

Mortes sem assistência médica na região Nordeste no período de 2019 a 2023

Deaths without medical assistance in the Northeast region from 2019 to 2023

Clarice Oliveira Santos¹ 

Yara Patrícia de Marcos Brito² 

Catia Suely Palmeira³ 

¹Contato para correspondência. Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. claricesoliveira10@gmail.com

^{2,3}Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil.

RESUMO | OBJETIVO: Descrever o perfil de mortes sem assistência médica na região Nordeste nos anos de 2019 a 2023. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo, consultado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis selecionadas para análise foram: sexo, local (estados e capitais da região nordeste), faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil e local de ocorrência. **RESULTADOS:** Entre os anos de 2019 a 2023 ocorreram 14.151 mortes sem assistência médica, com redução ao longo do período. O ano em que mais houve registro de morte foi 2020 com 3.866 óbitos. A distribuição dos óbitos variou entre as unidades federativas da região Nordeste, com predomínio na Bahia (4.586; 32,4%). O registro de óbitos predominou no sexo masculino (8.083; 57,1%) nas pessoas na faixa etária de ≥ 80 anos (6.467; 45,7%), raça/cor autodeclarada parda (9.128; 64,5%) e em quem não possuem nenhum ano de estudo (5.844; 41,3%). O principal local de ocorrência das mortes foi no domicílio (12.344; 87,2%). **CONCLUSÃO:** A mortalidade devido à falta de assistência médica na região Nordeste, embora tenha apresentado redução ainda é elevada, o que sugere a necessidade de medidas que aumentem a capacidade de diagnóstico e tratamento de saúde para redução das mortes por esta causa.

PALAVRAS-CHAVE: Morte. Causas de Morte. Assistência Médica. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To describe the profile of deaths without medical care in the Northeast region from 2019 to 2023. **METHOD:** This is an ecological descriptive time series study, consulted in the Mortality Information System (SIM), made available by the *Departamento de Informática* of the *Sistema Único de Saúde* (DATASUS). The variables selected for analysis were sex, location (states and capitals of the Northeast region), age group, color/race, education, marital status and place of occurrence. **RESULTS:** Between the years 2019 to 2023, there were 14,151 deaths without medical care, with a reduction over the period. The year with the highest number of deaths recorded was 2020, with 3,866 deaths. The distribution of deaths varied among the federative units of the Northeast region, with a predominance in Bahia (4,586; 32.4%). Deaths were predominantly recorded in males (8,083; 57.1%), in people aged ≥ 80 years (6,467; 45.7%), self-declared brown race/color (9,128; 64.5%), and in those with no years of schooling (5,844; 41.3%). The main place of death was at home (12,344; 87.2%). **CONCLUSION:** Mortality due to lack of medical care in the Northeast region, although it has shown a reduction, is still high, which suggests the need for measures to increase the capacity for diagnosis and health treatment to reduce deaths from this cause.

KEYWORDS: Death. Cause of Death. Medical Assistance. Health Services Accessibility.

1. Introdução

A morte significa a cessação de uma vida definitivamente e pode ocorrer por diversos acontecimentos, desde a naturalidade às causas externas¹. Ainda que na sociedade contemporânea, diante de significativos avanços tecnológicos na área da saúde, algumas pessoas em diversos países vivem extrema situação de vulnerabilidade devido à ausência de assistência à saúde, o que pode aumentar as chances de morte. Serviços de saúde adequados devem estar presentes em todas as sociedades, pois se constituem a principal ferramenta para minimizar a mortalidade passível de tratamento devido à sua capacidade de prevenir, diagnosticar e aplicar medidas de tratamento de forma universal^{2,3}.

A classificação da causa básica do óbito é fundamental para avaliação e planejamento de ações em saúde pública⁴. No caso dos óbitos por causa mal definidas, caracterizadas por afecções que não foram investigadas o suficiente para determinar a causa exata de uma doença ou condição que levou ao óbito é representada pelas categorias entre R00 e R99 na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Agravos (CID). Por sua vez, ela contempla em seu capítulo a morte por falta de assistência, categorizada como R98, e significa que a pessoa que faleceu não estava sendo acompanhada por um profissional de saúde durante a doença que causou a morte⁵.

No Brasil, embora desde institucionalizado pela Lei Federal nº 8.080, em 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), quando a saúde foi estabelecida como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado, a assistência à saúde da população brasileira não ocorre de forma igual em todo o território e em todas as populações^{6,7}. Verificam-se ainda alguns problemas como a persistência da cobertura de serviços de saúde, escassez de profissionais de saúde, das disparidades regionais na qualidade do cuidado, revelando, sobretudo para o segmento da população mais pobre, e como consequência o aumento nas taxas de mortalidade, tendo em vista, uma vez que alguns segmentos da população não vão aos serviços de saúde ou não tem assistência adequada^{3,6}.

