



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

ELIENE DOS SANTOS DE JESUS

**REGISTRO DE CAUSA BÁSICA DE MORTE NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: OCORRÊNCIA DE CÓDIGOS
POUCO ÚTEIS PRIORITÁRIOS EM SALVADOR, BAHIA**

Salvador
2019

ELIENE DOS SANTOS DE JESUS

**REGISTRO DE CAUSA BÁSICA DE MORTE NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: OCORRÊNCIA DE CÓDIGOS
POUCO ÚTEIS PRIORITÁRIOS EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Mota

SALVADOR
2019



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva

Eliene dos Santos de Jesus

**REGISTRO DE CAUSA BÁSICA DE MORTE NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: OCORRÊNCIA DE CÓDIGOS
POUCO ÚTEIS EM SALVADOR, BAHIA.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 03 de abril de 2019

Banca Examinadora:

Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA

Profa. Elisabeth Barboza França – UFMG

Prof. Marcio Alazraqui – UNLA

Salvador
2019

Dedico este trabalho a todas as energias da natureza que possibilitaram minha caminhada até aqui!

AGRADECIMENTOS

À minha ancestralidade africana que abriu trilhas para que eu pudesse chegar aonde cheguei!

Aos meus orixás... sem eles, nada seria possível!!

À minha família de santo, porto seguro, reforço da fé e da espiritualização, em especial Iya Cida, pelo acolhimento e confiança! À minha família ascendente, aos meus pais que apesar de não serem alfabetizados, acreditavam na educação como uma possibilidade de ascensão para suas filhas pretas. À minha família descendente, em especial aos meus filhos, Fábio e Filipe e aos netos, Yan e Lucas pela paciência. Espero que se apaixonem pelo “Conhecimento”.

À gestão municipal, em especial à Diretoria de Vigilância à Saúde, *locus* de excelência, pelo apoio e estímulo.

À Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, unidade a qual sirvo há, exatamente, 24 anos.

À professora Elisabeth Barboza França da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e à professora Yukari Figueroa Mise pelo carinho, atenção e orientações para melhoria deste trabalho.

Ao querido e paciente prof. Eduardo Mota, pelo vasto conhecimento no campo de informação em Saúde, pela competência, pelo estímulo e pelas valiosíssimas contribuições, o que tornou a passagem pelo mestrado mais leve.

Aos dezenove colegas de turma, com vocês o caminho percorrido ficou perfumado e florido.

À Assufba e a UFBA, pela possibilidade da ascensão profissional.

Aos atuais colegas da SUIS, aos quais faço questão de citar nominalmente cada um (a): Agnaldo de Mattos, Alessandra Barreto, Augusto Luiz, Bianca França, Caroline Ramos, Denival Pereira, Eva dos Santos, Humberto Lago, Igor Bittencourt, Jessidenes Leal, João Batista, João Damasceno, Juan Carlos, Luciana Caribé, Conceicao Oliveira, Maria Isabel, Mauricio Luz, Mirna Cruz, Uilma Ferreira e Vanda Anselmo. Agradeço também a todos aqueles que fizeram parte da SUIS e seguiram outros caminhos.

Ressalva especial para Joselito Andrade e Jessidenes: obrigada, queridos, pela paciência, tabulações, retabulações e mais tabulações...

A importância do planejamento e da organização!

Dois pescadores seguravam suas varas à espera de um peixe. De repente, gritos de crianças trincaram o silêncio. Assustados, os pescadores procuraram e nada encontraram. Os berros continuaram. A correnteza do rio trazia duas crianças quase afogadas, pedindo socorro. Os pescadores pularam na água. Mal conseguiram salvá-las, quando escutaram mais gritos: outras quatro crianças se debatiam. Novos gritos: são mais oito crianças vindo correnteza abaixo. Um dos pescadores virou as costas e começou a ir embora. Seu amigo não entendeu seu comportamento: - "Você está louco, não vai salvá-las?" E ele respondeu: - "Acho que está na hora de descobrir quem está jogando as crianças no rio".

Gilberto Dimenstein

APRESENTAÇÃO

Por trabalhar como gestora na Subcoordenadoria de Informação em Saúde (SUIS), da Coordenação de Apoio às Ações de Vigilância (COAVS), da Diretoria de Vigilância à Saúde (DVIS), da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS/SSA), com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), em particular, com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ficava inquieta ao identificar frequência elevada de registros de Códigos *Garbage*¹ (CG) ou códigos de causas básicas de morte pouco úteis, na base de dados de Salvador.

Segundo nota do Ministério da Saúde (MS), o estado da Bahia, apresenta elevado registro de óbitos com causa básica de morte quando são utilizados códigos pouco úteis, ficando como o primeiro estado da região Nordeste, bem como do país, a concentrar altos índices. Para o município de Salvador, que tem a maior ocorrência de óbitos do estado e concentra grande volume de serviços de média e alta complexidade, o que a torna atrativa na busca de serviços de saúde, problemas dessa ordem, se configuram um desafio à gestão dos SIS, bem como à gestão dos serviços de saúde.

Sabe-se que as análises sobre a situação de mortalidade, têm como principal fonte de dados o SIM e que as informações sobre as principais causas que levam ao óbito num determinado território, são de extrema importância para o planejamento e a gestão dos serviços e sistemas de saúde local. Para tanto, é necessário um monitoramento contínuo e efetivo da qualidade dos mesmos, sendo este estudo, em minha opinião, uma excelente oportunidade para um melhor entendimento da situação dos registros de códigos pouco úteis na cidade de Salvador, Bahia.

O estudo tem como título **Registro de causa básica de morte no Sistema de Informação sobre Mortalidade: ocorrência de códigos pouco úteis prioritários em Salvador, Bahia** e seu objetivo é estudar a ocorrência desses registros da CID-10 utilizados como causa básica de morte no município de Salvador, Bahia. Este trabalho não teve apoio financeiro, entretanto foi concedida licença capacitação por 30 dias para a sua construção. Quanto à metodologia a ser utilizada para atingir ao objetivo proposto será a revisão da literatura para embasamento científico e uso da base de dados secundários do SIM para descrever o perfil sócio demográfico com as variáveis selecionadas.

¹ Neste trabalho adotar-se-á o termo Códigos Pouco Úteis Prioritários (CPUP).

RESUMO

O interesse pelos estudos na área de monitoramento e avaliação da qualidade dos dados dos sistemas de informação aumentou nos últimos anos, mas as iniciativas ainda são isoladas e assistemáticas. Contudo, o Ministério da Saúde vem implementando estratégias de qualificação para esses dados como o Projeto “Sessenta Cidades”. Buscou-se conhecer as características das variáveis das Declarações de Óbito que apresentaram registros de códigos de causa básica de morte pouco úteis para a gestão do sistema de saúde no município de Salvador, Bahia, em 2017. Essas causas de morte, também são chamadas de Códigos *Garbage* pelo *Global Burden of Disease* e são de pouca utilidade para as análises de situação de saúde por expressarem as complicações da doença ou lesão que iniciou a cadeia de eventos que culminou com o óbito e não a causa que de fato levou à morte. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, utilizando-se os dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade com os óbitos que registraram os códigos pouco úteis, definidos pelo Ministério da Saúde como prioritários. Salvador apresentou em 2017, 16.014 mil óbitos, de ocorrência e de residência no seu território. As causas mais frequentes de morte foram as Neoplasias (3.137 óbitos), as Doenças do aparelho circulatório (2.859 óbitos), as Causas externas de morbidade e mortalidade (2.281 óbitos) e os Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (1.700 óbitos). Foram identificados 4.775 óbitos com códigos pouco úteis, o que correspondeu a 29,8% do total de óbitos. As mulheres apresentaram maior frequência (32,1%), as da raça/cor indígena (71,4%), com escolaridade de 1 a 3 anos de estudo (33,9%) e na faixa etária de 80 e + anos (36,7%). As causas mal definidas do Capítulo XVIII foram os códigos utilizados com maior frequência (37,4%).

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Qualidade dos dados. Causa de morte.

ABSTRACT

The interest by studies in monitoring and evaluation of data quality in information systems has grown in the last years, but the initiatives are still isolated and no systematical. However, Ministry of Health is implementing qualification strategies to these data, as the “The Sixty Cities” Project. In that study, they tried to know the characteristics of variables of Obituary Declarations that had registries of codes of basic causes of death less useful to Health in Salvador County, Bahia, in 2017. These causes of death are called “Garbage” Codes by “Global Burden of Disease” and are less useful to analysis of health situations due to express health complications or damage that has started the chain of events that has led to death, but not the cause that, in fact, has led to death. This is a descriptive, quantitative study, using the secondary data from the Mortality Information Systems with deaths that record the codes that are useful, defined by the Ministry of Health as priorities. Salvador had, in 2017, 16,014 deaths of occurrence and residence in its territory. The most common causes were Neoplasm (3,137 deaths), Circulatory System Diseases (2,859 deaths), External Causes of Morbidity and Mortality (2,281 deaths) and Symptoms, Signals and Abnormal Findings of Clinic Exams and Laboratory ones do not classified (1,700 deaths). About deaths with less useful priority code records, there were 4,775 deaths that matched to 29.8 % of total deaths. Female subjects had a higher frequency (32.1%), indigenous skin color /race of the (71.4%), education level of 1 to 3 years of study (33.9%) and in the age group of 80 and + years (36.7%). As for the less useful codes, the ill-defined causes of Chapter XVIII were used more often (35.5%).

Keywords: Information System in Health. Data quality. Cause of death.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Diagrama 1. Frequência absoluta e relativa do total geral de óbitos por ocorrência e residência, Salvador, Bahia, 2017	30
Tabela 1. Número absoluto e percentual dos óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP), Salvador, Bahia, 2017.....	31
Tabela 2. Total geral de óbitos, óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo sexo, raça/cor da pele, escolaridade (anos) e faixa etária (anos), Salvador, Bahia, 2017.....	32
Tabela 3. Total geral de óbitos, óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP), e proporção de óbitos com CPUP, segundo Distrito Sanitário de Residência, Salvador, Bahia, 2017.....	33
Tabela 4. Total geral de óbitos, óbitos com códigos pouco úteis prioritários (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo natureza jurídica e não classificados, Salvador, Bahia, 2017	34
Tabela 5. Número absoluto e percentual de óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP), segundo Estabelecimentos de Atenção à Saúde, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), não classificados e outros, Salvador, Bahia, 2017.....	35
Tabela 6. Número absoluto de óbitos com causa básica de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP), segundo Distrito Sanitário de ocorrência, de residência, não classificados e Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) Salvador, Bahia, 2017.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRO	Brotas
BRO	Brotas
BRV	Barra/Rio Vermelho
CAB	Cabula / Beiru
CAJ	Cajazeiras
CID-1	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª
CFM	Conselho Federal de Medicina
CG	Códigos <i>Garbage</i>
CHI	Centro Histórico
CNV	Arquivo de Conversão
COAVS	Coordenação de Apoio às Ações da Vigilância em Saúde
CPU	Código Pouco Úteis
CPUP	Conversão (Arquivo de Conversão) Códigos Pouco Úteis Prioritários
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DBF	<i>Database file</i>
DEF	Arquivo de Definição
DO	Declaração de Óbito
DS	Distritos Sanitários
DVIS	Diretoria de Vigilância em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGN	Ignorado
IMLNR	Instituto Médico Legal Nina Rodrigues
ITG	Itapagipe
ITP	Itapuã
LIB	Liberdade
MS	Ministério da Saúde
NE	Não Especificada
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana
PA	Pronto Atendimento
PLI	Pau da Lima
PMS	Prefeitura Municipal de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para Saúde
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SCV	São Caetano/Valéria
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde
SFE	Subúrbio Ferroviário
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSA	Salvador
SUIS	Subcoordenadoria de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto AtendimentoAVC

SUMÁRIO

ARTIGO

REGISTRO DE CAUSA BÁSICA DE MORTE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: OCORRÊNCIA DE CÓDIGOS POUCO ÚTEIS PRIORITÁRIOS EM SALVADOR, BAHIA.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA / ELEMENTOS TEÓRICOS.....	14
2.1 A IMPORTÂNCIA E A QUALIDADE DO DADO.....	17
2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO E A MORTALIDADE.....	19
2.3 CAUSAS BÁSICAS DE MORTE E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO	20
2.3.1 Os Códigos pouco úteis	22
2.3.2 Projeto Sessenta Cidades.....	23
3 METODOLOGIA	25
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÃO.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A- Total geral de óbitos, óbitos com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues e Não classificados, Salvador, Bahia, 2017.....	47
APÊNDICE B - Número absoluto de óbitos com causa básica de morte com códigos considerados pouco úteis prioritários* (CPUP), segundo Distrito Sanitário de ocorrência, de residência, Não classificados** e Instituto Médico Legal, Salvador, Bahia, 2017.....	50
ANEXO 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – CEP/ISC-UFBA.....	59
ANEXO 2 - Modelo de Declaração de óbito.....	60
ANEXO 3 - Lista dos códigos pouco úteis prioritários do Projeto Sessenta Cidades.....	61

REGISTRO DE CAUSA BÁSICA DE MORTE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE: OCORRÊNCIA DE CÓDIGOS POUCO ÚTEIS PRIORITÁRIOS EM SALVADOR, BAHIA

1 INTRODUÇÃO

Os dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são os principais componentes das estatísticas vitais e de saúde de uma população. Reúnem informações sobre os eventos vitais (nascimentos e óbitos), entre outros. O registro desses eventos, especialmente os de óbito, permite conhecer o perfil epidemiológico de mortalidade de uma população e pode orientar o processo de tomada de decisão, distribuição de recursos, formulação de políticas e intervenções em benefícios das diferentes populações dos países e territórios da região. Além disso, são essenciais ao planejamento e implementação dos programas de saúde pública (UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION - UNSD, 2017).

