

HRJ

v.3 n.15 (2022)

Recebido: 16/01/2022

Aceito: 20/01/2022

Perfil epidemiológico de mortalidade em um serviço de emergência do Distrito Federal

Luanne Gabrielle Viana de Miranda¹
Nayara da Silva Lisboa²

¹Enfermeira. Residente em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

²Enfermeira. Mestre. Escola Superior de Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Endereço para correspondência: luanne.gabrielle@gmail.com

RESUMO

Introdução: o modo de viver da população e a expectativa de vida mudou e transformou o perfil de adoecimento e de mortalidade. A investigação sobre as causas da morte permite conhecer uma sociedade. Através dessa avaliação do nível e do padrão de mortalidade é possível analisar as condições sociais e econômicas e quais as suas necessidades políticas e sociais. **Objetivo:** levantar o perfil epidemiológico de morbimortalidade de um serviço de emergência. **Métodos:** estudo descritivo, transversal e quantitativo, com dados categorizados de acordo com a lista de tabulação de óbitos da CID-10, analisados estatisticamente. **Resultados:** 459 óbitos, 58,6% do sexo masculino, idade média de 67,8 anos, com desfecho principalmente na sala vermelha, durante a noite e madrugada. O capítulo de doenças respiratórias representou o mais incidente nas múltiplas causas de morte. As mortes por arma de fogo e por quedas representaram maior índice de solicitação de necrópsia. **Conclusão:** o conhecimento dos dados sociodemográficos e clínicos reflete no grau de qualidade de vida e na assistência à saúde ofertada, constituindo uma estratégia necessária para avaliar a eficácia do sistema de saúde, permitindo auxiliar o governo na criação de novas políticas de saúde pública.

Palavras-chave: Epidemiologia descritiva. Mortalidade hospitalar. Causas de morte.

Epidemiological profile of mortality in an emergency service in the Federal District

ABSTRACT

Introduction: the population's way of life and life expectancy has changed and transformed the profile of illness and mortality. Research into the causes of death allows us to know a society. By evaluating the level and pattern of mortality, it is possible to analyze the social and economic conditions and what their political and social needs are. **Objective:** to survey the epidemiological profile of morbidity and mortality in an emergency service. **Methods:** descriptive, cross-sectional and quantitative study, with data categorized according to the ICD-10 death tabulation list, statistically analyzed. **Results:** 459 deaths, 58.6% male, mean age 67.8 years, with outcome mainly in the emergency room, during the night and dawn. The chapter on respiratory diseases represented the most incidence in the multiple causes of death. Deaths from firearms and falls represented the highest rate of necropsy requests. **Conclusion:** The knowledge of sociodemographic and clinical data reflects the degree of quality of life and health care offered, constituting a necessary strategy to assess the effectiveness of the health system, allowing the government to assist in the creation of new public health policies.

Keywords: Descriptive epidemiology. Hospital mortality. Causes of death.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e ascensão da globalização, o modo de viver da população e a expectativa de vida mudou e transformou o perfil de adoecimento e de mortalidade. O envelhecimento trouxe inúmeras modificações na morbimortalidade da população. Essa mudança de padrão demográfico reflete nas características de adoecimento, associada ao incremento do número de indivíduos idosos, que detêm a maior carga de mortalidade^{1,2}.

O envelhecimento populacional resulta em incapacidades e maior carga de doenças crônico-degenerativas e, associado aos fatores socioeconômicos e de saúde pública, fortalece as mudanças no perfil de morbimortalidade da população. Como consequência do exposto, novos padrões de cuidados em saúde devem se estabelecer. Por conta disso, as ciências médicas evoluem a cada dia, introduzindo novas técnicas destinadas a melhorar a saúde humana³.

Devido a isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) buscou se adaptar, por meio de investimentos nos hospitais públicos nacionais, para oferecer uma abordagem adequada ao novo perfil morbimortalidade da população. Reconhecer as diversas características de pacientes assistidos no Serviço de Emergência (SE) hospitalar constitui uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações de saúde, oferecendo subsídio para a elaboração de estratégias, diminuição os agravos à saúde e seus fatores determinantes⁴.

No Brasil, os SEs compõem uma das portas de entrada ao sistema de saúde. O pronto-socorro é a unidade hospitalar responsável por prestar atendimento aos pacientes com agravos à saúde que estão em situação de urgência ou emergência, sendo composta por leitos de observação que funcionam 24 horas por dia⁵.