Um dos reflexos das desigualdades socioeconômicas e regionais no Brasil no âmbito da saúde, é que apesar das mudanças do perfil da mortalidade tenha mudado nas últimas décadas, com redução das mortes provocadas por desnutrição, causas infecciosas, parasitárias e materno-infantil e crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas não transmissíveis⁸, o problema de mortes por falta de assistência ainda persiste.

Outra consequência dos problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade do atendimento é a ocorrência de mortes declaradas como causas mal definidas (CMD). Essas mortes se dividem em duas categorias principais: aquelas sem assistência médica e aquelas com causas mal definidas, nas quais, apesar do atendimento médico, a causa exata da morte não pôde ser determinada⁹. Existem evidências que mostram relação de forte associação da mortalidade com a distribuição dos serviços de saúde, destacando que à medida que estes diminuem aumenta o número de óbitos, principalmente nas populações com baixo nível educacional e com mais idade². Muitos destes óbitos seriam evitáveis por meio de cuidados à saúde prestados à população tratando o problema de saúde adequadamente quando esse se apresenta.

Estudo aponta que no período de 1998 a 2012, houve redução na proporção de óbitos classificados como mal definidos no Brasil, e que a ocorrência dos mesmos é maior nas regiões Norte e Nordeste, e menor nas regiões Sul e Centro-Oeste¹⁰. Segundo os autores estas mortes ocorrem mais nos grupos etários mais velhos e nos locais com condições socioeconômicas desfavoráveis.

Considerando que 72,69 milhões de brasileiros (34% da população) não têm acesso à atenção básica de saúde, e que outros 33,3 milhões também não são atendidos por planos de saúde privados — permanecendo, portanto, sem acesso a qualquer tipo de assistência¹¹ — é plausível esperar que o número de mortes por falta de atendimento seja expressivo.

A assistência à saúde deve estar presente no desenvolvimento do próprio ser humano como uma condição para sua sobrevivência. Nesse sentido, promover a integralidade do cuidado, conhecer e eliminar os aspectos que podem levar à morte é fundamental e deve ser fortalecida na atenção básica, na qual a enfermeira tem se destacado como profissional estratégico e indispensável¹².

Embora aspectos relacionados às causas de morte apresentem dados importantes e fundamentais para se compreender o estado de saúde da população¹, existe escassez de publicações sobre ocorrência de óbitos por falta de assistência. Importante ressaltar que um dos pontos positivos desse tipo de investigação é que a amplitude da análise pode contribuir para decisões políticas, e para os próprios profissionais de saúde, incluindo a enfermagem a utilizarem as informações no planejamento das ações da atenção básica. Estes fatos apontam para a relevância desta pesquisa. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil de mortes devido à falta de assistência médica na região Nordeste nos anos de 2019 a 2023.

2. Material e método

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo realizado com dados secundários, consultado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹³, informações de saúde (TABNET)/epidemiológicas e mortalidade.

O Departamento de Análise da Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde supervisiona o SIM, um sistema de monitoramento epidemiológico abrangente que funciona em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O principal objetivo deste sistema é coletar dados de mortalidade e distribuí-los para vários níveis do setor de saúde. A Declaração de Óbito (DO) padronizada é o principal meio de entrada de dados no sistema e é utilizada em âmbito nacional.

A população do estudo foi constituída pelos registros das mortes devido à falta de assistência médica na

região nordeste do Brasil, registrados no período de 2019 a 2023. Este período foi escolhido por compor os últimos cinco anos com dados completos e disponibilizados no TABNET. Os dados foram acessados no dia 29 de junho de 2024. Inicialmente a opção selecionada no site foi: Mortalidade – desde 1996 pela CID-10 na opção de Estatísticas Vitais, então escolhido “mortalidade geral” e a abrangência geográfica “Brasil por Região e Unidade da Federação”. Posteriormente foi acessado o “TABNET”, para selecionar a formatação da tabela e as variáveis utilizadas.

Foram considerados critérios de inclusão todos os registros de óbitos de pessoas que morreram sem assistência médica no Nordeste entre os anos de 2019 a 2023 representado pela causa CID10-102 e categoria CID-10: R98. Foram excluídos os óbitos ignorados com relação à faixa etária, sexo e local de ocorrência, pois as informações destas variáveis tidas como “ignoradas” serem constituíam-se de números pequenos (menor do que 1.000), portanto sem repercussão na análise. O período escolhido para análise se deu pelo interesse em avaliar informações mais recentes disponíveis, isto é, dos últimos cinco anos. Optou-se em analisar os óbitos por local de residência considerando que eles representam a origem da pessoa que morreu por essa causa.