Reconhecendo a importância destes temas para os países da América, foi aprovada em 2007 a Resolução CSP27. R12 para melhorar a cobertura e a qualidade dos dados das estatísticas vitais e de saúde, sendo adotada formalmente a estratégia para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países das Américas. Esta estratégia foi operacionalizada em 2008 com a aprovação do Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde para o período 2008-2013 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

No Brasil o interesse pelos estudos na área de monitoramento e avaliação da qualidade dos dados dos sistemas de informação aumentou nos últimos anos, mas as iniciativas ainda são isoladas e assistemáticas (NERI *et al.*, 2016). Contudo, avanços e retrocessos têm marcado suas trajetórias, no sentido de permitir que eles possam, cada vez mais e melhor, cumprir seus objetivos (JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010).

Pode-se afirmar que, a década de 1970 representou um marco na história das estatísticas de saúde no país. No ano de 1973, a criação da Lei Federal nº 6.015 regulamentou o registro civil no país e atribuiu ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a responsabilidade pelas estatísticas do registro civil e em 1975, ocorreu a realização da primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde (BRASIL, 2009).

Já no ano de 1996, em acordo de cooperação técnica na área de Informação em Saúde, o MS e a Organização Pan-Americana (OPAS), criam a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que teria como um dos objetivos iniciais, contribuir para a sistematização de dados e informações produzidos pelos países da Região das Américas, a partir da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde (RIPSA, 2008).

Outra iniciativa também ocorrida em 1996 foi se usar como um dos critérios de avaliação da qualidade da informação sobre causas de morte, a proporção de causas mal definidas do capítulo XVIII da CID-10. Entretanto, estudos internacionais, alertavam para a necessidade de ampliação do elenco de códigos da CID-10, pois, estes, em não sendo considerados úteis para se definir as causas de morte, não permitiriam identificar de forma adequada ações para prevenção e controle de doenças e agravos de saúde. Conceituados inicialmente como Códigos Garbage (CG) consistem, portanto, em códigos da CID-10 relativos a causas básicas de óbito com diagnósticos indefinidos ou incompletos que não apontam a causa específica de morte (ISHITANI *et al.*, 2017).

A RIPSA reconhece que ainda hoje persiste o desafio de melhor aproveitar as informações na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, nas últimas décadas, o MS desenvolveu diversos sistemas nacionais de informação, sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde, entre outros. É importante o processo de apropriação dessas informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades e que se considerem seus pontos fortes e suas limitações, que somente é possível a partir de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados (LIMA *et al.*, 2009). Saliencia que uma das limitações a ser considerada é a questão da qualidade dos dados ofertados.

Reconhecendo a importância da qualidade dos dados, o MS vem incentivando iniciativas dessa natureza. Ao longo dos anos, tem investido sistematicamente na melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), particularmente nas causas de morte registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), por entender que o preenchimento inadequado dessa variável pode prejudicar substancialmente o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde, comprometidos, inclusive, pela qualidade da classificação do óbito (LIMA; QUEIROZ, 2011), o que pode levar a um quadro distorcido do perfil de morbimortalidade de uma população.

Seguindo esta proposta, este estudo objetiva estudar a ocorrência dos registros de códigos pouco úteis prioritários da CID-10, utilizados como causa básica de morte no município de Salvador, Bahia, descrevendo sua frequência e o perfil sócio-econômico das pessoas cujas Declarações de Óbito (DO) apresentaram estes registros no ano de 2017.

2 REVISÃO DE LITERATURA / ELEMENTOS TEÓRICOS

Os dados originários dos SIS são de extrema importância para a gestão dos sistemas e serviços de saúde, pois possibilitam o conhecimento da situação de morbimortalidade, além das características sócio demográficas da população que adoece e morre num determinado território, fornecendo assim, “informações” para o planejamento, monitoramento e possibilitando também a eleição de ações prioritárias para a melhoria da saúde dessa população.

Os SIS são ferramentas úteis para os profissionais e gestores de saúde, nos diferentes níveis de atenção, no enfrentamento de problemas de saúde encontrados na população, o que possibilita uma visão ampliada dos agravos, permitindo que ações sejam planejadas de acordo com as características do grupo (ZILLMER *et al.*, 2010).

Entretanto, se faz necessário que os dados, oriundos dos SIS, entre outras características, gerem informações que possam representar claramente uma população, ser acurada, focar fenômeno relevante e se articular com outras informações (BARROS, 2006).

Com relação ao evento morte, é importante se conhecer a distribuição das causas de morte em uma determinada área, pois se constitui em elemento imprescindível para a compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências, bem como para orientar decisões visando à melhoria da saúde da população (JORGE; LAURENTI; DINUBILA, 2010).

Para se monitorar o evento morte, foi criado em 1975, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), visando à obtenção de dados de mortalidade de forma regular e abrangente no Brasil, através do preenchimento das DO's (BRASIL, 2008) e é considerada uma importante ferramenta de gestão, pois os dados nele armazenados permitem a produção de indicadores de saúde e de informações usadas em estudos epidemiológicos (MONTEIRO, 2008).

Para registro das causas de morbimortalidade foi desenvolvida a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) que

de acordo com o Regulamento de Nomenclatura da OMS, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 1967, fornece uma linguagem comum para registro e

monitoramento de doenças. De acordo com a OPAS (2018), isso permite que profissionais de todo o mundo comparem e compartilhem dados de forma consistente e padronizada – entre hospitais, regiões e países, bem como por períodos de tempo. Essa ferramenta facilita a coleta e armazenamento de dados para análise e tomada de decisões baseadas em evidências. A CID foi traduzida para 43 idiomas e é utilizada por todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). A maioria dos países (117) usa o sistema para registrar dados sobre mortalidade (OPAS, 2018).

Nos países em desenvolvimento sabe-se que o conhecimento dos níveis de mortalidade sempre esteve comprometido pela qualidade dos dados quanto aos sub-registros dos óbitos, o que pode impactar diretamente na qualidade de sua classificação, comprometendo a consistência e o devido uso dos seus registros (LIMA; QUEIROZ, 2011).

Internamente, ainda temos problemas com as informações produzidas pelos SIS. Quanto à cobertura e qualidade das informações sobre causas de óbito, apresentam-se desiguais entre as regiões do Brasil e, apesar do importante decréscimo observado na proporção desses óbitos, nos últimos anos, as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam níveis muito elevados (LIMA; QUEIROZ, 2011).

Para Cunha *et al.*, (2017), na tentativa de mudança desse cenário no Brasil, desde 2004, o MS desenvolve estratégias de melhorias, a exemplo do Programa de redução do percentual de óbitos com causas mal definidas que implementou a proposta de investigação e estabeleceu como meta a redução do percentual nas regiões Norte e Nordeste para menos de 10%, bem como, a redução dos sub-registros, através de portarias que regulamentam a alimentação dos SIS (2009).

Em 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimentos da Causa Mortis (SVO), através da Portaria 1.405 de 29 de junho, com recurso orçamentário federal garantido (BRASIL, 2006). Em 2009 através da Portaria 116 de 11 de fevereiro, regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde (BRASIL, 2009), sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Diversas iniciativas internacionais vêm sendo desenvolvidas com o intuito de melhorar cada vez mais a qualidade dos dados fornecidos pelos SIS. Entre tantas, tem-se o Plano de Ação Regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2017) na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, ocorrida em Washington, D.C., EUA, de 25 a 29 de setembro de 2017, para o período de 2017- 2022,

[...] teve como propósito contribuir para o fortalecimento dos subsistemas nacionais de estatísticas vitais no âmbito dos sistemas de informação em saúde com a universalização do registro de nascimentos e óbitos, além da melhoria da qualidade do registro das causas de óbito. Visava inclusive, fornecer informação para melhorar a definição das políticas e o planejamento em saúde pública e contribuir para estimular maior governança dos dados e a produção, análise e divulgação das estatísticas vitais, assim como o acesso a elas, fundada nos resultados do Plano anterior 2008-2013 (OPAS, 2017).

A OMS lançou recentemente (maio de 2018), em sua home page, a publicação *World Health Statistics 2018*, que apresenta as mais recentes estatísticas mundiais de saúde, incluindo dados empíricos e estimativas relacionadas à mortalidade, morbidade, dentre outros. Destaca progressos notáveis em algumas áreas e outras que não avançaram tanto. Quanto ao indicador Proporção de países que (a) realizaram pelo menos um recenseamento da população e habitação nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registro de nascimento e 80% de registro de óbito, tendo como tipo de dados, estimativas comparáveis, o Brasil, no grupo dos países da América Latina, obteve “alta” qualidade (97%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Mais recentemente, a estratégia utilizada através do Projeto Sessenta Cidades, vem sendo a tentativa de redução do uso dos Códigos Garbage (CG) ou códigos de causa básica de morte pouco úteis prioritários (CPUP), registrados como causa básica dos óbitos, em detrimento de causas específicas e bem conhecidas, o que limita a precisão dos dados sobre mortalidade, pois os médicos atribuem aos sintomas ou modos de morrer a causa básica do óbito, declarando na DO, por exemplo, falência múltipla de órgãos (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

Os CPUP's também incluem as mortes por ferimentos quando a intenção não é determinada, categorias de doenças cardiovasculares sem significado, diagnósticos, como parada cardíaca e insuficiência cardíaca e mortes por câncer codificadas em categorias para locais secundários ou não especificados, dentre outros (MATHERS; MA FAT, D.; INOUE; RAO, 2005).

A proporção de mortes atribuídas aos códigos da CID-10 para “sintomas, sinais e condições mal definidas” (códigos R00 – R99) devem ser usados como indicador da qualidade de codificação no sistema de registro sobre mortalidade. Entretanto, os CPUP's também merecem atenção (MATHERS; MA FAT., D.; INOUE; RAO, 2005; ISHITANI *et al.*, 2017).

Diante do exposto, surge o interesse em estudar essa temática, com algumas indagações: Qual o impacto da ocorrência de registro de códigos de causas básicas de morte pouco úteis

prioritários no SIM? Qual a frequência e as características dos indivíduos cujas declarações de óbito registram causas básicas de morte com esses códigos?

