

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS: ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

INVESTIGATION OF DEATHS BY UNDEFINED CAUSES: STRATEGY FOR STRENGTHENING HEALTH SURVEILLANCE

INVESTIGACIÓN DE MUERTE POR CAUSAS MAL DEFINIDAS: ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA EN SALUD

Cristina Helena Camurça Correia Pinto¹, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel², Maria Dalva Santos Alves³, Maria Leonice de Lima Passos⁴, Selma Antunes Nunes Diniz⁵, Maria Rodrigues da Conceição⁶

Objetivou-se analisar a proporção de óbitos por causas mal definidas investigadas quanto ao atestante, faixa etária e local de ocorrência do óbito, no âmbito da Secretaria Executiva Regional VI- Fortaleza-CE, Brasil. Estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados no Sistema de Informação de Mortalidade. Verificou-se de 2003 a 2008, expressiva redução das causas mal definidas nas Declarações de Óbito. Em 2007 e 2008 a maioria dos óbitos por causas mal definidas foram procedentes do Serviço de Verificação de Óbito concentrados na faixa etária de maiores de 50 anos e com ocorrência no domicílio. Concluiu-se que as informações mais precisas da causa da morte expressas na declaração de óbito possibilitaram reflexão e planejamento da prática do enfermeiro e demais profissionais, gestores e controle social, pois permitiram elaborar indicadores epidemiológicos da situação de saúde, subsídio fundamental no processo decisório e na formulação de políticas públicas de saúde.

Descritores: Enfermagem; Epidemiologia; Mortalidade; Causas de Morte.

Cross-sectional and descriptive study, with quantitative approach, was also performed, whose data were collected from the Mortality Information System. From 2003 to 2008 a significant reduction in undefined causes in death certificates was found. In 2007 and 2008, most deaths from undefined causes were processed in the Death Verification Service; concentrated in the age group over 50 years of age and occurring at home. It was concluded that the most accurate information of the cause of death stated in death certificates, permits a reflection and planning of the practice of nurses and other professionals, managers and social control, because it permits the design of epidemiological indicators of health status, crucial subsidy in decision process and in the performance of public health policies.

Descriptors: Nursing; Epidemiology; Mortality; Cause of Death.

El objetivo fue analizar la proporción de muertes por causas mal definidas al investigarse las variables: funcionario que atesta la certificación, edad y sitio de la muerte, en la Secretaría Ejecutiva Regional VI-Fortaleza-CE, Brasil. Estudio transversal y descriptivo, cuantitativo, con datos del Servicio de Informaciones sobre Mortalidad. De 2003 a 2008, hubo reducción significativa de causas de muerte mal definidas en los certificados. En 2007/2008, la mayoría de las muertes fue del Servicio de Verificación de los fallecimientos, en los de 50 años, en el hogar. Se concluyó que las informaciones más precisa de la causa de muerte expresas en el certificado de muerte posibilitaron reflejo y planificación de la práctica del enfermeiro y demás profesionales, dirigentes y control social, pues permiten desarrollar indicadores epidemiológicos del estado de salud, necesarios en la toma de decisiones y en la formulación de las políticas de salud pública.

Descriptorios: Enfermería; Epidemiología; Mortalidad; Causas de Muerte.

¹Enfermeira. Especialista em Epidemiologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Chefe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: chccp2003@yahoo.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Gonzaga Mota de Messejana. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: gledesgurgel@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: dalva@ufc.br

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Assessora Técnica da Vigilância Epidemiológica na Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: leonicepassos@hotmail.com

⁵Enfermeira. Especialista em Auditoria e Gestão de Sistemas de Saúde e Hospitais pela Faculdade Integrada do Ceará. Assessora Técnica da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: sellnunes@hotmail.com

⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mariarocon@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1975, pelo Ministério da Saúde (MS) representou um grande avanço na produção de informações sobre a mortalidade no Brasil. Esse sistema foi desenvolvido mediante a necessidade de informações completas e de um subsistema de informação acerca da mortalidade com vistas a potencializar a cobertura, qualidade e oportunidade dos dados, e realizar análises e ou estudos especiais, tendendo a determinar e corrigir o sub-registro e deficiências de qualidade da informação⁽¹⁻²⁾.