As variáveis selecionadas para análise foram as já existentes no sistema: sexo (masculino e feminino), local (estados e capitais da região nordeste), faixa etária, cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado), escolaridade(nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos e mais, 1 a 8 anos, 9 a 11 anos), estado civil(solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro e ignorado) e local de ocorrência(hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros).

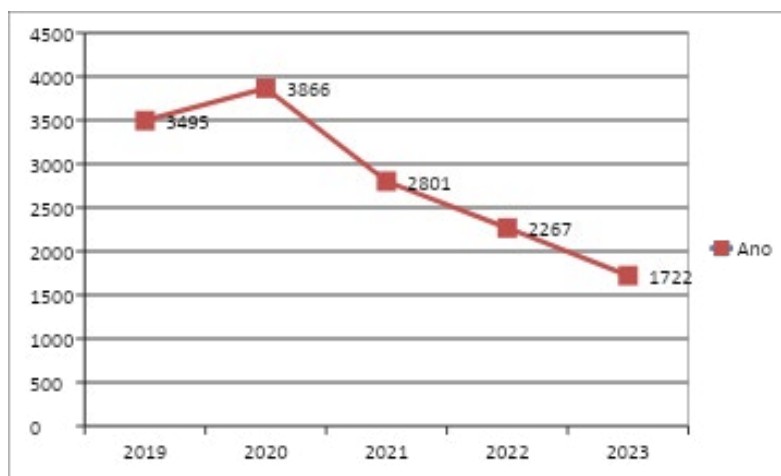
Para a análise dos dados, foram utilizadas as ferramentas de tabelas disponíveis nos programas *Excel* e *Word* do *software Microsoft Office* 2016. As informações referentes às variáveis de interesse foram examinadas por meio da frequência relativa e absoluta.

O estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e considerando que foram utilizados dados secundários de domínio público, não apresenta implicações éticas e morais e dispensa a autorização do comitê de ética em pesquisa.

3. Resultados

No período analisado ocorreram 14.151 mortes sem assistência médica, com redução ao longo do período (50,7%). O ano em que mais houve registro de morte foi 2020 com 27,3% dos óbitos (Figura 1).

Figura 1. Distribuição por frequência absoluta de óbitos sem assistência na região Nordeste no período de 2019 a 2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

A distribuição dos óbitos variou entre as unidades federativas da região Nordeste, com predomínio na Bahia com um total de 4.586. O Rio Grande do Norte se destaca pela menor frequência com 40 óbitos (Tabela 1).

Tabela 1. Morte sem assistência médica nas unidades federativas da região Nordeste no período de 2019 a 2023 (N=14.151)

Unidade da Federação	Ano					Total
	2019 N (%)	2020 N (%)	2021 N (%)	2022 N (%)	2023 N (%)	
Maranhão	353 (10,0)	429 (11,1)	353 (12,6)	369 (16,3)	366 (21,3)	1.870 (13,2)
Piauí	405 (11,6)	617 (16,0)	538 (19,2)	330 (14,6)	273 (15,9)	2.163 (15,3)
Ceará	111 (3,2)	168 (4,3)	95 (3,4)	38 (1,7)	42 (2,4)	454 (3,2)
Rio Grande do Norte	16 (0,5)	7 (0,0)	8 (0,3)	3 (0,1)	6 (0,3)	40 (0,3)
Paraíba	251 (7,2)	262 (6,7)	255 (9,1)	373 (16,5)	279 (16,2)	1.420 (10,0)
Pernambuco	781 (22,3)	830 (21,5)	514 (18,4)	482 (21,3)	324 (18,8)	2.931 (20,7)
Alagoas	42 (1,2)	89 (2,3)	34 (1,2)	50 (2,2)	30 (1,7)	245 (1,7)
Sergipe	103 (2,9)	89 (2,3)	103 (3,7)	103 (4,5)	44 (2,6)	442 (3,1)
Bahia	1433 (41,1)	1375 (35,6)	901 (32,2)	519 (22,9)	358 (20,8)	4.586 (32,4)
Total	3.495 (100,0)	3.866 (100,0)	2.801 (100,0)	2.267 (100,0)	1.722 (100,0)	14.151 (100,0)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Na tabela 2 são apresentadas as informações referentes aos registros de óbitos sem assistência médica nas unidades federativas da região Nordeste de acordo com a faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência. O sexo masculino apresentou maior percentual de óbitos (57,1%) comparado ao feminino (43,9%). O número de óbitos em pessoas na faixa etária de ≥ 80 anos se destacou em todas as unidades federativas (45,7%) e na faixa etária de 1 a 9 anos pelo menor número de registros (0,3%).