Este trabalho tem como objetivo geral estudar a ocorrência dos registros de códigos pouco úteis prioritários da CID-10 utilizados como causa básica de morte na Declaração de Óbito no município de Salvador, Bahia. E como objetivo específico descrever a frequência e o perfil sócio demográfico de pessoas cujas Declarações de Óbito apresentaram registros de códigos da CID-10 pouco úteis prioritários, utilizados como causa básica de morte no município de Salvador, Bahia, no ano de 2017.

2.1 A IMPORTÂNCIA E A QUALIDADE DOS DADOS

Os dados epidemiológicos são produzidos com a finalidade de descrever, acompanhar e comparar características de população, grupos de indivíduos e coletividades humanas no que afeta a saúde o bem-estar e a qualidade de vida, bem como determinantes da ocorrência e distribuição dos eventos de saúde (MOTA *et al.*, 2013).

Os dados podem ser definidos como observações com significados e para que tenham algum valor científico e possibilitem apoiar processos de tomada de decisão sobre a validade de alguma proposição sobre o mundo [...], precisam ser transformados em informação (ALMEIDA FILHO, 2013). E para tanto, devem apresentar dimensões tais como, acessibilidade, clareza metodológica, cobertura, completitude, confiabilidade, consistência, não duplicidade, oportunidade e validade (LIMA *et al.*, 2009).

Para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológico brasileiro,

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de INFORMAÇÃO PARA AÇÃO. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a INFORMAÇÃO – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações. [...] O valor da informação (dado analisado) depende da precisão com que o dado é gerado (BRASIL, 2009).

Quanto à informação poderia ser conceituada como o significado ou sentido que se dá a determinados dados, por meio de convenções e representações (BRASIL, 2015).

Buscando, inicialmente conhecer o conceito de “qualidade da informação”, foi difícil encontrar a definição do termo, por muitas vezes confundido com seu “valor” de uso, optando assim, por usar o mesmo conceito do estudo de Claudia Rizzo, uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário (LIMA *et al.*, 2009).

A autora trabalhou com as seguintes definições conceituais quanto à qualidade da informação:

(1) Acessibilidade: grau de facilidade e rapidez na obtenção dos dados ou informações (regras claras definindo preço, permissões e onde obtê-los), no trato (instrumentos para manuseio e formato) e na compreensão da informação; (2) Clareza metodológica: grau no qual a documentação que acompanha os SIS (instruções de coleta, manuais de preenchimento, tabelas de domínios de valores de variáveis, modelos de dados etc.) descreve os dados sem ambiguidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão; (3) Cobertura: grau em que estão registrados no SIS os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido; (4) Completitude: grau em que os registros de um SIS possuem valores não nulos; (5) Confiabilidade: grau de concordância entre aferições distintas realizadas em condições similares; (6) Consistência: grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios; (7) Não-duplicidade: grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do SIS é representado uma única vez; (8) Oportunidade: grau em que os dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita; (9) Validade: grau em que o dado ou informação mede o que se pretende medir (LIMA *et al.*, 2009).

Neste estudo será considerada a dimensão da qualidade sobre a Validade (grau em que o dado ou informação mede o que se pretende medir) pela proporção de óbitos por causas mal definidas e uso de códigos inespecíficos (CUNHA *et al.*, 2017).

Quanto à informação poderia ser conceituada como o significado ou sentido que se dá a determinados dados, por meio de convenções e representações (BRASIL, 2015). Pode-se concluir, portanto, que a qualidade da informação, [...], dependerá da adequada coleta dos dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado) (BRASIL, 2002).

2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO E A MORTALIDADE

Devido a sua importância, as estatísticas de mortalidade são a principal fonte de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades, avaliar programas, entre outras finalidades (LAURENTI; MELLO; GOTLIEB, 2004). Além disso, por ter registros de forma contínua, também são usadas no planejamento das ações e para a organização de serviços de saúde de acordo com as necessidades da população (RIPSA, 2008).

Para o registro de eventos vitais, tais como a morbimortalidade e o nascimento, foi desenvolvido pelo MS, os SIS, que são definidos pela OMS, como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Atualmente, os SIS desenvolvidos e implantados pelo MS em todo o Brasil, têm se tornado, cada vez mais, ferramentas necessárias para gestão loco-regional do sistema de saúde e vêm apresentando consolidação e qualificação progressivas (LEVY, 2007 *apud* DRUMOND, et al., 2009; PAES, 2007; MOTA; GAMA; THEME FILHA, 2007; ROMERO; CUNHA, 2006).

Para monitorar, especificamente a mortalidade, o MS criou em 1976 o SIM, contudo sua implantação efetiva se iniciou no ano de 1977. Atualmente, encontra-se disponível na internet e apresentam séries históricas, desde 1979, sendo possível obter informações importantes e necessárias para as estatísticas de mortalidade, inclusive as causas básicas de morte (DRUMOND *et al.*, 2009).

2.3 CAUSAS BÁSICAS DE MORTE E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Sabe-se que os primeiros registros de causa de morte, tiveram início no século XVI em Londres, na Inglaterra, e foram descritas pelos párocos locais, na epidemia da peste. No século XVII, passa a ser considerado “ato médico” e desperta o “interesse científico”, gerando a necessidade de se definir a causa de todas as mortes, bem como o instrumento de coleta (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 176).

Na ampliação do interesse científico, destaca-se a figura de Willian Farr, estatístico médico, que “examinou os princípios que deveriam orientar a classificação estatística das doenças e insistiu na adoção de uma classificação uniforme” (OMS, 1995).

A partir daí, foi estabelecido o uso da Classificação de causas de morte, que trata de um sistema que agrupa doenças segundo critérios preestabelecidos, sendo essencial, sua padronização, assim como, o uso adequado dos seus códigos. Esse padrão mundial de regras de preenchimento é definido atualmente pela CID-10 (OMS, 1995).

A primeira classificação de doenças que passou a ter uso internacional foi aprovada em 1893 e, desde então, em intervalos aproximados de dez anos é apresentada e aprovada uma nova revisão (LAURENTI, 1991). Devido ao crescente interesse, seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, consultas de ambulatório e atenção primária (DI NUBILA; BUCHALA, 2008).

Quanto ao conceito de “causa básica de morte” foi proposto pela OMS, desde a CID-6, ocorrida na França em 1948 (OMS, 1995), sendo atualmente, segundo o MS, definida como “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte e as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal” (BRASIL, 2011).

Tem-se ainda as Causas de Morte, que são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu as lesões (BRASIL, 2011).

O bloco V da DO (campos 37 a 40) é destinado a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Se baseia no modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela OMS em 1948, e sua importância decorre do fato dele ser a fonte da Causa Básica do óbito e dos agravos que para ela contribuíram. Na parte I, existem as linhas (a, b, c e d) para descrever a doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte, sendo as causas antecedentes, que são estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. Na parte II, outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram na cadeia descrita na parte I (BRASIL, 2011).

A correta definição da causa de óbito é de extrema importância para as estatísticas de mortalidade. Dentre as razões que conferem magnitude a essa variável, destaca-se o seu uso para avaliar as condições de saúde da população, bem como, nortear o desenvolvimento de políticas públicas. Além disso, precisa captar informações de forma homogênea, para que seja possível realizar comparações sobre o perfil da mortalidade entre determinados espaços geográficos, intra e internacionalmente.

O preenchimento da DO se configura no ato médico e foi normatizado através do Código de Ética Médica (RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009), no seu Capítulo X, Art. 84, cabendo ao médico, no exercício de sua profissão, preencher adequadamente a Declaração de Óbito (DO), nome atual do documento oficial, bem como, descrever a (s) causa (s) da morte.

O instrumento de coleta ou formulário padrão do SIM é a DO que tem, atualmente, dois objetivos principais:

(1) ser o documento padrão para coleta de informação sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, conforme o que determina o artigo da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009 e (2) atender ao artigo 77 da Lei Nº 6.216, de 30 de junho de 1975, que altera a Lei 6.015/73 dos Registros Públicos que determina aos Cartórios de Registro Civil que a Certidão de Óbito para efeito de liberação de sepultamento e de outras medidas legais, seja lavrada mediante a Declaração de óbito (BRASIL, 2011).

Devida à sua importância, a DO deve ser preenchida de forma responsável. Todos os campos devem ser preenchidos com dados válidos e fidedignos, devem ser assegurados componentes de qualidade, tais como, completitude, consistência e validade.

2.3.1 As causas básicas de morte e os códigos pouco úteis prioritários

Os óbitos que não apresentam qualidade na sua causa de morte são definidos como óbitos por causas mal definidas e correspondem ao Capítulo XVIII da CID-10: "Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte" (códigos R00-R99) (RIPSA, 2008).

Entretanto, estudos têm apontado uma tendência de se considerar também outras causas mal definidas e diagnósticos incompletos de outros capítulos da CID-10, definidos em conjunto com os do capítulo XVIII como pouco úteis (ISHITANI *et al*, 2017). Esses códigos vêm tendo atenção especial por parte de pesquisadores e de governos, por serem um marcador importante para se avaliar a qualidade da informação sobre a causa que de fato levou a morte.

Com o advento da 6ª revisão da CID, ampliado seu uso para além da codificação de causas de morte e de outros tipos de informações médicas, tais como admissão hospitalar, levou à incorporação de muitos outros códigos que não devem ser considerados causas básicas de morte. Apesar das orientações (Lista de condições improváveis em causar a morte – volume 2) e recomendações, esses códigos são frequentemente usados como causa subjacente de morte (NAGHAVI *et al.*, 2010).

Em 1996 foi utilizado o termo *Garbage Coding* – “codificação de lixo”, para o uso de códigos que não são úteis para análise, do ponto de vista de saúde pública, de dados sobre a causa de morte, como parte da avaliação do *Global Burden of Disease (GBD)*. Entretanto, houve diversas oposições quanto ao uso desse termo (NAGHAVI *et al.*, 2010). Neste estudo será usado o termo “códigos de causa básica de morte pouco úteis prioritários - CPUP”, quando forem feitas referências a esses códigos.

O uso de CPUP, ao longo do tempo, limita profundamente as comparações sobre causas de morte entre países. Na tentativa de minimizar o impacto, a OMS e outros organismos internacionais, reclassificam essas causas com métodos estatísticos para outras causas, pela importância dos dados de mortalidade para a saúde pública (NAGHAVI *et al.*, 2010).

No caso específico do Brasil, com a experiência desenvolvida a partir do Programa “Redução do percentual de óbitos com causas mal definidas”, desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, em 2004, que implementou a proposta de investigação de óbitos por causas mal definidas, objetivando a melhoria da definição da causa de morte, (CUNHA *et al.*, 2017) se ampliou essa estratégia também para os códigos pouco úteis.

2.3.2 Projeto Sessenta Cidades²

O MS, com apoio de instituições parceiras nacionais e internacionais, vem desenvolvendo iniciativas visando reduzir a proporção de óbitos com causas básicas pouco úteis registradas no SIM. Uma das principais ações é a realização de investigações de óbitos com causa da morte classificada com esses códigos. Esta iniciativa visa ainda identificar os fatores que favorecem a manutenção de altas proporções desses códigos e possibilitar a elaboração de material normativo e informativo sobre o tema. Atualmente, participam desta iniciativa 60 cidades distribuídas nas cinco regiões do país.

Foi definido especialmente para este projeto um conjunto de códigos identificados como códigos prioritários para investigação: (1) Causas mal definidas (R00-R99, exceto R95); (2) Acidente vascular cerebral (AVC) não especificada como hemorrágico ou isquêmico (códigos CID-10 I64, I67.4, I67.9, I69.4, I69.8); (3) Septicemia (A40-A41); (4) Insuficiência cardíaca e cardiopatias não especificadas (I50, I51); (5) Hipertensão essencial (I10); (6) Neoplasia não

² BRASIL. Ministério da Saúde. 2018. Baseado no Protocolo de Investigação do Projeto Sessenta Cidades.

especificada (C26, C55, C76, C78, C79, C80); (7) Embolia pulmonar (I26); (8) Pneumonia (J15.9, J18); (9) Insuficiência respiratória (J96) e outros transtornos respiratórios (J98); (10) Insuficiência renal (N17, N19); (11) Causas externas com intenção indeterminada e acidentes NE (Y10-Y34, X59); (12) Acidentes de transporte não especificados e homicídios NE (V89, Y09) (BRASIL, 2017).