O processo de gestão na saúde demanda a produção de informações que possam apoiar um contínuo conhecer, decidir, agir, avaliar e, novamente, decidir. Além de contínuo, precisa ser sensível o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde. As políticas de saúde devem se basear em informações adequadas e oportunas sobre a natureza e a extensão dos problemas observados, seus determinantes e sobre o impacto causado nas populações.

Com a utilização da Declaração de Óbito (DO) padronizada, considerada o instrumento que alimenta o SIM, a possibilidade de se obter para todo território nacional estatísticas de melhor qualidade, foi se concretizando⁽³⁾.

O indicador mais simples desta qualidade consiste na proporção de óbitos atribuídos às causas mal definidas. Os valores deste indicador refletem a disponibilidade da assistência médica prestada à população e as características do preenchimento da Declaração de Óbito.

A qualidade da informação desse documento é procedida mediante a verificação da proporção de óbitos por causas mal definidas, inscritas no capítulo XVIII, da Classificação Estatística Internacional de Doenças CID-10 (sintomas, sinais e achados anormais de exames

clínicos e de laboratório não classificados em outra parte) e dos problemas relacionados à saúde, décima revisão, capítulo no qual a categoria R98 identifica "morte sem assistência"⁽⁴⁻⁵⁾.

No Brasil, em 2003, 13,3% das causas básicas de óbito foram identificadas como mal definidas, cujas maiores proporções ocorreram nas regiões Nordeste e Norte do Brasil. A distribuição destas causas variou entre as regiões do País, prevalecendo no Nordeste com 18,9%, cujos estados encontravam-se as maiores proporções e região Norte, com 13,5%. As menores proporções foram verificadas na região Centro-Oeste (1,6%), Sudeste (2,2%) e Sul com 2,8%. Os estados do Maranhão, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte apresentaram valores superiores a 20%. Enquanto proporções menores que 1% ocorreram no Rio de Janeiro, Distrito Federal, Mato Grosso Sul e Mato Grosso⁽⁶⁻⁷⁾.

Reduzir os óbitos com causa mal definida continua sendo um desafio, a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) para as regiões Nordeste e Norte foi a redução destes óbitos para menos de 10%⁽⁸⁻⁹⁾.

Dentre esses novos desafios, o Ministério da Saúde propõe o uso do formulário padronizado da Autópsia Verbal (AV) e uma integração entre as áreas de análise e avaliação da situação de saúde.

Na investigação do óbito por causa mal definida, é fundamental a utilização do instrumento da Autópsia Verbal. O MS recomenda que essa ação seja incorporada à rotina dos serviços de atenção básica, propiciando informações valiosas e gerando uma consciência crítica que favoreça a redução dessas causas mal definidas. Este instrumento permite ainda orientar e organizar a coleta de dados sobre óbitos com causa mal definida, reunindo dados de forma sistemática, facilitando o raciocínio clínico na determinação da causa básica. A Autópsia Verbal é, preferencialmente, o último passo

desta investigação. No entanto, em algumas situações, é a informação da família que conduzirá as buscas em estabelecimentos de saúde, cartórios, Instituto Médico Legal, entre outros⁽⁸⁾.

Esse formulário contempla os dados obtidos durante a visita à Unidade de Saúde, ao Cartório, ao Sistema de Informação Nacional de Agravos e Notificação (SINAN), ao Instituto de Medicina Legal (IML), ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), e ao Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e Fetal (CMMIF). Portanto, contempla diferentes faixas etárias e se adapta para a investigação de óbitos infantil e materno. O quadro relativo à conclusão da investigação deve ser preenchido por um médico certificador, que procura identificar a causa da morte, de forma mais específica que o caso assim o permitir⁽⁸⁾.

Em face desse contexto, vale destacar a importância da epidemiologia na formação de profissionais de saúde e a atuação do enfermeiro com esse enfoque epidemiológico no processo de investigação e na qualificação de óbitos por causa mal definidas, que exige postura ética na construção coletiva das práticas e dos saberes. Ademais, a identificação da causa básica, possibilita traçar o perfil epidemiológico da mortalidade e, conseqüentemente, nortear as ações de promoção e prevenção. Destaca-se a relevância deste estudo para o planejamento das ações de saúde, pois, deve ser pautado na concepção de saúde como direito, no sentido mais amplo que transcende a vida⁽¹⁰⁾.

