de subsidiar a discussão sobre a qualidade dessas informações no Município, acrescenta outras questões relevantes ao tema da saúde do idoso, como o aumento dos óbitos em via pública, que, no caso das mulheres, poderia ser chamado de “surgimento”, já que não fora registrado qualquer caso feminino nos três primeiros triênios. A constatação do aumento de óbitos sem assistência médica e por senilidade é, possivelmente, resultado do envelhecimento da população de Maringá ou um reflexo da dificuldade de acesso do seu contingente idoso aos ambulatórios e hospitais; ou, ainda, falta de empenho dos profissionais na busca de informações que completem, com clareza, todos os dados exigidos na DO. Porém, encontrar respostas para questões de suma importância, como essas, extrapola os objetivos do presente estudo.

Ainda que tenham sido observados percentuais acima de 10% de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal-definidas, em algum momento do período estudado e nas idades mais avançadas – o que, de certa forma, é esperado – é possível confiar na boa qualidade das informações sobre mortalidade para a população idosa residente no Município de Maringá. Também é importante lembrar que as limitações, porventura existentes, na utilização e qualidade das informações sobre mortalidade não invalidam o esforço dedicado à sua análise. Cabe aos usuários dessas informações conhecer os seus limites, saber interpretá-los e contribuir para a sua superação, quantitativa e qualitativamente.

## Referências bibliográficas

1. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações de Mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq, 1998.
2. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos de Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública* 1991;25:407-417.
3. Freitas MS. Avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade no Estado do Acre no ano de 1994 [dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.
4. Becker RA. Análise de mortalidade: delineamentos básicos - Coordenação de Informações Epidemiológicas. Brasília-DF: MS/FNS; 1991.
5. Paula AMC, Evangelista Filho D, Pereira IPA, Albano AHBL, Fernandes RM. Avaliação dos dados de mortalidade, Brasil - 1979 a 1989. *Informe Epidemiológico do SUS* 1994;III(1):21-41.
6. Organização Mundial da Saúde. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. *Classificação Internacional de Doenças*. 9ª rev. 1975. São Paulo; 1985. 2 vol.
7. Organização Mundial da Saúde. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas*

- Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Edusp; 1998. 3 vol.
8. Vasconcelos AMN. Estatísticas de mortalidade por causas: uma avaliação da qualidade da informação. In: Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CD-ROM] 1996, Caxambú, Brasil. Caxambu: ABEP; 1996. v.1, p. 151-166.
  9. Ministério da Saúde. IDB 97 Brasil. Indicadores e Dados Básicos. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Brasília: MS/OPAS/OMS; 1997.
  10. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. As Condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
  11. Ribas AMM, Davanzo SM. Paraná: Qualidade da informação sobre mortalidade no período 1974-1993. In: Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CD-ROM] 1996, Caxambú, Brasil. Caxambu: Abep; 1996. v.1, p. 135-149.
  12. Mathias TAF, Mello Jorge MHP. Sistema de Informações sobre Mortalidade: análise da qualidade dos dados para o Município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Scientiarum* 2001;23:759-765.
  13. Maringá. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2002-2003. Maringá: SES; 2001.
  14. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Las Condiciones de salud en las Américas: 1990. Washington: OPS/OMS; 1990. v.1. p. 145-52. Publicación Científica n. 524.
  15. Fundação IBGE. Censo demográfico 1980, Paraná, dados distritais. Rio de Janeiro; 1982. v. 1, tomo 4, nº 19.
  16. Fundação IBGE. Censo demográfico 1991, Paraná. Rio de Janeiro: IBGE; 1993. nº 22.
  17. Fundação IBGE. Informações estatísticas e geocientíficas [dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [acessado em 25 abr. 1998]. Disponível em <URL: <http://www.ibge.gov.br>>
  18. Núcleo de Estudos de População da Unicamp. Estimativa da população do Município de Maringá, 1979 a 1998. Campinas: Unicamp; 1999.
  19. Cunha EMGP da, Telles SMBS, Jorge FG. Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995). In: Berquó E, Cunha EMGP da, organizadores. Campinas; Editora da Unicamp; 2000. p. 197-271.
  20. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2002.
  21. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
  22. Rosenberg HM, Chevarley F, Powell-Griner E, Kochanek K, Feinleib M. Causes of death among the elderly: information from the death certificate. *Vital and Health Statistics* 1991. Proceedings of 1988 International Symposium on data on aging, NCHS, n. 6, p. 35-58. Series 5.
  23. Mathias TAF. A Saúde do idoso em Maringá: análise do perfil de sua morbi-mortalidade [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
  24. Borges-Yáñez SA, Gómez Dantés H. Uso de los servicios de salud por población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México* 1998;40:13-23.
  25. Costa JSD da, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública* 1997;31:360-369.
  26. Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the 1990s. *Annual Review of Public Health* 1990;11:267-296.
  27. Smith DWE. Changing causes of death of elderly people in the United States, 1950-1990. *Gerontology* 1998;44:331-335.
  28. Kohn RR. Cause of death in very old people. *Journal of American Medical Association* 1982;247:2793-2797.
  29. Mello Jorge MHP. Registro dos eventos vitais: sua importância em saúde pública. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1990. Série divulgação n. 5.
  30. Grassi PR, Laurenti R. Implicações da introdução da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998;VII(3):43-47.