A meta do projeto é de reclassificar a causa básica de morte em pelo menos 70% dos casos após a investigação nos estabelecimentos de saúde. A equipe deve ser composta por profissionais do serviço de saúde que tenham experiência em investigação de registros médicos.

Foi recomendado a revisão da codificação da causa básica de morte como etapa anterior à investigação hospitalar. Os casos a serem investigados foram referentes a óbitos de residentes nas cidades selecionadas e ocorridos entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2017. O instrumento para realização da investigação foi a ficha de Investigação de Óbitos Com Mal Definida Hospitalar (IOCMD-H) para as investigações hospitalares, criada para esse fim e, para as demais ocorrências, as fichas de investigação adotadas na rotina para os óbitos com causa básica mal definida (códigos R) ou aquelas adotadas para a vigilância do óbito materno e infantil.

Ressalte-se que para esse estudo serão analisados e descritos o perfil sócio econômico e demográfico dos óbitos com esses registros, ficando o resultado do processo de investigação para outro estudo.

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, sobre a causa básica de morte original nas DO's do município de Salvador, Bahia, abordando os registros dos códigos da CID-10 pouco úteis e definidos como prioritários para investigação pelo MS para o “Projeto Sessenta Cidades” (BRASIL, 2017).

O espaço geográfico definido para o estudo, o município de Salvador, ocupa uma extensão territorial de 692,8 km², possui uma população estimada para o ano de 2016, em torno de 2.938.092 habitantes, com uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km². Pertence ao Território de Identidade Região Metropolitana de Salvador e está situada no Recôncavo Baiano, se constituindo no centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia. Do ponto

de vista regional, integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado de mais 12 municípios. A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS), que são caracterizados como os Territórios da Saúde (PMS, 2018-2021).

Salvador, capital do estado da Bahia, é a quarta capital do país em população. Absorve grande parcela da população migrante do interior do Estado. Este processo acarreta contrastes nas formas de ocupação territorial. Seguindo a tendência nacional, possui uma população feminina maior que a masculina e majoritariamente urbana. Além disso, apresenta redução do número de nascidos vivos e da taxa de fecundidade, bem como um crescimento de 50% da população idosa (60 anos e mais de idade) (PMS, 2018-2021).

Com relação à mortalidade em 2017, Salvador apresentou uma frequência de 16.014 mil óbitos, de ocorrência e de residência no seu território. As causas mais frequentes de morte foram as Neoplasias (3.137 óbitos), as Doenças do Aparelho Circulatório (2.859 óbitos), as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (2.281 óbitos), e os Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em outra parte (1.697 óbitos). Observa-se então que as causas mal definidas de morte ocupam o quarto lugar nas causas de morte em Salvador no ano estudado.

Este estudo contempla uma abordagem quantitativa, sendo usado os dados secundários do SIM e foi baseado no Protocolo de investigação de óbitos com causas classificadas como CPUP do Projeto Sessenta Cidades do Brasil, destinado à “melhoria do diagnóstico de causa de morte no Brasil” que norteia as ações para qualificação das causas de morte.

A abordagem foi realizada com os óbitos de ocorrência e de residência em Salvador, Bahia, de 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2017, registrados na base do banco de dados do SIM local.

O SIM foi desenvolvido pelo MS, em 1975, e possui variáveis e funcionalidades que permitem, a partir da causa de morte atestada pelo médico, construir indicadores e realizar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Foi informatizado em 1979 e sob a premissa da descentralização, teve a coleta de dados repassada como atribuição dos estados e municípios, através das suas Secretarias de Saúde (BRASIL, 2015).

Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde que subsidia a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde (BRASIL, 2015).

O instrumento de coleta utilizado para alimentação do SIM é a DO e a responsabilidade do seu preenchimento é do médico. É impressa e preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente e sua emissão e distribuição para os estados são de competência exclusiva do MS. A distribuição para os municípios fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde. Às Secretarias Municipais de Saúde cabe o controle na sua distribuição, bem como, toda logística que seja necessário ao seu uso e gerenciamento do SIM, incluindo sua qualificação. Possui atualmente, 59 variáveis, distribuídos em 09 blocos (BRASIL, 2011).

A DO é composta por nove Blocos, com um total de 59 variáveis: Bloco I – Identificação, Bloco II – Residência, Bloco III – Ocorrência, Bloco IV - Fetal ou menor que 1 ano, Bloco V - Condições e causas do óbito, Bloco VI – Médico, Bloco VII - Causas externas, Bloco VIII – Cartório, Bloco IX - Localidade sem Médico.

As categorias analisadas foram: (1) os CPUP da CID-10 da causa básica original (2) Sexo (masculino, feminino, ignorado); (3) Raça/Cor da Pele: Negra (preta + parda), Não negra (branca + amarela + indígena) e não informado); (4) Escolaridade em anos (não informado, nenhuma, 1-3, 4-7, 8-11, 12 e + e ignorado); (5) Faixa Etária em anos (6 intervalos – 0-9, 10-19, 30-39, 40-59, 60-79, 80 e + e ignorado); (6) Município de ocorrência e residência (Salvador - 292740); (7) Distritos Sanitários de ocorrência e de residência (Cabula/Beiru, Pau da Lima, Brotas, Boca do Rio, Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras, Liberdade, São Caetano/Valéria, Itapuã, Itapagipe, Centro Histórico, Barra/Rio Vermelho, ignorado); (8) Natureza jurídica (administração pública, entidades sem fins lucrativos, entidades empresariais, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, hospital militar e não classificados – domicílio, não informado, via pública e outros); (9) Estabelecimentos de Saúde (hospitais, UPA e PA, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues e não classificados – domicílio, não informado, via pública e outros), bem como as frequências (absoluta e relativa).

Foram selecionados os óbitos ocorridos no período de 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2017 que apresentaram como causa básica original de óbito os registros de códigos pouco úteis prioritários da CID-10 priorizados pelo MS para investigação: Causas mal definidas (R00-R99, exceto R95), Acidente Vascular Cerebral (AVC) não especificado como hemorrágico ou isquêmico e Sequelas de Doenças Cerebrovasculares (I67.4, I67.9, I69.4, I69.8, I64),

Septicemia (A40 a A41), Insuficiência Cardíaca e Cardiopatias não Especificadas (NE) (I50 a I51), Hipertensão essencial (I10), Neoplasia não Especificada (C26, C55, C76, C78, C79, C80), Embolia Pulmonar (I26), Pneumonia (J15.9, J18), Insuficiência Respiratória (J96) e outros Transtornos Respiratórios (J98), Insuficiência Renal (N17, N19), Causas Externas com Intenção Indeterminada e Acidentes NE (Y10 a Y34, X59) e os Acidentes de Transporte não Especificados e Homicídios NE (V89, Y09) (BRASIL, 2017).

Quanto aos indicadores foram utilizados a (1) Proporção de óbitos com códigos de causa básica de morte pouco úteis, com método de cálculo: fator multiplicador = 100, Numerador: Total de óbitos por códigos pouco úteis prioritários (Protocolo Sessenta Cidades) e Denominador: Total de óbitos.

A partir da lista dos códigos de CPUP definidos pelo MS foi desenvolvido arquivo de conversão (CNV) para que somente os óbitos que possuíssem esses códigos, como causa básica original de morte, fossem exibidos, além do congelamento da base de dados do banco local do SIM do ano de 2017.

Para tabulação desses dados, foram criadas associações no arquivo de definição para óbito entre o campo relacionado à causa básica original no banco de mortalidade e o arquivo CNV desenvolvido, sendo disponibilizado nas variáveis de linha, coluna e seleção do filtro no *Tabwin*.

Para identificação dos distritos de residência e ocorrência, também foram criados arquivos CNV, pois essa variável não constava no banco de dados original na versão (3.20.2-2016) do SIM.

Para a construção dos relatórios foi usado a ferramenta TAB para *Windows – Tabwin* (versão 4.1.4), desenvolvida pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Os resultados serão exportados e formatados no *Excel*, versão 14.0.7194.5000 (32 bits), pacote *Office 2010*.

4 RESULTADOS

No município de Salvador ocorreram no ano de 2017, 20.801 óbitos (**Diagrama 1**). Destes, 5.699 (27,4%) tinham a causa básica de morte com registros de CPUP de acordo com os critérios do Projeto Sessenta Cidades do MS. Foram registrados 4.778 (83,8%) de óbitos de

peças que residiam em Salvador e 921 (16,2%) de outros municípios. Após tratamento da base de dados (exclusão de 03 casos em duplicidade), ficaram 4.775 óbitos com registro de CPUP representando o universo a ser analisado. Seguindo o protocolo do projeto do MS como um todo, deveriam ser recodificados 662 (13,9%) óbitos por ter o registro na DO de uma causa melhor definida e que não foi utilizando as regras adequadas de codificação, gerando um óbito com CPUP, ficando, portanto, 4.113 (86,1%) a serem investigados, sendo 1.938 (47,1%) do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), 1.973 (48%) dos estabelecimentos de saúde e 202 (4,9%) em domicílios.

Ressalte-se que este estudo descreveu os aspectos sócio demográficos dos óbitos selecionados como prioritários, ficando as demais ações do projeto para outros estudos.

A **Tabela 1** apresenta as causas básicas de morte com CPUP do Projeto Sessenta Cidades, bem como as frequências absolutas e relativas dos eventos. Observa-se que os óbitos por Causas Mal Definidas contribuem com os maiores registros, 1.696 casos, o que corresponde a 35,5% e em seguida os óbitos por Pneumonia, 690 casos (14,5%) e os por Acidente Vascular Cerebral não especificado e sequelas (12,6%).

Quanto às características sócio econômicas (**Tabela 2**), se observa a maior frequência para os óbitos de pessoas do sexo feminino com 32,1% dos casos. Para a raça/cor da pele, se optou em trabalhar com as categorias Negros e Não negros, não se observando diferença entre as categorias, entretanto, a falta de informação para essa variável (21,2%) compromete os resultados. Para a escolaridade se evidencia maior registro para os óbitos de pessoas com baixa escolaridade (43%), 1 a 3 anos de estudos, (33,9%). Para a faixa etária, maior percentual de óbitos em pessoas com 80 e + anos com 37,4% e de 40 a 59 anos (34,2%).

Quanto aos aspectos demográficos (**Tabela 3**), verifica-se maior proporção de óbitos com CPUP em pessoas residentes no Distrito Sanitário (DS) Centro Histórico com 33,7%, seguido dos DS São Caetano/Valéria com 31,7%, DS Cajazeiras e Cabula/Beiru, ambos com 30,5%. Destaca-se que ao se estratificar a proporção de óbitos com CPUP por DS, 75% apresentam-se com proporções superiores à Salvador (29,8%). Elevada frequência para os óbitos com DS ignorados (32,2%).

Quanto à natureza jurídica da organização (**Tabela 4**), nota-se maior frequência no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) com a maior proporção, 47,3%, seguido dos estabelecimentos da administração pública, 26,1%.