Logo, o estudo objetivou analisar a proporção de óbitos por causas mal definidas investigados, em relação ao atestante, faixa etária e local de ocorrência do óbito, no âmbito da Secretaria Executiva Regional VI, em Fortaleza-CE.

MÉTODO

A pesquisa constou de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. O ambiente de

investigação foi a Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), por meio do banco do Sistema de Informação de Mortalidade (*Sim Web*), disponibilizado pelo *site* da Secretaria de Saúde através *software* TABNET Fortaleza do DATASUS, em meio eletrônico, mediante dados coletados nas Declarações de Óbito de residentes nessa regional. A coleta dos dados aconteceu de maio a junho de 2009.

A SER VI constituía-se em parte integrante das regiões administrativas do município de Fortaleza. Compunha-se de 20 Centros de Saúde da Família (CSF), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e dois Hospitais Distritais.

A população correspondeu à totalidade dos óbitos ocorridos na SER VI, no período de 2003 a 2008. A amostra constou dos óbitos por causas mal definidas provenientes do Banco de Dados do SIM, cuja causa básica encontrava-se incluída no Cap. XVIII – CID-10, residentes em bairros pertencentes à área de abrangência da Secretaria Executiva Regional VI, nos anos de 2007 e 2008.

A Declaração de Óbito era composta por 62 campos, para o estudo foi definida intencionalmente quatro (4) campos que corresponderam às variáveis delimitadas para o desenvolvimento do estudo, visto que responderam a proposições do estudo: causa mal definida (campo 49), atestante (52), faixa etária (15), local de ocorrência (26).

Na DO, o campo 52 define cinco possibilidades de atestante (médico, médico substituto, IML, SVO e outros), existe também a possibilidade de não registro, em que se considerou não informado.

Para seleção da causa da morte mal definida, consideraram-se as informações referentes ao período de 2003 a 2008. Para as demais variáveis, foram considerados os anos de 2007 e 2008, tendo em vista que a informação referente à atestante estava disponível no *software* TABNET a partir de 2007.

Para melhor compreensão, as idades foram agrupadas em cinco faixas etárias: menores de um ano; 1-4 anos; 5-14 anos; 15-49 anos; maiores de 50 anos, disponíveis no sistema, compreendendo as categorias R00 – R99, ditas “causas mal definidas”, na CID-10.

Os dados obtidos foram processados no *Software Excel*, com cálculo de frequência absoluta e relativa, apresentados em gráficos, seguidas das respectivas análises descritivas.

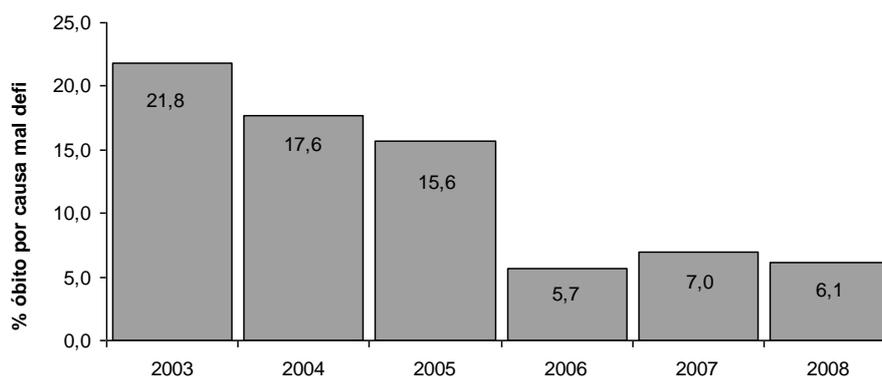
A despeito da população eminentemente quantitativa, proveniente de fontes secundárias e consideradas de domínio público, não houve necessidade da pré-aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, o estudo observou o rigor dos aspectos éticos, preconizados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

Salienta-se que o acesso ao banco de dados do SIM ocorreu com o consentimento do gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI/SMS) e da Gerente do Distrito de Saúde da SER VI, com a assinatura do Termo de Fiel Depositário.