O SE tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. A busca por esse atendimento é demasiadamente grande e os seus serviços têm

aumentado muito nas últimas décadas, se tornando uma grande preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral. Uma das justificativas apresentadas para a procura excessiva desse serviço se dá pelo motivo de grande parte dos atendimentos realizados serem resultado de problemas de diferentes aspectos, que poderiam ser solucionados em serviços de atenção básica ou especializados⁴.

Essas situações acarretam déficit de leitos, escassez de recursos e de condições estruturais para garantir o cuidado progressivo aos pacientes graves. As fragilidades do sistema de saúde influenciam nos índices de mortalidade dos pacientes⁷. No Brasil, as estimativas e o conhecimento das tendências de mortalidade são limitados pela qualidade dos dados. Os problemas mais comuns enfrentados são a cobertura incompleta dos sistemas de registros vitais, erros na declaração de óbito e na contagem de morte e falta de informação sobre as causas das mortes. Por padrões internacionais, o Brasil é caracterizado por altos níveis de causas mal definidas de morte e baixos níveis de registro de contagens de óbito⁸.

A investigação sobre as causas da morte é fundamental, pois permite conhecer uma sociedade. Através da avaliação do nível e do padrão de mortalidade é possível analisar as condições sociais e econômicas e quais as suas necessidades políticas e sociais. Além disso, fornece subsídios para avaliar o estado de saúde da população e auxilia no planejamento, monitoramento e avaliação de saúde⁹.

Nesse contexto, o estudo do perfil da mortalidade e de suas características clínicas e epidemiológicas busca esclarecer especialmente as taxas e os fatores de risco para os óbitos. Essa perspectiva pode auxiliar na identificação das principais fragilidades assistenciais e na promoção de ações de saúde, contribuindo para a redução dos riscos de complicações e da mortalidade⁷. Pelo exposto, este estudo tem como objetivo levantar o perfil epidemiológico de morbimortalidade de um serviço de emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado no pronto-socorro de um hospital público de média complexidade localizado em uma cidade do Distrito Federal. A amostra foi composta por dados secundários de 459 pacientes, no período de janeiro e dezembro de 2019.

O departamento de emergência desse hospital é dividido em três áreas: a sala vermelha, local destinado a atendimento imediato a pacientes graves; a sala amarela, destinada a pacientes internados que necessitam de cuidados semi-intensivos; e as enfermarias onde são internados pacientes estáveis que necessitam de tratamento intra-hospitalar.

Foram incluídos no estudo os dados de pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 12 anos que evoluíram ao óbito depois da admissão ou durante o período de internação no pronto-socorro e excluídos os pacientes com prontuários eletrônicos não localizados.

Os dados foram obtidos através do banco de dados da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), que disponibiliza as seguintes variáveis: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, sexo, cidade de domicílio, data e horário do óbito, número da declaração de óbito, solicitação de necrópsia, setor do hospital em que ocorreu o óbito, doação de órgãos e tecidos, tipo de doação, tipo de morte e causas de óbito.

Os dados não encontrados no banco de dados foram pesquisados e coletados no prontuário eletrônico do paciente. Também foi utilizado o relatório de óbitos emitido pelo sistema eletrônico *TrakCare*. As informações obtidas de cada paciente foram reunidas, transferidas e digitadas individualmente em um banco de dados organizados a partir de uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel versão 2110*.

No término da coleta de dados, os óbitos encontrados foram separados em dois grupos: 1) aqueles que tiveram o preenchimento da declaração de óbito (DO); 2) aqueles que foram encaminhamento ao instituto médico legal (IML) para realização de necrópsia. Para descrever melhor o padrão da mortalidade, houve necessidade de levar em consideração, além da causa imediata, todas as demais mencionadas na declaração de óbito, descritas como consequenciais e básica, que somadas, definem as causas múltiplas de morte.

Ao final, foi levantado um total de 132 causas de morte. Para a tabulação das causas de óbito foi utilizada uma categorização das causas acordo com as listas de tabulação de mortalidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID10): Lista de Tabulação CID-BR e Lista de Tabulação de Causas Mal definidas^{10,11}.

A lista de tabulação CID-BR foi adaptada para uso neste estudo, baseada no artigo de Alves e Faro¹², dividida em 12 grupos de causas, sendo que aqueles capítulos que apresentaram frequência menor que 2% foram nomeadas como Outros, conforme especificado a seguir: 1) Causas mal definidas (CMD); 2) Choques (excluindo choque séptico) (CHQ); 3) Doenças infecciosas (incluindo septicemia e choque séptico) (INF); 4) Doenças do aparelho circulatório (DAC); 5) Doenças do aparelho digestivo (DAD); 6) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DEN); 7) Doenças do aparelho geniturinário (DAG); 8) Doenças do aparelho respiratório (DAR); 9) Doenças do sistema nervoso (DSN); 10) Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (DPS); 11) Neoplasias [tumores] (NEO); 12) Outros (OUT).