Em relação à raça/cor autodeclarada verificou-se que ocorreram mais mortes em indivíduos de raça/cor negra sendo raça/cor parda (64,5%) e preta (7,7%). Importante ressaltar a grande quantidade de óbitos que tem a raça/cor ignorada (6,0%). Os óbitos predominaram em indivíduos solteiros (33,2%) e em quem não possuem nenhum ano de estudo (41,3%). Destaca-se o número elevado de mortes com a escolaridade (24,5%) e estado civil ignorados (18,0%), onde o principal local de ocorrência das mortes foi em domicílio (87.2%).

Tabela 2. Morte sem assistência médica na Região Nordeste segundo características sociodemográficas e local de ocorrência. 2019 a 2023 (N= 14.151) (continua)

Variáveis	Unidade da Federação *									Total
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N (%)
Sexo										
Masculino	1.117	1.302	312	22	785	1527	131	247	2640	8.083 (57,1)
Feminino	753	861	142	18	635	1404	114	195	1946	6.068 (42,9)
Faixa etária (anos)										
< 1	29	29	3	-	6	17	3	2	17	106 (0,8)
1-9	7	7	-	-	2	12	-	-	17	44 (0,3)
10-19	23	14	3	-	4	26	3	-	14	87 (0,6)
20-29	55	42	13	1	10	49	6	3	51	230 (1,6)
30-39	64	107	26	1	33	76	14	13	110	444 (3,1)
40-49	103	154	63	1	82	142	17	21	222	805 (5,7)
50-59	156	206	68	7	127	238	31	28	406	1.267 (9,0)
60-69	266	291	74	7	163	376	38	63	562	1.840(13,0)
70-79	414	435	81	7	284	596	43	81	920	2.861(20,2)
≥ 80 anos	753	878	123	16	709	1.400	90	231	2.267	6.467 (45,7)
Raça/cor										
Branca	311	384	62	13	407	958	60	123	648	2.966 (21,0)
Preta	184	207	14	1	73	160	16	50	385	1090 (7,7)
Amarela	5	8	2	-	8	15	1	-	16	55 (0,4)
Parda	1.327	1.462	373	25	855	1.735	151	250	2950	9.128 (64,5)
Indígena	9	2	3	-	2	21	1	4	18	60 (0,4)
Ignorado	34	100	-	1	75	42	16	15	852	852 (6,0)

Tabela 2. Morte sem assistência médica na Região Nordeste segundo características sociodemográficas e local de ocorrência. 2019 a 2023 (N= 14.151) (conclusão)

Variáveis	Unidade da Federação *									Total
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N (%)
Escolaridade (anos de estudo)										
Nenhum	1.022	1.067	124	13	466	1375	112	196	1.469	5.844 (41,3)
1 a 3	309	503	99	10	199	606	37	98	766	2.627 (18,7)
4 a 7	238	221	118	4	112	423	33	31	274	1.454 (10,3)
8 a 11 a	119	114	42	1	39	146	14	6	118	599 (4,2)
≥12	20	19	30	-	12	54	3	3	17	158 (1,1)
Ignorado	162	239	41	12	592	327	46	108	1942	3.469 (24,5)
Estado civil										
Solteiro	475	534	196	9	360	978	64	180	1.898	4.694 (33,2)
Casado	618	697	100	8	357	796	61	126	1.152	3.915 (27,7)
Viúvo	408	580	98	14	393	843	66	94	876	3.372 (23,8)
Separado judicialmente	33	74	34	3	54	98	14	12	115	437 (3,1)
Outro	218	133	9	3	40	66	12	6	113	600 (4,2)
Ignorado	118	145	17	3	216	150	28	24	432	1.133 (8,0)
Local de ocorrência										
Hospital	56	83	21	3	42	541	16	18	113	893 (6,3)
Outro estabelecimento de saúde	2	7	10	-	8	18	41	1	8	95 (0,7)
Domicílio	1.663	1.875	388	34	1.270	2.222	165	413	4314	12.344 (87,2)
Via pública	65	81	15	2	31	82	13	7	72	368 (2,6)
Outros	84	117	20	1	69	68	10	3	79	451 (3,2)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

*Siglas dos estados brasileiros da região Nordeste (MA- Maranhão, P - Piauí, CE - Ceará, RN - Rio Grande do Norte, PB - Paraíba, PE - Pernambuco, AL - Alagoas, SE - Sergipe, BA - Bahia)