RESULTADOS

Causa mal definida na SER VI de 2003 a 2008

Sob o ponto de vista da organização do sistema de informação de mortalidade, destaca-se a redução significativa dos óbitos com causas mal definidas no período de 2003 a 2008, atingindo percentuais em torno de 21,7%, em 2003, e 6,1%, em 2008.



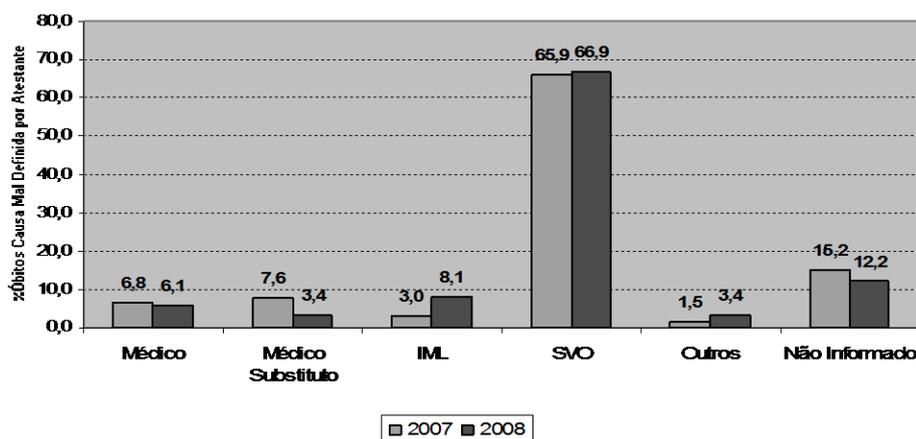
Fonte:SIM Web/Tabnet Fortaleza

Figura 1 - Série histórica dos óbitos por causas mal definidas (CID 10), na Secretaria Executiva Regional VI, Fortaleza, CE, Brasil, 2003-2008.

Causas de óbito mal definidas expedidas pelos atestantes

A distribuição das causas de óbito mal definidas expedidas pelos atestantes em 2007 e 2008, está explicitada na Figura 2, e verificou-se que dos 132 óbitos por causas mal definidas em 2007, 87 (65,9%) eram procedentes do SVO, 4 (3%) do IML e 41 (31%) dos outros atestantes. Em 2008, percebeu-se discreta

elevação nesses percentuais em torno de 0,9%, no SVO. Entre os atestados pelo Instituto de Medicina Legal (IML), também se percebeu elevação de 3,2%, em 2007, para 8,2%, em 2008. Os óbitos atestados por médicos e os não informados sofreram redução nos percentuais, passando de 31%, em 2007, para 25%, em 2008.



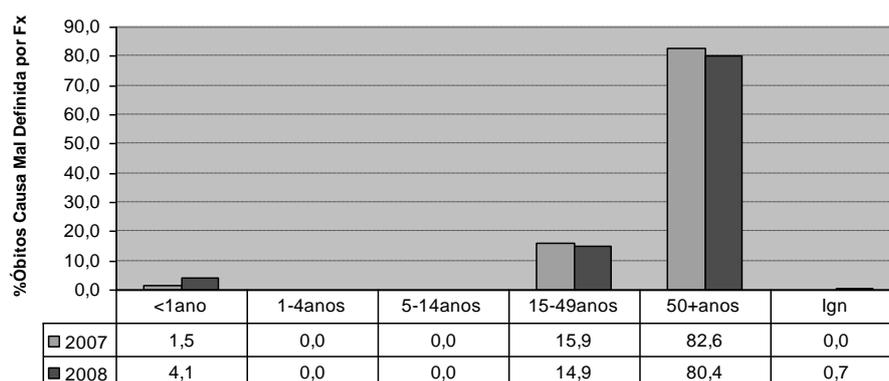
Fonte: SIMweb - Tabnet Fortaleza

Figura 2 - Óbito por causas mal definidas por atestante, na Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2007-2008.