O presente estudo foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa Escola Superior de Ciências da Saúde sob o parecer 4.662.786, CAAE 45121421.6.0000.5553. Para essa pesquisa foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os processos metodológicos foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais,

como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹³.

RESULTADOS

Entre os meses de janeiro e dezembro de 2019 foram registrados o total de 459 óbitos. Os meses de maior registro foram julho e maio, com 11% (n=49) e 10% (n=46) respectivamente, e, o de menor registro foi outubro, com 6% (n=27) do total de óbitos. A média mensal de óbitos foi de 38,2 (DP±6,2).

Do total de óbitos analisados, 56,8% (n=261) dos pacientes eram do sexo masculino e 43,1% (n=198) do sexo feminino. O agrupamento por faixas etárias mostrou que a maior parte dos óbitos (44,8%, n=206) pertencia ao grupo acima de 75 anos, seguida pela faixa de 65 a 74 anos (18,7%, n=86). A idade mínima foi de 14 anos e a máxima 104 de anos e a média foi de 67,8 anos (DP±8).

Quando comparada a distribuição dos pacientes por sexo e grupo etário, verificou-se que houve predominância de pacientes de sexo masculino em quase todas as faixas etárias, exceto na faixa etária acima de 75, onde as mulheres apresentaram uma frequência maior do que a dos homens, 52,4% (n=104) e 39% (n=102), respectivamente.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos de acordo com sexo e faixa etária.

Faixa etária	Geral	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)	n (%)
Acima de 75	206 (44,8)	102 (39,0)	104 (52,5)
65 a 74	86 (18,7)	51 (19,5)	35 (17,6)
55 a 64	59 (12,8)	36 (13,7)	23 (11,6)
45 a 54	51 (11,1)	36 (13,7)	15 (7,5)
35 a 44	26 (5,6)	15 (5,7)	11 (5,5)
25 a 34	15 (3,2)	11 (4,2)	4 (2,0)
15 a 24	14 (3,0)	9 (3,4)	5 (2,5)
5 a 14	2 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,5)
Total	459 (100)	261 (100)	198 (100)

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando a distribuição dos óbitos de acordo com o local de ocorrência no serviço de emergência, foi possível observar que houve maior incidência na sala vermelha com 50,5% (n=232), seguido das enfermarias do pronto-socorro com 29,1% (n=134) e, por último, sala amarela com 20,2% (n=93).

O período do dia em que ocorreu o óbito foi dividido em quatro turnos: manhã (6:00 às 11:59), tarde (12:00 às 17:59), noite (18:00 às 23:59) e madrugada (00:00 às 05:59). Foi observado o número mais elevado de óbitos no horário da noite, com 32,4% (n=149), seguido da madrugada com 23,7% (n=109), tarde com 22,2% (n=102) e manhã 21,5% (n=99).

Os óbitos foram caracterizados em morte natural ou morte violenta, correspondendo à 91,5% (n=421) e 8,2% (n= 38), respectivamente. Dessas, 416 mortes por causas naturais tiveram causas esclarecidas e foram preenchidas a declaração de óbito e 5 mortes naturais não tiveram causas definidas, sendo solicitadas necrópsia no instituto médico legal, juntamente com as 38 mortes classificadas como violentas, totalizando 43 mortes encaminhadas ao IML.

Para analisar as causas de óbitos, foi realizado uma subdivisão:

- 1) Óbitos que tiveram o preenchimento da declaração de óbito, classificados a saber: causa imediata (A), causas consequenciais (B e C), causa básica (D), descritos na Tabela 2;
- 2) Óbitos encaminhados ao IML por morte violenta e/ou mortes naturais não tiveram a causa estabelecida e seus prováveis mecanismos de lesão, descritos na Tabela 4.