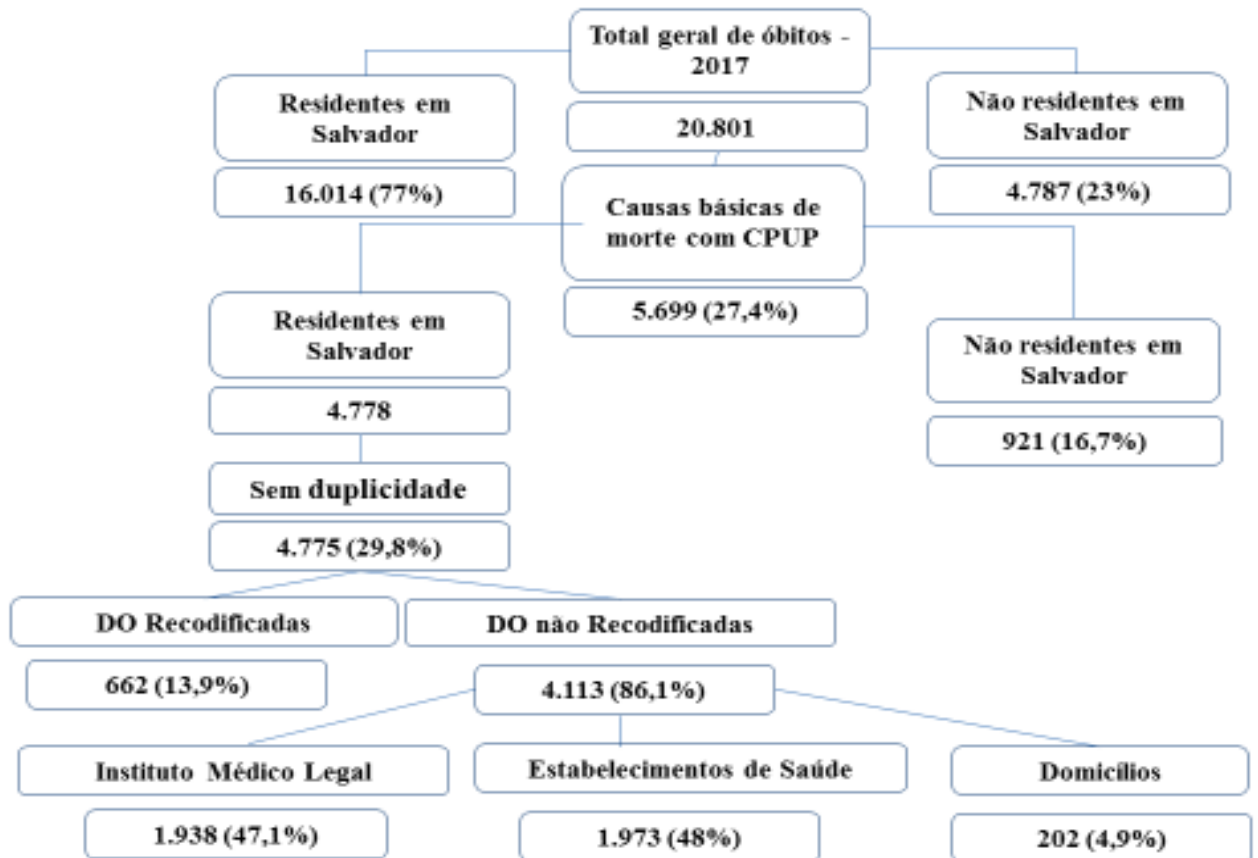
Na análise quanto aos CPUP por local de preenchimento da Declaração de óbito (**Tabela 5**), destaque para os hospitais, com 2.155 óbitos (45,1%), sendo a maior frequência para as Pneumonias, com 525 óbitos (24,4%) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) não especificado, com 476 óbitos (22%), em seguida se observa o Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), com 1.938 óbitos (40,6%), com as Causas Mal Definidas numa frequência de 1.561 óbitos (40,6%).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Pronto Atendimento (PA), contribuíram com 9,4%, sendo o código para as Pneumonias o que apresentou o maior registro (99 óbitos), correspondendo a 22%. Em seguida, as Insuficiências Respiratórias com 65 casos (14,4%). Quanto aos “Não classificados”, ou seja, os óbitos ocorridos em via pública, domicílio, outro, ignorado, aldeia indígena, ou com esse campo em branco, observa-se 229 registros (4,8%), com o maior registro para o código de Acidente Vascular Cerebral não especificado em isquêmico ou hemorrágico e sequelas, 59 óbitos (26%).

Na **Tabela 6** é possível se analisar os óbitos por Distrito Sanitário (DS) de ocorrência, de residência, os Não classificados e os óbitos que o IMLNR forneceu a DO, por DS de residência. O IMLNR forneceu DO com códigos considerados pouco úteis para os residentes de todos os DS, sendo os de maiores frequências, os DS Cabula Beiru (CAB), São Caetano/Valéria (SCV) e o Subúrbio Ferroviário (SFE), com 292, 288 e 236 DO, respectivamente.

Os óbitos ocorridos no DS Centro Histórico (CHI) foram de maior frequência dos residentes no Barra Rio Vermelho (BRV) e ocorreram no Hospital Santa Isabel (111 óbitos) e no Hospital Carvalho Luz (30 óbitos); os de ocorrência no DS Itapagipe (ITG), foram de residentes no Subúrbio Ferroviário, no Hospital Santo Antônio (150 óbitos) e Hospital Agenor Paiva (28 óbitos); os de ocorrência nos DS São Caetano/Valéria (SCV), Liberdade (LIB), Brotas (BRO), BRV, Boca do Rio (BR), Itapuã (ITP), Cabula/Beiru (CAB), Pau da Lima (PLI), Subúrbio Ferroviário (SFE) e Cajazeiras, foram de residentes do mesmo DS e ocorreram nos estabelecimentos do território.

Diagrama 1. Frequência absoluta e relativa do total geral de óbitos por ocorrência e residência, Salvador, Bahia, 2017*



Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/ SIM/Datasus/MS

* Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019.

Obs: Causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP), Declarações de Óbito (DO) recodificadas e não recodificadas por local de ocorrência do óbito, de acordo com o Projeto Sessenta Cidades, Salvador, Bahia, 2017.

Tabela 1. Número absoluto e percentual dos óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP), Salvador, Bahia, 2017**

Causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários (CPUP)	N	%
Causas mal definidas (R00-R99, exceto R95)	1.696	35,5
Pneumonia (J15.9, J18)	690	14,5
Acidente Vascular Cerebral não especificado e sequelas (I67.4, I67.9, I69.4, I69.8, I64)	600	12,6
Insuficiência Respiratória (J96) e transtornos (J98)	462	9,7
Septicemia (A40-A41)	328	6,9
Insuficiência cardíaca e cardiopatia NE ¹ (I50 a I51)	248	5,2
Neoplasia não especificada (C26, C55, C76, C78, C80)	220	4,6
Causas Externas com Intenção indeterminada (Y10 a Y34) e acidentes NE ¹ (X59)	204	4,3
Hipertensão Essencial (I10)	124	2,6
Insuficiência Renal (N17, N19)	80	1,7
Embolia Pulmonar (I26)	79	1,7
Acidente de transporte NE ¹ (V89) e homicídios (Y09)	44	0,9
Total	4.775	100

Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/ SIM/Datasus/MS.

* Projeto Sessenta Cidades

** Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019

¹ Não especificados

Tabela 2. Total geral de óbitos, óbitos com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo sexo, raça/cor da pele, escolaridade (anos) e faixa etária (anos), Salvador, Bahia, 2017**

Variáveis	Total geral de óbitos	Óbitos CPUP	Proporção de Óbitos CPUP
Sexo	N (16.014)	N (4.775)	%
Masculino	8.638	2.420	28,0
Feminino	7.345	2.355	32,1
Ignorado	31	-	-
Raça/Cor da Pele¹			
Negros	11.158	3.424	30,7
Não negros	3.272	1.015	31,0
Não informado	1.584	336	21,2
Escolaridade (em anos)			
Não informado	1.099	88	8,01
Nenhuma	1.168	502	43,0
1-3	3.394	1.152	33,9
4-7	3.163	992	31,4
8-11	3.060	931	30,4
12 e+	1.025	248	24,2
Ignorado	3.105	862	27,8
Faixa Etária (em anos)			
0-9	597	68	11,4
10-19	477	43	9,01
20-39	1.899	360	19,0
40-59	3.115	1.065	34,2
60-79	5.520	1.754	31,8
80 e +	3.963	1.484	37,4
Ignorado	443	1,0	0,23

Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/ SIM/Datasus/MS.

* Projeto Sessenta Cidades

** Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019

¹ Negros (Pardos + pretos)

Não negros (branco + amarelo + indígena)

Tabela 3. Total geral de óbitos, óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP), e Proporção de óbitos com CPUP, segundo Distrito Sanitário de residência, Salvador, Bahia, 2017**

Distrito Sanitário de residência	Total geral de óbitos	Óbitos com CPUP	Proporção de óbitos com CPUP
Centro Histórico	575	194	33,7
São Caetano	1.905	603	31,7
Cajazeiras	999	305	30,5
Cabula/Beiru	1.985	605	30,5
Pau da Lima	1.205	357	29,6
Liberdade	1.182	350	29,6
Barra	2.248	662	29,4
Itapagipe	1.005	292	29,1
Subúrbio Ferroviário	1.785	518	29,0
Boca do Rio	643	185	28,8
Itapuã	1.148	326	28,4
Brotas	1.247	350	28,1
Ignorado	87	28	32,2
Total	16.014	4.775	29,8

Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/ SIM/Datasus/MS

* Projeto Sessenta Cidades

** Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019

Tabela 4. Total geral de óbitos, óbitos com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo natureza jurídica dos Estabelecimentos de Saúde, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues e Não classificados, Salvador, Bahia, 2017**

Natureza jurídica	Total geral de óbitos	Óbitos com CPUP	Proporção de Óbitos com CPUP
Administração pública	5.291	1.382	26,1
Entidades sem fins lucrativos	3.221	627	19,5
Entidades empresariais - atende SUS	1.183	279	23,6
Entidades empresariais - não atende SUS	1.171	296	25,3
Instituto Médico Legal Nina Rodrigues	4.099	1.938	47,3
Hospital Militar ¹	89	24	27,0
Não classificados (domicílio, não informado, via pública, e outros)	960	229	23,9
Total	16.014	4.775	29,8

Fonte: CNES/Datasus/MS

* Projeto Sessenta Cidades

** Pesquisa da Autora. Dados parciais processados em janeiro de 2019

¹Hospital Militar (Hospital Naval de Salvador e Hospital Geral do Exército)

Tabela 5. Número absoluto e percentual de óbitos com causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP), segundo Estabelecimentos de Saúde (EAS), Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), Não classificados e outros, Salvador, Bahia, 2017***

Causas básicas de morte com códigos pouco úteis prioritários	EAS		IMLNR	Não classificados ²	Outros ³	Total	%
	Hospitais	UPA/PA ¹					
Pneumonia (J15,9, J18)	525	99	38	28	0	690	14,5
AVC ⁵ não especificado e sequelas (I67,4, I67,9, I69,4, I69,8, I64)	476	63	2	59	0	600	12,6
Insuficiência Respiratória (J96) e transtornos (J98)	344	65	33	20	0	462	9,7
Septicemia (A40, A41)	269	52	2	3	2	328	6,9
Neoplasia não especificada (C26, C55, C76, C78, C80)	188	13	6	13	0	220	4,6
Insuficiência cardíaca e cardiopatia NE ⁴ (I50 a I51)	133	44	49	22	0	248	5,2
Causas Mal Definidas (R00-R99, exceto R95)	55	43	1.561	37	0	1.696	35,5
Insuficiência Renal (N17, N19)	54	22	0	4	0	80	1,7
Hipertensão essencial (I10)	53	32	0	39	0	124	2,6
Embolia pulmonar (I26)	47	9	22	1	0	79	1,7
Causas Externa com Intenção indeterminada (Y10 a Y34) e acidente NE ⁴ (X59)	11	8	182	3	0	204	4,3
Acidente de transporte NE ⁴ (V89) e homicídios (Y09)	0	1	43	0	0	44	0,9
Total	2.155	451	1.938	229	2	4.775	100

Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/ SIM/Datasus/MS

* Projeto Sessenta Cidades

*** Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019

¹ Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Atendimento

² óbitos ocorridos em Via pública, domicílio, outro, ignorado, aldeia indígena, em branco

³ Maternidades

⁴ Não Especificado

⁵ Acidente Vascular Cerebral

Tabela 6. Número absoluto de óbitos com causa básica de morte com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP), segundo Distrito Sanitário (DS) de ocorrência, de residência, Não classificados e Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) Salvador, Bahia, 2017*****