O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) foi criado em 2005 em Fortaleza, com a finalidade de esclarecer a causa da morte natural sem assistência médica, considerando que com a definição do diagnóstico (causa do óbito) vários benefícios são proporcionados para a comunidade com impacto positivo na saúde e proteção social. Este serviço encontra dificuldades em atestar a real causa do óbito, pois depende da autorização de familiares para elucidar a causa do óbito através da realização da necropsia.

Causas de óbito mal definidas expedidas segundo a faixa etária

Para os óbitos por causas mal definidas, segundo a idade, foi considerada a faixa etária de Nelson-Moraes (Figura 3). Constatou-se que em 2007 a faixa etária de 15-49 anos sofreu pequena redução, em torno de 1,1%, quando comparada às apresentadas em 2008.



Fonte: SIMweb - Tabnet Fortaleza

Figura 3 - Óbito por causas mal definidas por faixa etária, na Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2007-2008.

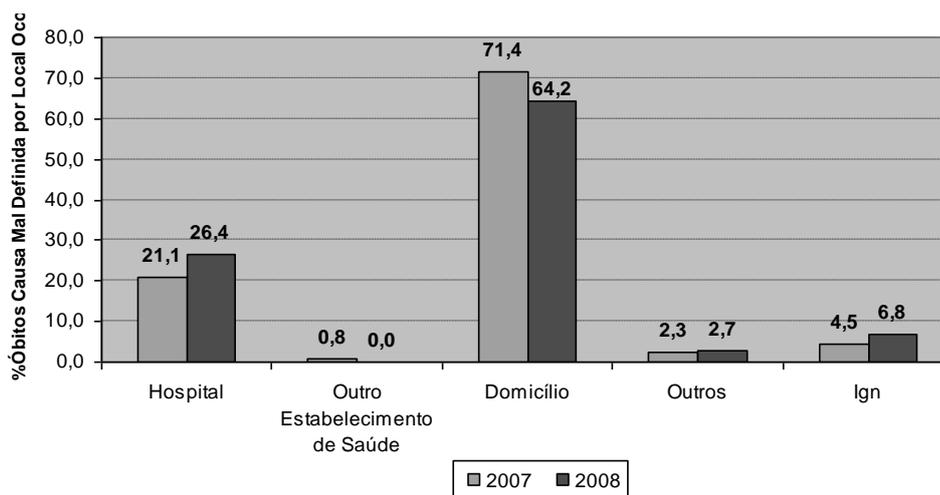
Esta redução também se observou na faixa relativa aos maiores de 50 anos. Em 2007, 82,6% dos

óbitos por causas mal definidas, apresentaram-se nesta faixa, em 2008, 80,5%, ocorrendo assim uma redução

de 2%. Esta faixa é a que mais se relaciona com o total de óbitos por causas mal definidas nas estatísticas divulgadas no Brasil⁽¹¹⁾.

Causas de óbito mal definidas por local de ocorrência

No estudo, o maior número de óbitos por causas mal definidas, ocorreu no domicílio, a maioria dos casos ocorreu entre pessoas maiores de 50 anos. Em 2007, 71,4%, e 64,2%, em 2008. Já os óbitos por causas mal definidas declaradas por hospital representou, em 2007, 21,1%, e 26,4%, em 2008.



Fonte: SIMweb - Tabnet Fortaleza

Figura 4 - Óbito por causas mal definidas por local de ocorrência, na Secretaria Executiva Regional VI, 2007-2008.

DISCUSSÃO

A redução da proporção dos óbitos por causas mal definidas constitui uma das principais medidas para o aprimoramento da qualidade das estatísticas de mortalidade no país⁽⁶⁾.

Elucida-se que a indefinição da causa do óbito é o segundo grupo de causa da morte entre idosos brasileiros. A dificuldade para se alcançar o diagnóstico também é maior nessa população, sendo um fenômeno universal⁽¹²⁾.

No Brasil, as proporções de óbitos notificados como causas mal definidas apresentaram reduções relevantes entre 1996 e 2005: de 15,1 para 10,4%, em todas as idades; e de 18,2 para 11,9%, em idosos de 60 anos e mais. O decréscimo dos óbitos por causas mal

definidas, para todas as idades, foi de 31%, enquanto nos idosos, foi um pouco maior, de cerca de 35%⁽¹³⁾.