Tabela 2. Distribuição de óbitos com preenchimento de declaração de óbitos

Causas ¹	Causa Imediata	Causa Consequencial	Causa Consequencial	Causa Básica
	(A)	(B)	(C)	(D)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
DAR	92 (22,1)	90 (21,6)	43 (10,3)	10 (2,4)
INF	91 (21,9)	56 (13,5)	16 (3,8)	1 (0,2)
CMD	90 (21,6)	3 (0,7)	1 (0,2)	0 (0)
DAC	53 (12,7)	79 (19,0)	36 (8,7)	7 (1,7)
CHQ	42 (10,1)	3 (0,7)	0 (0)	0 (0)
DAD	10 (2,4)	28 (6,7)	16 (3,8)	0 (0)
DEN	10 (2,4)	8 (1,9)	6 (1,4)	1 (0,2)
DAG	9 (2,2)	16 (3,8)	26 (6,3)	2 (0,5)
NEO	8 (1,9)	21 (5,0)	9 (2,2)	1 (0,2)

DSN	2 (0,5)	7 (1,7)	1 (0,2)	1 (0,2)
DPS	0 (0)	21 (5,0)	3 (0,7)	0 (0)
Outros	9 (2,2)	11 (2,6)	3 (0,7)	1 (0)
Não preenchido	0 (0)	73 (17,5)	256 (61,5)	392 (94,2)
Total	416 (100)	416 (100)	416 (100)	416 (100)

¹ **DAR** = Doenças do aparelho respiratório, **INF** = Doenças infecciosas (incluindo septicemia e choque séptico), **CMD** = Causas mal definidas, **DAC** = Doenças do aparelho circulatório, **CHQ** = Choques (excluindo choque séptico), **DAD** = Doenças do aparelho digestivo, **DEN** = Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, **DAG** = Doenças do aparelho geniturinário, **NEO** = Neoplasias [tumores], **DSN** = Doenças do sistema nervoso, **DPS** = Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo, **OUT** = Outros.

² O “N” difere da amostra geral por representar apenas os óbitos em que foram preenchidos declaração de óbito

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com classificação da CID-10, a causa de óbito imediata (A) mais frequente foi constituída pelo capítulo das Doenças do aparelho respiratório, com 22,1% (n=92), seguida de Doenças infecciosas, com 21,9% (n=91), sendo importante salientar, que 99% das doenças infecciosas foram constituídas por septicemia e choque séptico e 1% por tuberculose. As Causas mal definidas ocuparam a terceira causa de óbito com 21,6% (n=90) e as Doenças do aparelho circulatório foram a quarta causa com 12,7% (n=53), os Choques, foram a quinta causa, com 10,1% (n=42). Somados, as cinco primeiras causas totalizaram 88,5%, enquanto as demais 11,5%.

Na causa consequencial B, o capítulo Doenças do aparelho respiratório seguiu sendo a causa mais frequente, com 21,6% (n=90) óbitos, seguido por Doenças do aparelho circulatório, com 19% (n=79). Em terceiro lugar, pôde-se observar a ausência de preenchimento dessa causa, com 17,5% (n=73). Já na causa consequencial C, o não preenchimento teve maior incidência, correspondendo a 61,5% (n=256), seguido de Doenças do aparelho respiratório, com 10,3% (n=43). O índice com menor preenchimento foi da causa básica (D) correspondendo à 94,2% (n=392) da categoria.

Em relação aos óbitos com solicitação de necrópsia e encaminhados ao Instituto Médico Legal, as mortes naturais não esclarecidas representaram 11,6% (n=5), enquanto as

mortes violentas representaram 88,4% (n=38). Deste total, 72,1% (n=31) foram decorrentes de indivíduos do sexo masculino e 27,9% (n=12) decorrentes de pessoas do sexo feminino. Os principais mecanismos de lesão que necessitaram desse encaminhamento foram de ferimento por arma de fogo e de quedas, ambas com 20,9% (n=9), seguido de ferimento por arma branca e de acidente automobilístico, ambos com 9,3% (n=4).

Tabela 3. Distribuição de óbitos encaminhados ao Instituto Médico Legal

Causas¹	n (%)
Ferimento por arma de fogo	9 (20,9)
Quedas	9 (20,9)
Ferimento por arma branca	4 (9,3)
PCR	4 (9,3)
Acidente automobilístico	4 (9,3)
Traumatismo intracraniano	2 (4,6)
Não definido	2 (4,6)
Atropelamento	2 (4,6)
Exposição a corrente elétrica não especificada	2 (4,6)
Lesões autoprovocadas voluntariamente	2 (4,6)
Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas	1 (2,3)
Síndromes de maus tratos	1 (2,3)
Outros transtornos do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico	1 (2,3)
Total	43 (100)

¹O “N” difere da amostra geral por representar apenas os óbitos em que foram encaminhados ao Instituto Médico Legal

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 459 óbitos analisados, somente 2% (n=9) realizaram doação de órgãos. Foram realizadas doação de córneas em 77,8% (n=7) e doação de múltiplos órgãos em 22,2% (n=2) dos casos.