4. Discussão

Os achados mostrados neste estudo indicam que houve declínio no número absoluto de mortes por falta de assistência médica no período analisado (2019 a 2023). Apesar desse importante decréscimo no percentual de óbitos nos últimos anos, o Nordeste ainda apresenta número elevado por esta causa. Estas mortes nessa macrorregião representaram 2º lugar no Brasil, com proporção de 37,7%, ficando atrás só da região Sudeste (39,3%)¹³. Sabe-se que estas duas regiões citadas são as mais populosas do Brasil, sendo a região Sudeste com maior contingente do que a Nordeste. Há que se destacar que, embora as mortes por falta de assistência médica representem somente 1,0% deste total, significa que 14.151 pessoas foram a óbito sem assistência médica¹³.

A despeito dos avanços na redução da desigualdade de renda e da pobreza, que vem ocorrendo no Brasil, ainda existem desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde. Sabe-se que acesso à saúde é fortemente influenciado pela condição socioeconômica e pelo local de residência, sendo que a concentração de pessoas que vivem em situação de pobreza no Nordeste é a maior entre as cinco regiões brasileiras. Destaca-se que é na região Nordeste que estão situados os estados com os maiores índices de iniquidade horizontal no uso de consultas médicas, a precariedade das unidades de saúde, a falta de insumos, de medicamentos, a alta rotatividade de profissionais médicos, o que representam barreiras à assistência à saúde principalmente em municípios de pequeno porte em regiões desfavorecidas, o que pode ocasionar óbito por falta de assistência¹⁴.

Ainda no que concerne ao número de óbitos, observa-se que em 2020 ocorreu um pequeno aumento e depois voltou a cair. Pode-se pensar que o declínio após em 2020 e em 2021 foi causado pelo período da pandemia do COVID-19, que trouxe repercussões para a população no que se refere à concentração dos serviços de saúde na assistência às pessoas detectadas positivamente para a COVID-19^{15,16}. Para os autores, o temor das pessoas em buscar os serviços de saúde era para não contrair a doença, ou mesmo porque estavam superlotados, o que ocasionou a desistência de pessoas a buscar assistência médica para tratar outras doenças subjacentes, resultando assim na ausência de diagnóstico do óbito. Entretanto pode-se observar que a queda do número de óbitos continua até 2023, não sendo encontrado na literatura justificativa para este cenário.

No entanto, nota-se que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, principalmente na região Nordeste, têm contribuído para que as taxas de mortalidade estejam tão elevadas nesta região que engloba populações economicamente desfavorecidas, com níveis educacionais menores e com mais inacessibilidade nos serviços de saúde³. Segundo os autores, a falta de acesso aos serviços de saúde da população brasileira é de 18,1%, sendo que os residentes das regiões Norte e Nordeste se destacam como os que têm mais dificuldade de acesso.

A equidade no acesso à saúde é essencial para promover uma sociedade mais saudável e diminuir as taxas de morbimortalidade⁷. Entretanto, no Brasil, equipamentos de média e alta complexidade que ajudam no diagnóstico e tratamento de doenças vem mantendo-se concentrados principalmente em capitais, metrópoles e em alguns poucos polos regionais, resultando na existência de áreas com pouca cobertura desses serviços, o que dificulta a assistência igualitária e adequada¹⁷. Esses autores explicam a relação dessa disparidade em cobertura assistencial como decorrente da combinação de diversos fatores tais como, políticas sociais e econômicas, crescimento da renda e da escolaridade e estratégias regionais de desenvolvimento, e que no Nordeste o desenvolvimento da oferta de serviços, esteve extremamente concentrada em poucas regiões.

Estudo que avaliou as tendências nas desigualdades na mortalidade devido a condições passíveis de intervenção nos cuidados de saúde numa série de países europeus desde a década de 1980, concluiu que é necessário aumento dos investimentos com cuidados de saúde em áreas socioeconomicamente desfavorecidas para redução da mortalidade por causas passíveis de tratamento¹⁸.

No que tange às mortes sem assistência médica por unidades federativas da Região Nordeste, os resultados apontam a Bahia predominando em termos de maior ocorrência de óbitos e Rio Grande do Norte apresentando o menor. Não foi encontrada explicação na literatura para tais achados, mas sabe-se que a Bahia é o estado disparadamente mais populoso do Nordeste (14.141.626 habitantes), porém Rio Grande do Norte não tem a menor população (3.302.729 habitantes), ficando esta posição para Sergipe (2.210.004 habitantes)¹⁹.