A elevada proporção de mortes com causas mal definidas entre idosos pode decorrer da maior dificuldade em selecionar a real causa básica da morte destes. Ao envelhecerem, eles passam a apresentar, concomitantemente, várias morbidades crônico-degenerativas, como neoplasias, hipertensão, diabetes e outras doenças do aparelho circulatório, portanto a decisão sobre a real causa básica tornar-se mais complexa⁽¹⁴⁾. Do mesmo modo, outro estudo revela que a associação de diagnósticos é um fenômeno pouco estudado, porém já na década de 1970 reconhecia-se que o aumento da vida média fazia com que adultos e idosos passassem a acumular doenças⁽¹⁵⁾.

Quanto à maior ocorrência de óbito no domicílio por causas mal definidas, estudo realizado no Rio de Janeiro constatou que os indivíduos internaram menos no Sistema Único de Saúde e morreram mais em domicílios, sem assistência médica. A ocorrência de óbitos em domicílio está associada a uma baixa efetividade dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

Os óbitos ocorridos em domicílio ainda consistiam em um evento não raro na Secretaria Executiva Regional VI. Esse indicador não apenas refletiu a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, mas também as desigualdades associadas à condição da pessoa idosa. Condição fundamental para o planejamento da atenção à saúde para esta faixa.

Apuração de causa de mortes que ocorrem na ausência de atenção médica é um problema significativo em muitos países, incluindo Tailândia, em que mais de 50% dessas mortes são registrados com causas mal definidas⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado, em Bahrein, comprovou que dos falecidos com causas mal definidas de morte em 2006, 70,6% eram homens, 37% tinham mais de 70 anos, e 62,7% morreram em suas casas. As causas básicas de óbito de 92% foram registradas por falha cardiopulmonar. Daqueles cujo local de morte foi registrado, 86% morreram em suas casas. Sessenta por cento dos atestados de óbito foram assinados por Salmaniya Complexo Médico (SMC), os médicos e os restantes por médicos forenses e mais da metade dos residentes seniores. Dos atestados de óbito recuperadas em SMC, 60% foram corrigidos, 47,4% dos que foram certificados por médicos do serviço de urgência, 31,5% de médicos, e 21,1% dos departamentos de cirurgia⁽¹⁸⁾.

Desse modo, aponta-se que um dos instrumentos de investigação do óbito com causa mal definida é a Autópsia Verbal. O uso deste método padrão adaptado para a Tailândia permitiu uma avaliação plausível de

padrões de mortalidade por causas específicas e uma redução substancial de diagnósticos mal definidos^(19,20).

CONCLUSÃO

No período de 2003 a 2008 a Secretaria Executiva Regional VI apresentou desempenho satisfatório na redução das causas de óbito mal definidas que foram inferiores à meta pactuada no Plano Pluri-Anual, de 10% para as regiões Norte e Nordeste.

Os achados, quanto aos atestantes, mostraram que o SVO apresentou o maior percentual de óbitos por causa mal definidas em 2007 e 2008, e o IML, o menor percentual. Estes resultados referentes ao SVO suscitaram uma reflexão acerca da missão e autonomia de elucidação da causa da morte. Neste contexto, deve ser considerada a limitação da atuação do profissional de saúde na realização da necropsia, que está vinculada à autorização da família.

A faixa etária que apresentou maiores óbitos com causa mal definida foi a faixa relativa aos maiores de 50 anos. Assim, facilitar o acesso a serviços de saúde a esse segmento é essencial, pois os grandes usuários dos serviços de saúde encontram-se nessa faixa etária, cuja prevalência de doenças se torna mais frequentes.

O estudo demonstrou que as causas mal definidas apresentaram maior percentual quando o óbito ocorreu no domicílio.