DISCUSSÃO

Quanto as características sociodemográficas, os resultados mostraram que o maior percentual de óbitos foi do sexo masculino (56,8%), o que acompanhou resultados de estudos na temática, com resultados que variaram de: 55,9% no Distrito Federal¹⁴; 55% e 61% no Brasil^{12,15}; e 55,7% e 61% em artigos internacionais^{16,17}. Esse resultado é compreendido pelo

baixo interesse pela saúde por parte dos homens, que demonstram dificuldade em aderir às iniciativas de prevenção de doenças, buscando o atendimento hospitalar de média e alta complexidade quando há agravamento da morbidade^{15,18}.

O agrupamento por faixas etárias mostrou que 63,5% dos óbitos ocorreram no estrato acima dos 65 anos, mostrando que a mortalidade de idosos acumula mais de metade do total de óbitos. Esse achado confirma que, os idosos vêm se mostrando como uma população com elevada utilização dos serviços de saúde, sendo reflexo do envelhecimento populacional e da mudança do padrão de morbidade e mortalidade da população¹⁹.

Quando analisado a distribuição dos pacientes por sexo e grupo etário, os óbitos femininos predominaram na faixa etária acima de 75 anos (52,4%). Com base nos dados da *World Health Organization*, a expectativa de vida da mulher é maior do que os homens em todas as idades, sendo que essa diferença também é proporcional por idade, aumentando cerca de 1 ano de idade a cada ano vivido. Estima-se que, até os 80 anos de idade, as mulheres vivam em média 14% a mais que os homens²⁰.

Em relação à mortalidade na emergência, foi observado que 50,5% dos pacientes tiveram o desfecho na sala vermelha. Este resultado é condizente com o fato de a sala vermelha ser o local destinado a atendimento imediato e estabilização de pacientes graves¹⁸. As enfermarias ocuparam o segundo lugar (29,1%) e este fato deve ser melhor investigado, pois como neste local deveriam estar os pacientes estáveis e óbitos deveriam ser eventuais, pois ao desestabilizar o paciente deveria ser encaminhado aos setores de maior complexidade.

O período do dia em que ocorreu o óbito foi composto predominantemente pelo horário da noite (32,4%) e da madrugada (23,7%), totalizando mais de metade dos óbitos. Não foi encontrado na literatura outros artigos que apontassem este fato, mas o dado cria um alerta para a equipe de saúde e a predominância de óbitos neste período deve ser investigada,

uma vez que pode ser consequência de um período com menor quantidade de profissionais nos setores e com menor vigilância direta dos pacientes.

Quando analisado os meses de registros de óbito, foi observado maior incidência nos meses de julho e maio, com 11% e 10%. No Brasil, a ocorrência das doenças respiratórias é centrada principalmente nos períodos do outono e inverno, onde há reduções de chuvas no centro-oeste do país, onde as temperaturas ficam amenas, com as massas de ar fria e seca²¹. Deve salientar que este achado corrobora com a principal causa de óbito encontrada nesse estudo, constituída pelas doenças do aparelho respiratório.

Foi possível observar a predominância do capítulo de Doenças do aparelho respiratório nas múltiplas causas de morte, com 22,1% nas causas imediatas, 21,6% nas causas consequenciais B e 10,3% nas causas consequenciais C. Um estudo realizado em 2014 no mesmo pronto-socorro, demonstrou que o sistema respiratório era o mais acometido, sendo que 41,67% dos pacientes que evoluíram com óbito foram devido a afecções do sistema respiratório. O acometimento desse sistema vem se mostrando como uma das principais causas de mortalidade e importante causa de morbidade. Nas últimas décadas, as incidências de afecções do trato respiratório e de suas complicações cresceram em diversos países¹⁹.

As doenças respiratórias fazem parte da hierarquia das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil, principalmente quando associadas aos idosos. Portanto, era esperado o elevado índice desse capítulo da CID-10 neste estudo, devido a 63,5% dos óbitos pertencerem à faixa etária acima dos 65 anos de idade. Um estudo sobre diferenciais de mortalidade por causa e faixa etária, indica que as doenças do aparelho respiratório representam a segunda maior causa de óbito entre os longevos²².