Não foi encontrado na literatura publicações sobre objeto desta pesquisa nos Estados do Nordeste, apenas estudo publicado em 2008 que aponta que no país, dentre o total de 133.434 causas mal definidas, aproximadamente 53,3% corresponderem aos óbitos sem assistência, sendo a Região Nordeste a ter maiores proporções principalmente nos Estados do Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco²⁰.

Comparativamente ao sexo, verificou-se maior proporção de óbitos por falta de assistência médica entre os homens do que entre as mulheres. Este dado pode ser justificado tendo em vista que ainda no contexto familiar e social existe uma expectativa de que os homens devem manifestar força, o que se reflete na relutância em cuidar de sua saúde, além da socialização de concepções que não favorecem a promoção de práticas de autocuidado entre os homens e isso influencia diretamente no estado em que esse usuário chegará aos serviços de saúde, e consequente no diagnóstico das causas de morbimortalidade²¹.

Em relação à faixa etária, a maior frequência de óbitos por falta de assistência médica observada no presente estudo foi entre as pessoas com 80 anos ou mais. Sabe-se que o número de idosos vem crescendo cada vez mais, como verificado pelo censo mais recente conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, o qual aponta que o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos²². Estudo que avaliou causas mal definidas de óbitos em população idosa no Maranhão nos anos de 2000, 2010 e 2015, verifica uma redução de mortes sem assistência médica nos últimos anos analisados, e justifica esta redução pela melhoria na assistência médica a essa população e também pela redução das causas mal definidas de uma forma geral²³.

O fato dos óbitos ocorrerem mais na raça/cor negra, sabe-se que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população negra é maior e pode estar fundamentada no racismo estrutural existente no Brasil, que ocorre nas instituições e organizações por meio de tratamento não equitativo²⁰. Estudo sobre mortalidade domiciliar de idosos no município do Rio de Janeiro durante a pandemia de Coronavírus, 2020 verificou que a população idosa negra teve maior excesso de óbitos por todas as causas nos domicílios que a população branca no período, 109% e 73,9%, respectivamente. Portanto, supõe-se que os óbitos por falta de assistência estejam dentro deste perfil²⁴.

Pesquisa observa que dentre as causas médicas de mortalidade de idosos no Brasil entre 2010 e 2015, mortes naturais foram destacadas como as segundas mais comuns entre o público e consequentemente, os locais de ocorrência mais comuns do óbito foram hospital e domicílio²⁵.

Quanto às mortes por falta de assistência médica segundo o critério raça/cor autodeclarada, houve o predomínio entre as pessoas de cor parda. No Brasil, de acordo com o IBGE a população parda juntamente com a preta se encontra em maior vulnerabilidade segundo uma análise das linhas de pobreza propostas pelo Banco Mundial (IBGE, 2022)¹⁹, o que os torna mais propensos a morrer por falta de assistência médica. Essa tendência reflete-se tanto em países ricos quanto pobres, onde as condições de saúde nos estratos socioeconômicos mais baixos e em grupos étnicos marginalizados consistentemente são mais precárias²⁶.

Ainda no que concerne a relação da mortalidade sem assistência médica e o acesso à saúde, além da desigualdade socioeconômica, destaca-se que quem vive em regiões remotas têm menos oportunidades ou precisam percorrer longas distâncias para acessar serviços de saúde de qualidade, pois a distribuição de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) é desigual, com os recursos sendo concentrados em áreas urbanas, em detrimento das áreas rurais⁷.

Em virtude disso, pensa-se que muitas destas mortes ocorrem em pessoas que residem em pequenos municípios e zonas rurais.

Analisando-se as mortes por falta de assistência médica de acordo com a escolaridade, o achado de que as mesmas ocorrem em maior número em quem não possuem nenhum ano de estudo. A literatura evidencia como as taxas e causas de mortalidade se encontram relacionadas não só com a distribuição dos serviços de saúde, infraestruturas hospitalares e profissionais de saúde, mas também com características da população relacionadas com a escolaridade e o envelhecimento². Pesquisa que avaliou o perfil epidemiológico das mortes por causas mal definidas (CMD) nos estados da região Norte no período de 2010 a 2017, embora sem identificar na metodologia se incluiu ou não os óbitos por falta de assistência médica, mostra que quanto menor a escolaridade, maior a porcentagem de óbitos por CMD e que indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade representa a população com número de mortes por esta causa²⁷.