DS DE
OCORRÊNCIA, NÃO

DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA

CLASSIFICADOS E IMLNR	CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
CENTRO HISTÓRICO (CHI)	14	13	14	24	17	26	8	10	12	13	10	5	1	167
ITAPAGIPE (ITG)	12	28	28	18	5	18	5	13	18	17	36	10	0	208
SÃO CAETANO/VAL (SCV)	0	1	12	1	0	0	0	0	2	0	5	4	0	25
LIBERDADE (LIB)	23	28	50	70	16	30	14	14	32	10	22	8	4	321
BROTAS (BRO)	6	13	15	16	55	61	11	6	19	10	9	7	2	230
BARRA/ RIO VERM (BRV)	36	31	31	31	61	191	44	34	31	31	27	23	8	579
BOCA DO RIO (BR)	0	0	0	1	0	6	6	0	2	2	0	0	0	17
ITAPUÃ (ITP)	0	0	3	0	1	2	4	41	4	3	0	3	0	61
CABULA BEIRU (CAB)	11	10	54	21	21	25	4	11	118	28	14	13	2	332
PAU DA LIMA (PLI)	0	2	4	2	3	3	4	10	9	17	1	3	0	58
SUBÚRBIO FERROVIÁRIO (SFE)	10	49	83	26	11	29	7	24	33	21	149	34	0	476
CAJAZEIRAS (CAJ)	6	3	7	4	6	9	3	4	5	30	0	55	2	134
NÃO CLASSIFICADOS	13	13	14	11	22	57	15	20	28	16	9	9	2	229
IMLNR	63	101	288	125	132	205	60	139	292	159	236	131	7	1.938
TOTAL	194	292	603	350	350	662	185	326	605	357	518	305	28	4.775

Fonte: SMS Salvador/Dvis/Suis/Tabwin/Sim

* Projeto Sessenta Cidades

**Ocorridos em via pública, domicílio, outro, ignorado, aldeia indígena, em branco

***Pesquisa da Autora. Dados processados em janeiro de 2019

5 DISCUSSÃO

Os dados de mortalidade são essenciais para se conhecer as causas de morte de um território. A causa básica de morte indica os fatores que desencadearam o processo de

morbimortalidade, sendo de extrema importância o uso adequado dos códigos da CID-10 na DO, pois permite inclusive, comparações espaciais e temporais. Eles vão alimentar o SIM que fornece dados epidemiológicos para o apoio à gestão e gerenciamento do sistema e serviços de saúde (*UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION (UNSD), 2017*).

No Brasil, os códigos pouco úteis da CID-10 começaram a ter uma atenção especial pelo MS recentemente, estimulado por organismos internacionais. Sua primeira iniciativa de forma abrangente, surge com o Projeto Sessenta Cidades, por conta disso, não foram encontrados muitos estudos sobre essa temática, dificultando análises comparativas, ao contrário das causas mal definidas (Capítulo XXVIII), que vem sendo estudada a mais tempo.

O uso dos CPUP como causa básica de morte, não revela o que de fato levou à morte por representarem diagnósticos indefinidos ou incompletos que não traduzem a causa específica de morte, permitindo-lhes assim, ser um indicador de apoio à gestão para se avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população (*ISHITANI et al., 2017*). O preenchimento inadequado das causas básicas de óbito na DO, prejudica o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde, além de comprometer a qualidade da classificação do óbito (*LIMA; QUEIROZ, 2011*).

Dentro das estratégias de qualificação dos dados sobre as causas de mortalidade no Brasil, adotadas pelo MS, verifica-se o fortalecimento da capacidade analítica das gestões do SUS e a disseminação das informações sobre a situação de saúde local, subsidiando assim a tomada de decisão, o aperfeiçoamento, a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas baseadas em evidências (*BRASIL, 2018*). Diante disso, esse estudo se configurou em um estímulo institucional e gerencial para a qualificação da base do SIM local.

Foi possível se identificar a ocorrência dos CPUP na base de dados do SIM local no percentual de 29,8%, podendo ser considerado pelos critérios da OMS, um sistema de baixa qualidade (Cobertura < 70% ou códigos mal definidos > 20% de registros) (*MATHERS; MAFAT D.; INOUE; RAO, 2005*).

Estudo realizado com os óbitos de residentes em Belo Horizonte entre os anos de 2011 a 2013 identificou que no país, 28,3% do total de óbitos ocorridos nas capitais tiveram CPUP como causa básica do óbito (*ISHITANI et al., 2017*). No Nordeste, somente Salvador e Fortaleza tiveram índices maiores que a referida capital (30,5%).

Quanto à idade se observou maior proporção em idosos (80 e + anos) (37, 4%) e quanto ao sexo, foi maior em óbitos de pessoas do sexo feminino (32, 1%). Estudo sobre as principais causas de óbito em idosos no Brasil (CONTE, 2018), conclui que quanto maior a idade, maior a incidência de CPUP, especificamente as causas mal definidas do capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99), tanto para homens como para mulheres. Entretanto, quanto ao sexo, estudos mostram que os homens frequentam menos os serviços de saúde, têm mortes prematuras (acidentes e violências) (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014), o que lhes acarreta uma sobremortalidade quando comparados com as mulheres que conseguem envelhecer (feminilização da velhice).

Com relação à escolaridade, se observou maior proporção para os óbitos com “Nenhum” ano de estudo (43%), o que pode estar relacionado à desigualdade sócio econômica. Estudo realizado sobre desigualdades, espaço e condição de vida no município de Salvador, Bahia, concluiu que as maiores diferenças nos padrões de mortalidade são observadas para as populações residentes em áreas com as piores condições de vida (SILVA *et al.*, 1999).

Observa-se quanto ao preenchimento da DO, que os estabelecimentos de saúde foram responsáveis por 45,1% do volume gerado e quanto ao tipo de código da causa básica, estão a Pneumonia e o Acidente Vascular Cerebral não especificado em isquêmico ou hemorrágico e as suas sequelas. Chama a atenção os óbitos por causa externa cujas DO foram expedidas por esses estabelecimentos (11 casos), contrariando a Resolução do CFM 1.779/2005 sobre a responsabilidade médica no fornecimento da DO. As UPAs/PAs, contribuíram com 9,4% dos óbitos, sendo a Pneumonia, a insuficiência respiratória e o AVC não especificado e sequelas os principais códigos utilizados. Também identificado registro de DO com código de causa externa (9 casos).

O IMLNR responde com frequências elevadas no preenchimento de DO com CPUP, destacando-se os óbitos para os residentes no DS Cabula/Beiru, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário, que são DS populosos e com indicadores que sinalizam sérios problemas de saúde, entre eles as elevadas mortes por Causas Externas em jovens (JESUS, *et al.*, 2016). Também responde com a maior frequência para as causas mal definidas do capítulo XVIII e, além disso, foram os principais atestantes de DO com esses registros, no ano estudado (40,6%).

Quanto à questão supracitada, sabe-se que para a liberação imediata do corpo a fins de sepultamento, os médicos legistas colocam inicialmente uma causa de morte indeterminada,

ficando no aguardado dos resultados dos exames, contudo, quando estes chegam não ocorre o envio ou informação para atualização da base de dados, necessitando que a equipe de codificadores da SUIS e da Secretaria Estadual de Saúde - SESAB, realizem busca ativa nos laudos cadavéricos para identificação da causa básica do óbito, e a reclassificação da causa básica, quando possível, o que muitas vezes retarda a qualificação da base de dados em mais de um ano.

Estudo também realizado em Salvador (JESUS; LEAL, 2010) identificou como fatores relacionados ao processo de subnotificação de causa violenta de morte, no IMLNR,

o despreparo dos profissionais que lidam com registros de dados e informações; falhas no fluxo de encaminhamento do corpo para a necropsia, resistência dos legistas em registrar adequadamente as informações da causa morte na DO, mesmo quando estas informações estão disponíveis.

Percebe-se então, que esta problemática não é recente nem novidade para o município de Salvador.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iniciativas do MS para melhoria das causas de morte não são recentes, contudo as causas mal definidas, atualmente incorporadas aos códigos pouco úteis, continuam em maior volume de registro nas DO's pelos profissionais médicos em Salvador, bem como em outros municípios baianos. A estratégia de investigação, a mais utilizada atualmente, não vem dando conta de reduzir o quadro, pois as equipes de vigilância, precisam investigar novos casos todos os anos antes do encerramento da base de dados.

A Bahia ocupa o *ranking* de último estado do país em números absolutos de registro inadequados de causas básica de morte, o que compromete a qualidade das estatísticas de mortalidade do país. Vem apresentando melhoras significativas ao longo do tempo, porém sem grandes impactos para o contexto brasileiro. Em 15 anos (2000 a 2015), registrou uma redução de 26,4% (BRASIL, 2018). Salvador, apresentou um volume de registros desses códigos de ocorrência em seu território de 27,4%, sendo 16,7% de residência em outros municípios, o que de alguma forma sobrecarrega a rede de serviços da capital, pois o óbito ocorrendo em estabelecimentos da rede de serviços soteropolitano ou em outros locais do território, faz com que a gestão local tenha responsabilidade também por essas declarações de óbito, inclusive no

processo de investigação. Essa questão, reafirma a necessidade de maiores investimentos para amortizar essa fato.

Outra questão é a ausência do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) em Salvador, sendo um ponto de apoio importantíssimo para a qualificação das causas de morte naturais e também como estímulo à melhoria do preenchimento da DO. Quanto ao IMLNR, há necessidade também do seu fortalecimento, pois os médicos legistas contribuíram com 40% dos registros dos códigos pouco úteis no preenchimento da DO no ano estudado, o que não é uma realidade exclusiva de Salvador.

O (re)conhecimento da importância das estatísticas vitais e o adequado preenchimento da DO pelos profissionais médicos é de extrema importância para a redução das proporções de registro de óbitos com causa básica com CPUP. Ação importante seria a articulação com as universidades que têm o curso de medicina, para aproximação com o médico, ainda estudante, como também a implantação/implementação do processo de Educação Permanente em serviço no/com os estabelecimentos de saúde, podendo ser através das comissões de revisão de óbito que todo estabelecimento de saúde é obrigado a implantar desde 2017, conforme Resolução 2.171 de 30 de outubro de 2017 (BRASILIA, 2017).

Além do mais, percebeu-se também a necessidade de revisão no processo de codificação, junto aos codificadores, pois, alguns registros dos CPUP foram devido a não aplicação das regras adequadas de codificação, bem como a melhoria no preenchimento (completude) de algumas variáveis, a exemplo do quesito raça/cor, Distrito Sanitário de residência e escolaridade.

Apesar deste estudo limitar-se a descrever o perfil dos óbitos com CPUP, foram realizadas as demais ações previstas no Projeto, como a recodificação dos óbitos que tinham uma causa básica bem definida na DO e no processo de codificação não foi utilizado as regras adequadas, bem como as investigações hospitalares dos demais óbitos, percebendo-se a necessidade de intervenção para a melhoria do quadro apresentando.

Pôde-se notar a fragilidade em alguns processos de gestão, bem como desconhecimento do profissional médico em preencher adequadamente a DO, pois foram encontrados registrados em prontuários, causas bem definidas de óbito, divergindo do registrado na DO. Essa constatação também se constitui no desafio à gestão do SIM, pois não conseguiremos reduzir as proporções dos CPUP somente com o processo de investigação, sem o envolvimento e a

responsabilização de outras áreas co-responsáveis pela qualificação das causas de morte, a exemplo dos estabelecimentos de saúde, os órgãos formadores e o conselho de classe.

O processo de investigação é uma potente estratégia para reclassificação das causas básicas de morte com a redução dos CPUP, sendo usado pelo MS há algum tempo. Essa ação vem desenvolvendo em profissionais de saúde, certa expertise no processo de busca em fontes primárias de investigação, todavia, também sobrecarrega o serviço com mais uma demanda a ser executada, sem uma ação mais efetiva para o uso adequado dos códigos da CID-10 na DO.

Contudo a investigação do óbito, de acordo com (JORGE *et al.*, 2010)

visando à melhoria da qualidade da informação, deve ser sempre vista como transitória, ou seja, enquanto existirem ainda imperfeições na DO. A meta a ser alcançada é, assim, a de que os médicos venham, cada vez mais, a fornecer dados mais completos e corretos, dispensando, portanto, a investigação com essa finalidade.