A segunda causa imediata de óbito encontrada foi doenças infecciosas, com 21,9%, valor que se encontra semelhante a média mundial de 23%²³. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo que analisou as causas de óbito imediatas, em 28,9% das mortes

ocorreram por doenças infecciosas e parasitárias²⁴. A septicemia foi o diagnóstico mais prevalente neste capítulo (99%), sendo a principal causa de morte por infecção em todo o mundo, com elevados índices de mortalidade, alta prevalência e altos custos de tratamento²⁵. O uso de protocolos para detecção precoce e tratamento pode diminuir a mortalidade, sendo necessário mais investimentos para desenvolver e implementar estes protocolos nos serviços de emergências²⁵. Uma revisão sistemática de 2016 sugere que há maior letalidade por doenças infecciosas em países de renda baixa e média, incluindo o Brasil, do que em países de alta renda²⁶. Vale salientar que, o estudo foi realizado em uma cidade satélite na qual há regiões que contém os menores índice de desenvolvimento humano (IDH) do Distrito Federal²⁷.

As Causas mal definidas ocuparam a terceira causa imediata de óbito (21,5%). O uso de termos vagos ou inadequados, classificados como causas mal definidas de óbito, foram vistas em 21,6% do preenchimento de causas imediatas desse estudo, sendo a “falência múltipla de órgãos” (53%), a “morte súbita” (6,7%) e “parada cardiorrespiratória” (2,2%) os termos encontrados. O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina desestimularam o uso desses termos no preenchimento das causas de óbito. Os níveis elevados de causas mal definidas colocam em questionamento a qualidade das informações das declarações de óbitos e a consistência do uso desses dados²⁸.

Inúmeros fatores contribuem para o preenchimento incorreto da declaração de óbito, tais como a assistência médica prestada no momento do óbito, o local em que o paciente se encontra no momento do óbito (ex.: unidade de terapia intensiva, departamento de emergência, clínica médica) e, ainda, se o profissional que prestou a assistência foi o mesmo que preencheu a declaração de óbito. As altas proporções de óbitos por causas mal definidas são preocupantes, pois relevam problemas de acesso e de qualidade da assistência recebida pela população, além de comprometer a fidedignidade das estatísticas de mortalidade²⁹.

Nas causas consequenciais (B e C) e na causa básica (D), foi possível observar os elevados níveis de ausência de preenchimento dessas causas, com 17,5%, 61,5% e 94,2% respectivamente. O presente estudo corroborou com achados prévios de que as declarações de óbito expressam dados incompletos ou falhos acerca das causas de morte. Resultados semelhantes foram obtidos em outras análises, em que foi observado o preenchimento incompleto das declarações de óbito entre 20,7% e 98,7^{29,30,31}. Esse é um aspecto essencial em saúde pública, pois, se a interpretação correta dos dados de mortalidade não prevalecerem, a informação que deve ser utilizada para o desenvolvimento das políticas de saúde poderão ser comprometidas³².

Em relação aos óbitos encaminhados ao instituto médico legal, observou que 72,1% destes eram do sexo masculino e que a principal causal foi por Ferimento por arma de fogo, com 20,9%. Os achados encontrados nesta pesquisa apresentam similaridade com resultados já publicados anteriormente, apontando que a maior prevalência de óbitos por causas externas está ligada a população do sexo masculino. Os óbitos decorrentes de ferimento por arma de fogo se mostram mais prevalentes em todos os estados do Brasil, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os óbitos por causas violentas são um grave problema de saúde pela magnitude e impactos social e econômico que representam^{33,34}.

A segunda causa de óbito neste grupo foi Quedas, também com 20,9%, ocorrida predominantemente em idosos, com idade média de 67,7. Vários estudos apontam as quedas como importante causa de morbidade, mortalidade e incapacitações entre a população idosa. Tem sido verificado nos serviços de emergência que as quedas são eventos frequentes causadores de lesões, constituindo a principal causa de óbito acidental em pessoas com idade acima de 65 anos³⁵.

Dos 459 óbitos analisados, somente 2% realizaram doação de órgãos, havendo maior incidência de doação de córneas (77,8%). Estudos observam que as doações podem não obter êxito devido à falta de informação da sociedade sobre a morte encefálica, pelas dificuldades burocráticas enfrentadas e por ser um momento marcado pela fragilidade emocional dos familiares. Ressalta-se também a dificuldade enfrentada pelos profissionais da saúde no desenvolvimento do processo doação-transplante, devido à falta de treinamento e ao desconhecimento sobre esse processo³⁶. Porém neste estudo, o perfil dos óbitos concentra-se nos idosos e nas causas de afecção do trato respiratório e infeccioso, o que pode justificar baixo número de pacientes elegíveis para doação de órgãos.