O Nordeste tem a maior população negra (pretos e pardos) do Brasil²⁸, assim como lidera a quantidade

de indivíduos com baixa escolaridade, representando boa parcela da população que tem precariedade de acesso a bens e serviços e aos serviços de diagnóstico e tratamento de saúde, e ainda falta de conhecimento e esclarecimento¹⁷. O fato de que o principal local de ocorrência das mortes por falta de assistência médica tenha sido no domicílio e em grande parte em pessoas com 80 anos ou mais, pode-se pensar em casos de morte natural em que a pessoa esteve tão pouco tempo sob os cuidados de um médico ou hospital que não houve tempo de diagnosticar o mal que acarretou a morte. A partir dessa reflexão, volta-se para o fato do acesso precário para algumas populações específicas e, tratando-se de pessoas idosas, existem barreiras que são estruturais, geográficas e culturais, como a ideia de que com o avançar da idade não se há o que fazer, levando essas pessoas a buscarem menos os serviços de saúde e morrerem dentro de suas próprias casas³. Contudo no estudo sobre o perfil epidemiológico das mortes por causas mal definidas (CMD) nos estados da região Norte no período de 2010 a 2017, a ocorrência com números mais expressivos em relação aos óbitos por CMD é em hospital (62,5%), sendo o domicílio o segundo (22,6%)²⁷.

Uma das reflexões originadas deste estudo é que quando se fala sobre morte por falta de assistência, pode-se pensar no conceito de mistanásia, que se dá por uma morte infeliz e que poderia ser evitada, pois decorre de causas sociais que representam a decadência de mínimas condições de uma vida digna, como a falta de educação, a pobreza, a violência, a falta a acesso a bens e serviços²⁹. Segundo os autores, essas questões são consideradas fatores que contribuem para uma morte causada pela vulnerabilidade humana e são originadas por políticas governamentais que negligenciam a saúde, o fornecimento de insumos e tecnologias, e que atingem principalmente os que fazem uso da rede pública de saúde.

Outra importante questão do registro das mortes sem assistência médica observada neste estudo, diz respeito ao grande número de dados “ignorados” nas informações que estão no DATASUS, revelando uma problemática na alimentação destes dados.

Nesta perspectiva entende-se que há um comprometimento na análise de algumas características. E embora o sistema de informação de mortalidade (SIM) tenha mostrado melhorias na qualidade dos dados nas últimas décadas, ainda apresentam inconsistência e incompletude, com variações entre as regiões e variáveis requisitadas. Esta situação compromete a análise estatística das informações e impacta no monitoramento e implementação de medidas preventivas da mortalidade por causas em populações específicas. Nesse sentido, é necessário conscientizar e capacitar as redes de saúde para atingir um alto grau de completude das variáveis deste sistema de informação³⁰.

Apesar do caráter exploratório e descritivo do estudo e limites inerentes ao uso de dados secundários que apresentam incompletude de informações em relação a algumas importantes variáveis, as informações apresentadas sobre mortes por falta de assistência médica permitiu obter um panorama desse problema na região Nordeste. Outra limitação foi a escassez de publicações científicas sobre o objeto deste estudo. Os resultados desta pesquisa contribuem para maior visibilidade das mortes sem assistência no Nordeste e apontam para a necessidade de reestruturação dos serviços de assistência à saúde prestada à população, incluindo dos profissionais de enfermagem, melhora do acesso a estes serviços aos mais vulneráveis e também para a necessidade de melhora do registro de informações.

5. Conclusão

O estudo em questão evidencia que o ano de 2020 se destacou como o período mais crítico, registrando 3.866 óbitos, destacando as disparidades na distribuição geográfica dos óbitos, com a Bahia liderando numericamente, enquanto o Rio Grande do Norte se destaca positivamente. O perfil epidemiológico de óbitos sem registro de assistência médica na região Nordeste do Brasil revela maior incidência entre homens idosos, especialmente acima de 80 anos, pardos, solteiros, sem escolaridade, e com predominância de ocorrências no domicílio.