É necessário e urgente que os gestores dos serviços de saúde invistam na qualificação do processo de preenchimento da declaração de óbito, pois as estatísticas vitais são de extrema importância para o planejamento das ações de saúde numa tentativa da redução de morte evitáveis, bem como na geração de dados confiáveis para a tomada de decisão e implantação/implementação de políticas públicas (ABALOS *et al.*, 2019).

REFERÊNCIAS

ABALOS E.; et al. Omisión de registros de causas maternas de muerte en Argentina: estudio observacional de alcance nacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 43, n. 13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.13>. Acesso em: 17 de jan. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Naomar de Almeida Filho, Mauricio Lima Barreto. (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BARROS A. J. D. São grandes os desafios para o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciênc Saúde Colet**. v. 11, n. 4, p. 870-86, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n4/32319.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 722-727, Dec. 2014. Rio de Janeiro. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400722&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140103>. Acesso em: 27 mar. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842p.

BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 2 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Situação de Saúde**. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Encontro sobre a melhoria da qualidade da informação sobre causas de morte no Brasil**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/eventos/2017/Pernambuco/analysis-causes-national-deaths-action-part-1.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2008. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=68&item=20>. Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhoria do diagnóstico de causa de morte no Brasil. Protocolo de Investigação de Óbitos com causas classificadas como códigos *garbage*. **Projeto Sessenta Cidades do Brasil**. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde. 2009. 1 v. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acesso em: 17 de jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**; v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Portaria 116 de 11 de fevereiro de 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Portaria 1.405 de 29 de junho de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405_29_06_2006.html. Acesso em: 5 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de investigação de óbitos com causas classificadas

como Códigos *Garbage*. Projeto Sessenta Cidades do Brasil. p. 1–6, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 08**, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-205-publicada-resolucao-cit-n-8-que-dispoe-sobre-o-processo-de-pactuacao-interfederativa-de-indicadores-para-o-periodo-2017-2021-relacionados-prioridades-nacionais-e/>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. 54p, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil Estados 2018**: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASILIA (DF). **Resolução CFM Nº 1.779/2005**, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a Responsabilidade Médica no Fornecimento da Declaração de Óbito. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASILIA (DF). **Resolução CFM Nº 1.931/2009**, de 24 de setembro de 2009. Aprova Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CONTE, R. B.; et al. Principais causas de óbitos em idosos no Brasil. **Enciclopédia Biosfera**. Centro Científico Conhecer. Goiânia, v. 15, n. 28; p. 1330. Dezembro 2018. DOI: 10.18677/EnciBio_2018B104. Disponível em: <www.conhecer.org.br/enciclop/2018B/sau.htm>. Acesso em: 27 mar. 2019.

CUNHA, C. C. da. et al. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 01, p. 19–30, jan. 2017.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, June 2008. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso>. Access on: 19 July 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>. Acesso em: 17 jan. 2018.

DRUMOND, E. F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 1, p. 7–19, jun. 2009.

ISHITANI, L. H. et al. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 34-45, 2017.

JESUS, Eliene dos S. de; LEAL, Jessidenes T. F. M. Mortalidade por homicídios de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012. **Bahia anál. dados**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 367-374, jul./dez. 2016.

JESUS, Tania Cristina; MOTA, Eduardo. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/2431>. Acesso em: 06 abr. 2019.

JORGE, M. H. P. DE M.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 561–576, dez. 2010.

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

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

LIMA, C. R. D. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2095–2109, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/02.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

LIMA, E. E. C. de; QUEIROZ, B. L. A evolução do sub-registro de mortes e causas de óbitos mal definidas em Minas Gerais: diferenciais regionais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 2, p. 303–320, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n2/a04v28n2.pdf>. Acesso em: 18 Jan. 2018.

MATHERS, C., MA FAT, D.; INOUE, M.; RAO C. L. A. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global stat.: **EBSCOhost. Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 04, p. 171–177, 2005.

MELLO, J. M. H. P; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 2, p. 197-211, 2002.

MENDONCA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M.; P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 285-295, Dec. 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000200004&lng=en&nrm=iso. Access on: 12 Apr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000200004>. Acesso em 12 abr. 2019.

MONTEIRO, R. A. Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados. 2008. 135f. **Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade)**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-09042009-155310/publico/tese.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MOTA, Eduardo Luiz Andrade et al. O Dado Epidemiológico: Estrutura, Fontes, Propriedades e Instrumentos. *In*: ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Naomar de Almeida Filho, Mauricio Lima Barreto. (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N. da; THEME FILHA, M. M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 33-42, mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Access em: 12 abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000100004>. Acesso em: 10 dez. 2018.

NAGHAVI, M. et al. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. **Population Health Metrics**, v. 8, n. 1, p. 1–14, 2010.

NERI, Susana. et al. A qualidade dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde aplicados na atenção informação em saúde aplicados em atenção à saúde materno-infantil. Suzana Costa Carvalho Neri. 2016. 182 p. **Tese de doutorado**. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21636>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo: CBCD, 1995. 1-3 v.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Home page* da OPAS Brasil. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5574:perguntas-e-respostas-revisao-da-classificacao-internacional-de-doencas-cid&Itemid=875. Acesso em: 16 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022. **29ª Conferência Sanitária Pan-Americana**, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25 a 29 de setembro de 2017 (Resolução CSP29.9). Washington, DC. EUA, DC: OPAS; 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34445/CSP29-9-p.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2018.

PAES, Neir Antunes. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 436-445, June 2007. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300016&lng=en&nrm=iso>. Access on: 12 Apr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300016>. Acesso em: 10 de dez. de 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). Rede **Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 350p. Disponível em: 18 jan. 2018. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 16 agosto 2018.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-681, Mar. 2006. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022&lng=en&nrm=iso>. Access on: 12 Apr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SALVADOR – BA. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. PMS/SMS. Disponível em:

<<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/2018/01/24/consulta-publica-plano-municipal-de-saude-2018-2021/>>. Versão preliminar. Acesso em: 14 ago. 2018.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 187-197, 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a07.pdf> . Acesso em: 6 abr. 2019.

UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION. 2017. Disponível em: <https://unstats.un.org/home/documents/brochures/2017-UNSD-Brochure.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2018**. Monitoring Health for the SDGs. Disponível em: [file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/world%20health%20statistics%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elizabeth/Downloads/world%20health%20statistics%20(1).pdf). Acesso em: 18 jan. 2018.

ZILLMER, J. G. V et al. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 240-246, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200006&lng=en&nrm=iso>. Access on: 17 Jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200006>. Acesso em: 17 jan. 2018

APÊNDICE A - Total geral de óbitos, óbitos com códigos pouco úteis prioritários* (CPUP) e proporção de óbitos com CPUP, segundo natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, Instituto Médico Legal Nina Rodrigues e Não classificados, Salvador, Bahia, 2017**

NATUREZA JURÍDICA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL GERAL DE ÓBITOS	ÓBITOS COM CPUP	%
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA			
6595197 HOSPITAL DO SUBURBIO	840	261	31,1
0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	1.000	213	21,3
0004073 HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	411	136	33,1
0003980 HOSPITAL ELADIO LASSERRE	263	92	35,0
0004294 HOSPITAL GERAL DO ESTADO	258	77	29,8
7986076 UPA 24H BROTAS	132	66	50,0
9030158 UPA 24H PIRAJA SANTO INACIO	140	52	37,1
7596871 UPA DO CABULA	137	52	38,0
7521316 UPA 24H SAN MARTIN	145	48	33,1

0003875 HOSPITAL ANA NERY	164	47	28,7
9019308 UPA 24H PARIPE	126	41	32,5
7633149 UPA 24H VALE DOS BARRIS	103	34	33,0
7894015 UPA 24H PARQUE SAO CRISTOVAO	80	32	40,0
0004987 HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	69	30	43,5
0004340 UPA 24H DR HELIO MACHADO	76	29	38,2
0004065 HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	167	27	16,2
7476469 UPA 24H VALERIA	72	22	30,6
7033753 PA MARIA DA CONCEICAO SANTIAGO IMBASSAY	87	19	21,8
7033974 PA ALFREDO BUREAU	60	17	28,3
0004774 UPA 24H PROF ADROALDO ALBERGARIA	68	16	23,5
0028568 UNIDADE DE EMERGENCIA DE SAO MARCOS	58	16	27,6
0003816 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	121	11	9,1
0003778 HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER	31	10	32,3
0028460 PA PERNAMBUES EDSON T BARBOSA	24	8	33,3
0005428 INSTITUTO COUTO MAIA	75	5	6,7
0007587 UNIDADE DE EMERGENCIA MAE HILDA JITOLU	11	4	36,4
7033850 PA RODRIGO ARGOLO	12	3	25,0
0003913 UNIDADE EMERGENCIA GERCINO COELHO	11	3	27,3
0004456 UNIDADE DE EMERGENCIA PROF HOSANAH D OLIVEIRA	5	3	60,0
0004286 HOSPITAL JULIANO MOREIRA	3	3	100,0
0004170 MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	85	1	1,2
0004731 MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA	50	1	2,0
0004472 SANATORIO SAO PAULO	1	1	100,0
0028487 UBS SANTO INACIO	1	1	100,0
7222122 USF CLEMENTINO FRAGA	1	1	100,0
0004081 MATERNIDADE JOAO BATISTA CARIBE	36	0	0,0
0004030 UBS RODRIGO ARGOLO	2	0	0,0
0004448 UBS DO CSU PERNAMBUES	1	0	0,0
0005436 HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	1	0	0,0
0003794 INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	68	0	0,0
0004391 CAPS PROFESSOR ADILSON PEIXOTO SAMPAIO	1	0	0,0
2653389 UBS DE PARIPE	3	0	0,0
0003840 MATERNIDADE ALBERT SABIN	90	0	0,0
0006564 UNIDADE MISTA DR JOSE CARNEIRO DE CAMPOS	1	0	0,0
3956369 MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	194	0	0,0
3909611 USF DE PITUACU	1	0	0,0
6387799 USF CAJAZEIRAS XI	1	0	0,0
6388892 USF SAO JOSE DE BAIXO	1	0	0,0
7222130 UBS PERNAMBUES EDSON T BARBOSA	4	0	0,0
TOTAL	5.291	1.382	26,1
ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS			
0003786 HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	806	30	3,7
2470667 HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA	117	15	12,8
0004278 HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA	40	6	15,0
0003832 HOSPITAL SANTA ISABEL	627	111	17,7
0004251 HOSPITAL PORTUGUES	522	101	19,3

2802104 HOSPITAL SANTO ANTONIO	639	150	23,5
3813436 FBC	19	5	26,3
3746410 HOSPITAL 2 DE JULHO	15	4	26,7
0004979 HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA HEB	126	47	37,3
5407591 HOSPITAL SANTO AMARO	21	0	0,0
7160488 HOSPITAL ALAIDE COSTA	289	158	54,7
TOTAL	3.221	627	19,5
ENTIDADE EMPRESARIAIS - ATENDE SUS			
0003808 HOSPITAL SAO RAFAEL	325	38	11,7
3827992 HOSPITAL DA BAHIA	489	132	27,0
2389738 HOSPITAL PROHOPE	140	39	27,9
3814378 CARDIO PULMONAR DA BAHIA	110	31	28,2
0006173 CLINICA SENHOR DO BOMFIM SAGRADA FAMILIA	1	0	0,0
0006203 CLINI RIM	2	0	0,0
0006637 INED	1	0	0,0
0003824 NEPHRON BARRIS	1	0	0,0
2384582 HOSPITAL DA CIDADE	114	39	34,2
TOTAL	1.183	279	
ENTIDADE EMPRESARIAIS - NÃO ATENDE SUS			
3808076 POLICLINICA SANTO INACIO	1	0	0,0
3191575 S O S VIDA SOLUCOES EM SAUDE	1	0	0,0
3616673 COT	17	2	11,8
2389746 HOSPITAL ALIANCA	249	36	14,5
2802082 HOSPITAL JORGE VALENTE	133	22	16,5
3001814 SEMEC CENTRO MEDICO HOSPITALAR AGENOR PAIVA	112	28	25,0
9180265 CLINICA FLORENCE	12	4	33,3
3366758 HOSPITAL SALVADOR	82	39	47,6
2444747 HOSPITAL SALVADOR	23	12	52,2
6558143 HOSPITAL TERESA DE LISIEUX	541	153	28,3
TOTAL	1.171	296	25,3
HOSPITAL MILITAR			
5616387 HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR	51	14	27,5
0000130 HOSPITAL GERAL DO EXERCITO	38	10	26,3
TOTAL	89	24	27,0
INSTITUTO MÉDICO LEGAL NINA RODRIGUES	4.099	1.938	47,3
TOTAL	4.188	1.948	46,5
NÃO CLASSIFICADOS (DOMICÍLIO, NÃO INFORMADO, VIA PÚBLICA, E OUTROS)			
	960	229	23,9
TOTAL	960	229	23,9
TOTAL GERAL	16.014	4.775	29,8

Fonte: CNES/Datasus/MS.