Dentre os casos de transplante de órgãos e tecidos, o de córnea é o procedimento mais realizado no mundo, conquistando um espaço na sociedade nas últimas décadas e se estabelecendo como um dos grandes avanços da medicina. O progressivo aumento no número desse transplante deve-se a fatores como melhor organização dos Bancos de Olhos, que proporciona maior captação e preservação de córneas, melhor seleção do tecido e aos avanços da farmacologia, imunologia e microcirurgias oculares³⁷.

CONCLUSÃO

Segundo os resultados obtidos, observou-se o predomínio de óbitos em pacientes do sexo masculino, na faixa etária acima de 75 anos, ocorridos principalmente na sala vermelha, no período da noite e da madrugada. As principais causas imediatas de morte foram associadas às doenças do sistema respiratório e às doenças infecciosas. Destaca-se que os óbitos por doenças do sistema respiratório se mantiveram constantes em todas as categorias (causa imediata, causa consequenciais e causa básica). Já as principais causas de óbitos com solicitação de necropsia no instituto médico legal foram por ferimentos por arma de fogo e quedas. Foi observado uma porcentagem de 2% de doações de órgãos.

Na elaboração deste trabalho encontraram-se algumas limitações diante do preenchimento incompleto das causas de óbito das declarações de óbito. Outra limitação encontrada foi devido à falta de estudos com o mesmo objetivo desenvolvidos no serviço de emergência. Também foram encontrados poucos os estudos que avaliam as causas de óbitos em todas as faixas etárias, restringindo os dados majoritariamente a morte materno-infantil ou a óbitos por causas específicas, como circulatórias, infecciosas e violentas.

O conhecimento dos dados sociodemográficos e clínicos da população atendida é uma necessidade vigente, pois esses dados podem ser utilizados como indicadores de saúde para a produção de políticas públicas voltadas ao perfil de morbidade e mortalidade, buscando planejar e melhorar o cuidado de saúde nessas unidades. O padrão de mortalidade de uma região reflete no grau de qualidade de vida e na assistência à saúde ofertada, fornecendo subsídios para uma política de saúde mais eficaz à medida que permite estabelecer metas prioritárias baseadas no perfil da população atendida.

Neste sentido, analisar os óbitos em um hospital regional e as causas que contribuíram para a sua ocorrência é uma estratégia necessária para avaliar a eficácia do sistema de saúde, permitindo auxiliar a gestão local e o governo na criação de novas políticas de saúde pública. Portanto, considera-se que o objetivo proposto foi atingido ao descrever as características epidemiológicas e clínicas de pacientes que evoluíram a óbito no serviço de emergência, mas são necessários novos estudos para preencher as lacunas encontradas, principalmente com relação à distribuição dos óbitos no período da noite e da madrugada, grande índice de morte em enfermarias e causas do preenchimento inadequado da declaração de óbito.

REFERÊNCIAS

1. Vieira AM, Parente EA, Oliveira LS, Queiroz AL, Bezerra ISAM, Rocha HAL. Características de óbitos dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva

- de hospital terciário. *J Heal Biol Sci.* 2019;7(1):26–31.
2. Teixeira RA, Naghavi M, Guimarães MDC, Ishitani LH, França EB. Quality of cause-of-death data in Brazil: Garbage codes among registered deaths in 2000 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:85–94.
 3. Silva KR da, Martins CI, Souza FG de, Faria SM da C, Fernandes ML, Camargos MCS. Perfil Epidemiológico De Pacientes Idosos Atendidos Em Um Pronto-Socorro. *Rev Enferm UFPE line.* 2020;14(1):44–50.
 4. Hertel VL, Guimarães KS, Cardoso RA de O. Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de um pronto socorro de uma instituição do Vale do Paraíba. *Rev Cienc Saude.* 2017;7(2):10–15.
 5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002: regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002.
 6. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – 24 p.
 7. Busanello J, Quevedo EG, Escobal APL, Pinto DM, Silveira NP, Mocellin LP. Perfil clínico, sociodemográfico e preditores de óbito em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UFSM.* 2021;11:e46.
 8. Lima EEC, Queiroz BL. Evolution of the deaths registry system in brazil: Associations with changes in the mortality profile, under-registration of death counts, And ill-defined causes of death. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(8):1721–1730.
 9. World Health Organization. (WHO). World Health Statistics 2015. Geneva; 2015.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade CID-10 Lista de tabulação CID-BR. Disponível em: http://tabnet.saude.mg.gov.br/Notas_tecnicas/Mortalidade_CID-10_Lista_CID-BR.pdf.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade CID-10 Lista de Tabulação de Causas Mal

definidas.