Destaca-se que a acessibilidade dos serviços de saúde impacta diretamente no número de óbitos, pois, pessoas mais vulneráveis, com baixa escolaridade e idosos apresentam maiores taxas de mortes por falta de assistência médica, trazendo a problemática da falta de garantia de saúde a todos e forma igualitária, que é reflexo de um poder público que não fornece insumos, e nem financiam a saúde de forma prioritária. Desta forma, é necessário que as políticas públicas se voltem para estas taxas significativas de mortes por falta de assistência, principalmente quanto à falta de acesso das pessoas nos serviços para garantir que esses números reduzam ao longo dos anos.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Siqueira MEC, Mergulhão LMR, Pires RFS, Jordán APW, Barbosa LNF. Atitude perante a morte e opinião de estudantes de Medicina acerca da formação no tema. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(4):e140. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20210459>
2. Montez JK, Bisesti EM. Widening educational disparities in health and longevity. *Annu Rev Sociol*. 2024;50:547-64. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071723-080605>
3. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
4. Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DMX, Paixão LMMM, França EB. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20:34-45. Disponível em: https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017_v20suppl1/34-45
5. Santo AH. Equivalência entre revisões da Classificação Internacional de Doenças: causas de morte. *Rev Saude Publica*. 2000;34(1):21-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000100005>
6. Souza LEPP, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(8):2783-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
7. Oliveira LGF, Fraccolli LA, Araújo SS, Gryscek ALFPL, Silva GL, Lico FMC, et al. Acesso e uso equitativo dos serviços de saúde: um desafio para a promoção da universalização em saúde [Internet]. In: Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde. São Carlos: Pedro & João Editores; 2023. 113-125. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003144334>
8. Calazans JA, Guimarães R, Nepomuceno MR. Diferenciais regionais da mortalidade no Brasil: contribuição dos grupos etários e de causas de óbito sobre a variação da esperança de vida e da dispersão da idade à morte entre 2008 e 2018. *Rev Bras Estud Popul*. 2023;40:e0244. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0244>
9. Balieiro PCS, Silva LCF, Sampaio VS, Monte EX, Pereira EMS, Queiroz LAF, et al. Fatores associados à mortalidade por causas inespecíficas e mal definidas no estado do Amazonas, Brasil, de 2006 a 2012. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):339-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27182017>

10. Rodrigues NCP, Daumas RP, Almeida AS, O'Dwyer G, Andrade MKN, Flynn MB, et al. Fatores de risco associados aos óbitos por causas mal definidas nos estados do Brasil: uma análise multinível. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3979-88. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.27182016>
11. Faria M, Camargo M, Aguillar A, Tasca R. Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Estudo Institucional n. 8. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-08/>
12. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2721. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
13. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Tabnet [Internet]. Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil). Economia da Saúde: Equidade e Desigualdade em Saúde [Internet]. Brasília: IPEA; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16244>
15. Guimarães NS, Carvalho TML, Machado-Pinto J, Lage R, Bernardes RM, Peres ASS, et al. Aumento de óbitos domiciliares devido a parada cardiorrespiratória em tempos de pandemia de COVID-19. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(2):266-71. <https://doi.org/10.36660/abc.20200547>
16. Sallas J, Elidio GA, Costacurta GF, Frank CHM, Rohlf DB, Pacheco FC, et al. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(1):e2021303. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100011>
17. Miranda WD, Silva GDM, Fernandes LMM, Silveira F, Sousa RP. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. *Cad Saude Publica*. 2023;39(4):e00119022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022>
18. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Costa G, Deboosere P, et al. Progress against inequalities in mortality: register-based study of 15 European countries between 1990 and 2015. *Eur J Epidemiol*. 2019;34(12):1131-42. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00580-9>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo Demográfico 2022. População e domicílios: primeiros resultados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102011>
20. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):23-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100016>
21. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2011;16:983-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo Demográfico 2022. População por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102038>
23. Dunk CPS, Queiroz RCS, Portela YMC, Tonello AS, Branco MRFC. Causas mal definidas de óbitos em população idosa de um estado do nordeste brasileiro. *Braz J Dev*. 2020;6(3):1-9. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-488>
24. Romero DE, Muzy J, Castanheira D, Marques AP, Souza NA. Mortalidade domiciliar de idosos no município do Rio de Janeiro durante a pandemia de Coronavírus, 2020. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(1):e200316. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.200316>
25. Pereira VM, Barbosa PMK, Lopes VRS. Necropsia médico-legal em idosos: causas jurídicas e médicas de mortalidade. *Rev Nursing* [Internet]. 2018;21(246):2465-70. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/210/496>
26. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet*. 2017;22(7):2097-108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
27. Amaral PFF, Oliveira GS, Bitencourt EL, Reis Júnior PM. Perfil epidemiológico das mortes por causas mal definidas: uma análise comparativa entre os estados da região norte do Brasil de 2010 a 2017. *Rev Patol Tocantins*. 2020;7(2):89-93. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n3p88>
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda [Internet]. Agência de Notícias IBGE; 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719>
29. Ferreira S, Porto D. Mistanásia × Qualidade de vida. *Rev Bioét*. 2019;27(2):191-5. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000>
30. Barbosa JS, Tartaro L, Vasconcelos LDR, Nedel M, Serafini JF, Svirski SGS, et al. Avaliação da incompletude dos registros de óbitos por causas externas do Sistema de Informações sobre Mortalidade no Rio Grande do Sul, 2000-2019. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32(2):e2022301. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200006>