Pesquisa da autora, 2019.

Apêndice B. Número absoluto de óbitos com causa básica de morte com códigos considerados pouco úteis prioritários* (CPUP), segundo Distrito Sanitário de ocorrência, de residência, Não classificados** e Instituto Médico Legal, Salvador, Bahia, 2017***

DS DE OCORRÊNCIA, NÃO CLASSIFICADOS E IML	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
CENTRO HISTÓRICO	0004472 SANATORIO SAO PAULO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0004278 HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	6
	0004987 HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	2	2	4	5	2	3	0	2	3	2	0	5	0	30
	0003832 HOSPITAL SANTA ISABEL	10	11	7	15	14	21	6	5	7	8	6	0	1	111
	0004731 MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	5616387 HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR	0	0	1	3	1	0	2	2	1	1	3	0	0	14
	9180265 CLINICA FLORENCE	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	4
	Total	14	13	14	24	17	26	8	10	12	13	10	5	1	167

DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
ITAPAGIPE	2470667 HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA	2	4	1	1	0	1	1	0	1	0	4	0	0	15
	2802104 HOSPITAL SANTO ANTONIO	8	13	22	14	5	14	3	9	14	16	23	9	0	150
	3001814 SEMEC CENTRO MEDICO HOSPITALAR AGENOR PAIVA	1	9	3	1	0	2	0	1	2	1	7	1	0	28
	0003778 HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER	1	1	2	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	10
	0005428 HOSPITAL ESPECIALIZADO COUTO MAIA	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	5
	Total	12	28	28	18	5	18	5	13	18	17	36	10	0	208
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
SÃO CAETANO / VALÉRIA	0003913 UNIDADE EMERGENCIA GERCINO COELHO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	7476469 UPA 24H VALERIA	0	1	9	1	0	0	0	0	2	0	5	4	0	22
	Total	0	1	12	1	0	0	0	0	2	0	5	4	0	25
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
LIBERDADE	2384582 HOSPITAL DA CIDADE	7	3	1	8	5	5	3	1	3	2	1	0	0	39
	0004065 HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	1	1	3	2	0	3	3	2	4	3	4	0	1	27
	0004073 HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	13	10	18	34	9	15	3	7	12	1	9	5	0	136
	0003875 HOSPITAL ANA NERY	1	3	5	6	0	5	4	4	8	2	5	2	2	47
	0003999 UBS MARIA DA CONCEICAO SANTIAGO IMBASSAY	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
	0004170 MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0007587 UNIDADE DE EMERGENCIA MAE HILDA JITOLU	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	7033753 PA MARIA DA CONCEICAO SANTIAGO IMBASSAY	1	2	2	5	1	0	0	0	2	0	0	0	1	14
	7521316 UPA 24H SAN MARTIN	0	8	20	8	1	1	1	0	3	2	3	1	0	48

	Total	23	28	50	70	16	30	14	14	32	10	22	8	4	321
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
BROTAS	0004294 HOSPITAL GERAL DO ESTADO	1	2	7	2	18	31	2	1	6	1	3	3	0	77
	0003786 HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	0	4	2	0	0	3	4	1	5	3	4	4	0	30
	0004979 HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA HEB	2	2	3	6	12	8	4	2	2	3	2	0	1	47
	0000130 HOSPITAL GERAL DO EXERCITO	0	1	1	4	1	0	0	1	0	2	0	0	0	10
	7986076 UPA 24H BROTAS	3	4	2	4	24	19	1	1	6	1	0	0	1	66
	Total	6	13	15	16	55	61	11	6	19	10	9	7	2	230
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
BARRA / RIO VERMELHO	2389746 HOSPITAL ALIANCA	1	3	1	1	4	18	4	2	0	1	0	0	1	36
	3366758 HOSPITAL SALVADOR	2	2	4	2	3	7	1	2	5	3	4	4	0	39
	2444747 HOSPITAL SALVADOR	1	0	1	0	0	1	3	0	1	1	3	1	0	12
	2802082 HOSPITAL JORGE VALENTE	3	0	0	1	2	8	3	2	1	2	0	0	0	22
	0004251 HOSPITAL PORTUGUES	6	5	5	8	8	45	5	5	3	4	3	4	0	101
	0003816 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	1	0	2	0	0	4	1	0	1	1	0	0	1	11
	3616673 COT	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	3813436 FBC	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0	5
	3814378 CARDIO PULMONAR DA BAHIA	2	1	0	0	4	18	5	1	0	0	0	0	0	31
	3827992 HOSPITAL DA BAHIA	8	8	5	6	16	48	11	9	6	7	5	2	1	132
	6558143 HOSPITAL TERESA DE LISIEUX	9	9	10	12	17	25	11	11	14	11	11	11	2	153
	7222122 USF CLEMENTINO FRAGA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	7633149 UPA 24H VALE DOS BARRIS	3	3	2	1	7	12	0	1	0	1	0	1	3	34
Total	36	31	31	31	61	191	44	34	31	31	27	23	8	579	
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													

		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
BOCA DO RIO	0004154 UBS ALFREDO BUREAU	0	0	0	0	0	3	3	0	1	2	0	0	0	9
	7033974 PA ALFREDO BUREAU	0	0	0	1	0	3	3	0	1	0	0	0	0	8
	Total	0	0	0	1	0	6	6	0	2	2	0	0	0	17
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
ITAPUÃ	0004340 UPA 24H DR HELIO MACHADO	0	0	1	0	1	2	3	18	2	2	0	0	0	29
	7894015 UPA 24H PARQUE SAO CRISTOVAO	0	0	2	0	0	0	1	23	2	1	0	3	0	32
	Total	0	0	3	0	1	2	4	41	4	3	0	3	0	61
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
CABULA / BEIRU	0004286 HOSPITAL JULIANO MOREIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3
	0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	9	4	33	15	18	20	3	10	63	19	10	9	0	213
	0028487 UBS SANTO INACIO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0028460 PA PERNAMBUES EDSON T BARBOSA	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	7
	3391655 CAPS AD PERNAMBUES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	7033850 PA RODRIGO ARGOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	7596871 UPA DO CABULA	0	2	6	3	1	5	1	0	28	3	1	1	1	52
	9030158 UPA 24H PIRAJA SANTO INACIO	2	3	15	3	2	0	0	0	16	6	2	3	0	52
	Total	11	10	54	21	21	25	4	11	118	28	14	13	2	332
DS DE OCORRÊNCIA	ESTABELECIMENTO	DISTRITO SANITÁRIO DE RESIDÊNCIA													
		CHI	ITG	SCV	LIB	BRO	BRV	BR	ITP	CAB	PLI	SFE	CAJ	IGN	Total
PAU DA LIMA	0003808 HOSPITAL SAO RAFAEL	0	2	3	2	2	3	4	7	6	6	0	3	0	38
	0028568 UNIDADE DE EMERGENCIA DE SAO MARCOS	0	0	1	0	0	0	0	1	3	11	0	0	0	16
	3746410 HOSPITAL 2 DE JULHO	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	4

NINA RODRIGUES	2384582 HOSPITAL DA CIDADE	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	2389746 HOSPITAL ALIANCA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	0003808 HOSPITAL SAO RAFAEL	0	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	7
	2470667 HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	0004065 HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	3366758 HOSPITAL SALVADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	0004073 HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	2	5	7	11	1	2	0	1	5	2	0	0	0	36
	2802104 HOSPITAL SANTO ANTONIO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	0004294 HOSPITAL GERAL DO ESTADO	8	6	13	12	31	53	2	5	17	11	5	1	1	165
	0004278 HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0007382 CLISUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0004987 HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	0	1	1	1	0	2	2	4	30	4	0	0	0	45
	0028568 UNIDADE DE EMERGENCIA DE SAO MARCOS	0	0	1	0	0	1	0	0	5	42	0	1	0	50
	2802082 HOSPITAL JORGE VALENTE	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
	3001814 SEMEC CENTRO MEDICO HOSPITALAR AGENOR PAIVA	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
	0003832 HOSPITAL SANTA ISABEL	0	1	2	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0	9
	0003778 HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0004251 HOSPITAL PORTUGUES	1	1	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	8
	0003875 HOSPITAL ANA NERY	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
3191559 HOSPITAL S A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	

0003956 MULTICENTRO DE SAUDE CARLOS GOMES	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
0004030 UBS RODRIGO ARGOLO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
0004340 UPA 24H DR HELIO MACHADO	1	0	1	0	0	0	1	21	0	0	0	1	0	25
0004448 UBS DO CSU PERNAMBUES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
0006807 USF SANTA LUZIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0028487 UBS SANTO INACIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
0005436 HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0003980 HOSPITAL ELADIO LASSERRE	1	0	3	2	0	0	0	1	1	12	1	32	0	53
2493845 HOSPITAL MANOEL VICTORINO	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	6
0004774 UPA 24H PROF ADROALDO ALBERGARIA	0	1	4	0	0	0	0	0	2	0	20	0	0	27
0007005 UBS DE SUSSUARANA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
0028460 PA PERNAMBUES EDSON T BARBOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	15
0028444 USF JOANES LESTE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0004154 UBS ALFREDO BUREAU	0	0	0	0	0	2	7	0	1	0	0	0	0	10
0003999 UBS MARIA DA CONCEICAO SANTIAGO IMBASSAY	0	0	2	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8
2389738 HOSPITAL PROHOPE	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8	0	12
0004979 HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA HEB	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0003913 UNIDADE EMERGENCIA GERCINO COELHO	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0007587 UNIDADE DE EMERGENCIA MAE HILDA JITOLU	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
3577589 PRO SAUDE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3616673 COT	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
3813436 FBC	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2

	9030158 UPA 24H PIRAJA SANTO INACIO	0	0	28	0	1	0	0	0	20	4	2	1	0	56
	9019308 UPA 24H PARIPE	0	0	3	2	1	0	0	0	0	0	24	1	0	31
	Não classificados	38	46	119	64	67	106	28	66	114	59	95	66	4	872
	Total	63	101	288	125	132	205	60	139	292	159	236	131	7	1938
	TOTAL GERAL	194	292	603	350	350	662	185	326	605	357	518	305	28	4775
	%	4,1	6,1	12,6	7,3	7,3	13,9	3,9	6,8	12,7	7,5	10,8	6,4	0,6	100,0

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – CEP/ISC-UFBA

ANEXO B – Modelo de Declaração de óbito

ANEXO C – Lista dos códigos pouco úteis prioritários do Projeto Sessenta Cidades

Acidente de transporte NE (V89) e homicídios (Y09)

AVC não especificado e sequelas (I67,4, I67,9, I69,4, I69,8, I64)

Causas Externa com Intenção indeterminada (Y10 a Y34) e acidente NE (X59)

Causas Mal Definidas (R00-R99, exceto R95)

Embolia pulmonar (I26)

Hipertensão essencial (I10)

Insuficiência cardíaca e cardiopatia NE (I50 a I51)

Insuficiência Renal (N17, N19)

Insuficiência Respiratória (J96) e transtornos (J98)

Neoplasia não especificada (C26, C55, C76, C78, C80)

Pneumonia (J15,9, J18)

Septicemia (A40, A41)