Disponível

em:

http://tabnet.saude.mg.gov.br/Notas_tecnicas/Lista_Causas_Mal_definidas.pdf.

12. Alves ATLS, Faro A. Perfil epidemiológico da mortalidade em um hospital de urgência em Sergipe Epidemiological profile of mortality in a hospital of urgency in Sergipe. *J Health Biol Sci.* 2016;4(2):95–101.
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2013;150(112 Seção 1):59–62.
14. Vieira MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. *Com. Ciências Saúde.* 2012;22(3):201–210.
15. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(2):229–234.
16. Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, Stoll S, Kayden SR, Wallis LA, et al. Emergency care in 59 low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2015;93(8):577-586.
17. Ward JL, Azzopardi PS, Francis KL, Santelli JS, Skirbekk V, Sawyer SM, et al. Global, regional, and national mortality among young people aged 10–24 years, 1950–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2021;398(10311):1593–1618.
18. Rodrigues AIG, Korinsky JP, Santos ADB, Oliveira ANS, Almeida LR, Moura LA. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015;38(3):13–24.
19. Xavier CM. Perfil da demanda de emergências clínicas no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia - DF. Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília,

- Brasília, 2014.
20. World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, 2019.
 21. Tombolato MM, Andrea C, Cardoso L. Análise epidemiológica de doenças respiratórias entre 2015 a 2020 no território brasileiro. *Res., Soc. Dev.* 2021;10(7): e46610716819.
 22. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015;18(1):85–94.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. In: Distribuição espacial das doenças relacionadas à pobreza no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 287-324.
 24. Ricardo A, Faro C, Paula F, Guimarães DF, Gonçalves A, Belasco S. Causas de óbitos em hospital de ensino da Amazônia Ocidental brasileira. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE002515.
 25. Carneiro APR, Santos FR, Santos SC, Oliveira AN, Aguiar BGC. Protocolo gerenciado de sepse e seus respectivos resultados em um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro. *Enferm Bras.* 2018;17(2):107–103.
 26. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti Carrara FS, Sousa JL, Caixeta N, Salomao R, Angus DC, Pontes Azevedo LC; SPREAD Investigators; Latin American Sepsis Institute Network. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): An observational study. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(11):1180–1189.
 27. Pereira, MB. A Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis São Paulo: Rede Nossa São Paulo. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/ArtigoRedeCidades.pdf>.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
29. Lucena L, Cagliariari GHB, Tanaka J, Bonamigo EL. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. *Rev bioét.* 2014;22(2):318–324.
30. Saito CK, Foloni AR, Oliveira CHO de, Tessarolli CF, Silva LMB da, Andrade Filho A de. Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo. *Rev Bioética.* 2020;28(4):746–751.
31. Silva JA, Yamaki VN, Oliveira JP, Teixeira RK, Santos FA HV. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: avaliação em Belém, Pará, Brasil, em 2010. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(4):335–340.
32. Neto NI, Issa MRN, Pedrosa LGO, Moreira LL, Mendes TAR, Fernandes ML. Qualidade do prontuário médico e concordância entre suas informações e a causa básica da morte registrada na Declaração de Óbito em hospital de Belo Horizonte. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2020;30:e-3002.
33. Preis LC, Lessa G, Tourinho FSV, Santos JLG. Epidemiologia da mortalidade por causas externas no período de 2004 a 2013. *Rev Enferm UFPE line.* 2018;12(3):716-728.
34. Messias KLM, Bispo Júnior JP, Pegado MFQ, Oliveira LC, Peixoto TG, Sales MAC, Filho MPM, Ferreira DG, Lage MPF, Freitas TP, Filho JGB . Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(4):1255–1266.
35. Neto JG, Bento LA, Elias M, Oliveira S, Dutra FDEO, Sanches JM, et al. Idoso x morte violenta: avaliação epidemiológica das mortes decorrentes de agentes externos e uma proposta de predição de risco. *UNINGÁ Rev.* 2017;51(3):12–14.

36. Rezende LBO, Sousa CV, Pereira JR, Oliveira RL. Organ donation in Brazil: Analysis of governmental campaigns under the perspective of social marketing. *Rev Bras Mark.* 2015;14(3):362–376.
37. Silva LP. Transplante de córnea: informações, conhecimento dos pacientes e cuidados pós-operatório. Colégio e Faculdade Sena Aires. Goiás, 2014.