Diante dos resultados e na premissa de contribuir para a melhoria da qualidade do preenchimento da DO e, conseqüentemente, das informações do SIM, recomenda-se integrar os diferentes sistemas de informação disponíveis; compor grupo técnico para análise do SIM, em todos os núcleos de epidemiologia; promover parceria com Conselho Regional de Medicina, Secretaria Municipal de Saúde e Secretarias Executivas Regionais; estimular a integração do Serviço e Ensino, por meio dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI) e Unidades de Vigilância Epidemiológica

(UVE), contribuindo para o aprendizado do aluno e possibilitando a visualização da importância da Epidemiologia dos serviços; implementar instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para realização da Autópsia Verbal, incorporando-o à rotina dos serviços de atenção básica; e sensibilizar os profissionais responsáveis pelo processo (inclusive médicos legistas), com aperfeiçoamento no preenchimento de DO, sobretudo na definição da causa do óbito.

A criação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NUHEPI), no âmbito hospitalar, e as Unidades de Vigilância Epidemiológicas (UVE), nos Centros de Saúde da Família, bem como a implantação do formulário para investigação de óbitos por causas mal definidas, a capacitação de digitadores, codificadores, realização de oficinas de sensibilização para profissionais responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Óbito (DO), a partir de 2006, representou grande contribuição para esta nova realidade.

Considera-se a importância deste estudo à medida que possibilita uma reflexão da prática profissional e gerencial do enfermeiro em saúde coletiva e a utilização do Sistema de Informação em Saúde como instrumento essencial para a prática do cuidado, pois permite estabelecer prioridades, frente aos indicadores de saúde, subsídio fundamental para o processo decisório

Portanto, o registro adequado dos campos propostos no estudo é de relevância para a qualidade do SIM. A produção de informações mais precisas quanto à mortalidade expressa na causa morte na DO reflete a situação de saúde e contribuirá para subsidiar a gestão e o controle social, na formulação de políticas públicas de saúde, objetivando a redução da morbimortalidade na SER VI, em Fortaleza-CE.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007, 12(3):643-54.
2. Paes NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3):436-45.
3. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. 3ª ed. Brasília: FUNASA; 2001.
4. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 2003.
5. Laurenti R, Jorge MHP. O atestado de óbito. São Paulo: Centro da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português; 2001 (Série Divulgação, nº 1).
6. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. Editorial. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1):2.
7. Laurenti R, Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro. São Paulo: CBDC; 2006.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde: mortalidade [Internet]. [citado 2009 maio 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/env/obtuf.def>.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Suppl):15-25.
10. Schirmer J. A importância da enfermeira nas ações governamentais de redução de morbi mortalidade materna e neonatal [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):v-v.

11. Costa MR, Marcolito LF. Mortalidade por causas mal definidas, Brasil, 1979-2002, e um modelo preditivo para a idade. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1001-12.
12. Abreu DMX, Sakurai E, Campos LN. A evolução da mortalidade por causas mal definidas na população idosa em quatro capitais brasileiras, 1996-2007. *Rev Bras Estud Popul*. 2010; 27(1):75-88.
13. Jorge MHPM, Laurenti R, Lima-Costa MF, Gotlieb SLD, Filho Alexandre DPC. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008; 17(4):271-81.
- 14 Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Mortalidade por doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e causas mal definidas nas regiões do Estado do Rio de Janeiro, 1980-2007. *Rev SOCERJ*. 2009; 22(3):142-50.
15. Rossini FP, Ferraz CA. Estudo das internações de urgência com enfoque demográfico-epidemiológico em hospital público. *Rev Rene*. 2009; 10(4):77-86.
16. Teixeira CL, Klein CH, Bloch KV, Coeli CM. Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1315-24.
17. Polprasert W, Rao C, Adair T, Pattaraarchachai J, Porapakkham Y, Lopez AD. Cause-of-death ascertainment for deaths that occur outside hospitals in Thailand: application of verbal autopsy methods. *Popul Health Metr*. 2010; 8:13.
18. Abulfatih NM, Hamadeh RR, Abulfatih NM, Hamadeh RR. A study of ill-defined causes of death in Bahrain. Determinants and health policy issues. *Saudi Med J*. 2010; 31(5):545-9.
19. Wang L, Yang G, Jiemin M, Rao C, Wan X, Dubrovsky G, Lopez AD. Evaluation of the quality of cause of death statistics in rural China using verbal autopsies. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61:519-26.
20. Garenne M, Fauveau V. Potential and limits of verbal autopsies. *Bull World Health Organ*. 2006; 84:164.

Recebido: 10/11/2011
Aceito: 29/05/2012