



# Porque estudar a morte? – Uma análise de oito anos

Mariana Tudela,\* Joana Melo Cabrita,\*\* Maria José Ribas\*\*\*

## RESUMO

**Objectivo:** Analisar as causas de morte numa lista de utentes e factores associados.

**Tipo de Estudo:** Descritivo

**Local:** USF Horizonte, Matosinhos.

**População:** Uteses inscritos na lista de uma médica de família entre 2000 e 2007.

**Métodos:** Estudaram-se os óbitos ocorridos na lista de uma médica de família em 8 anos. Os dados foram colhidos pela consulta do processo clínico e programas informáticos SAM®, SAPE® e Piloto32®. Avaliaram-se variáveis sociodemográficas e relacionadas com o óbito. Realizou-se uma análise descritiva através do *software* Excel.

**Resultados:** Em oito anos, há registo de terem morrido 106 utentes, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 8,7‰ utentes/ano. Dos óbitos registados, 62,2% dos doentes eram homens e a média de idades era de 71,6 anos. A maioria era reformada (79,2%), casada (50,9%) e apresentava limitação para actividades da vida diária (58,4%). Dos doentes falecidos, 53,1% morreram no hospital, 40,8% no domicílio e 7,6% em local desconhecido. O cuidador foi identificado em 90,6% dos casos, sendo um familiar em 55,7%. A causa de morte era desconhecida em 8,5% dos óbitos e 47,4% resultaram de neoplasias.

**Conclusões:** Os resultados revelam fragilidades na notificação e registo de informação sobre a morte dos doentes. Os dados demográficos foram semelhantes a outros estudos, bem como a distribuição dos cuidadores entre familiares/não familiares. A idade média de morte foi inferior à encontrada em Barcelona e Israel. A maior diferença entre os resultados apresentados e a literatura residiu nas causas de morte que, nesta lista, não são as doenças cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Causas de Mortalidade; Registo dos Óbitos; Cuidados de Saúde Primários.

«By telling yourself the truth, you allow yourself to heal.»

David Kuhl, in «Facing death: embracing live».

## INTRODUÇÃO

Os médicos de família são detentores de informação importante sobre os seus doentes. Acompanham-nos ao longo do seu ciclo de vida, incluindo por vezes o momento da morte, dando também apoio aos familiares na fase de luto. Os registos clínicos efectuados ao longo das suas vidas contêm a história natural da maioria das doenças agudas e crónicas dos doentes que recorrem aos centros de saúde e podem dar informações preciosas sobre as causas e circunstâncias da morte.<sup>1</sup> E que fazem dessa informação?

À data de realização deste trabalho, não existiam em Portugal estudos publicados sobre as causas de morte em Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou reflexões sobre o interesse de as estudar. No entanto, um registo adequado dos óbitos permite avaliar as deficiências e monitorizar tendências na saúde, trabalhando as competências e recursos disponíveis, estabelecendo prioridades e implementando medidas correctoras, como estratégias mais apropriadas de cuidados ao domicílio. Desenvolve-se assim uma atitude pró-activa da equipa de saúde, com melhoria da qualidade dos cuidados e da satisfação dos profissionais da equipa.<sup>2-6</sup>

Os relatórios de actividades anuais em CSP dão pouca importância ao número de utentes que morrem e às suas causas básicas de morte. Além de que nem sempre é rotina, no nosso país e segundo a literatura, o envio de informação sobre a morte dos doentes ao médico de família, quando o processo final de vida não ocorre no domicílio e este não é acompanhado pelo próprio médico.<sup>3,7</sup>

Um exercício de reflexão contínua sobre este tema per-

\*Médica de Família, USF Porta do Sol, ACES/ULS de Matosinhos.

\*\*Médica de Família, UCSP da Senhora da Hora, ACES/ULS de Matosinhos.

\*\*\*Médica de Família, USF Garcia de Orta, ACES Porto Ocidental.



mite traçar estratégias de futuro, oferecendo uma maior compreensão e conhecimento na prática clínica, uma perspectiva diferente da interacção médico-doente e das qualidades do profissional, que adquire também maior *insight* pessoal. Os médicos de família são detentores de toda esta informação, frequentemente guardada para sempre nos registos clínicos sem ser objecto de qualquer reflexão individual ou da equipa.

O objectivo deste estudo foi analisar as causas de morte da lista de utentes de um médico de família e factores associados.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo na Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte em Matosinhos entre Dezembro de 2007 e Junho de 2008.

A população em estudo incluiu os utentes inscritos na lista de um médico de família, entre 01 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2007.

Para a determinação da taxa de mortalidade foram incluídos todos os indivíduos em observação ao longo dos 8 anos. Na análise das causas de morte foram incluídos todos os utentes falecidos no período dos 8 anos em estudo.

Os dados foram colhidos através da consulta do processo clínico e de programas informáticos de registo de dados (Piloto 32®, Sistema de Apoio ao Médico® e Sistema de Apoio à Enfermagem®).

Avaliaram-se as seguintes variáveis sociodemográficas: género, idade (variável contínua), estado civil (solteiro, casado, viúvo e divorciado/separado) e escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever, ensino primário completo, ensino preparatório completo, 9.º ano, 12.º ano, ensino superior e desconhecido).

As variáveis relacionadas com o óbito foram: local do óbito (domicílio, hospital, lar, via pública e desconhecido), causa do óbito, comorbilidades, grau de incapacidade do indivíduo na altura do óbito (Índice Karnovsky), cuidador imediatamente antes do óbito (cônjuge, filha/o, outro familiar, não familiar, sem cuidador, não aplicável e desconhecido) e fonte de informação do óbito (cônjuge, filha/o, outro familiar, não familiar, funerária, sistema informático, desconhecido).

As causas de morte foram estratificadas por género.

Os dados recolhidos foram codificados, registados em base de dados informática e analisados com o *software* Microsoft Office Excel®, em estatística descritiva.

## RESULTADOS

Nos oito anos em estudo morreram 106 utentes da lista, correspondendo a uma média de 13 indivíduos por ano. Nesse período de tempo foi calculada uma população em observação de 12176 pessoas. Desconhecia-se a data de óbito de dois indivíduos. A taxa de mortalidade calculada foi de 8,7‰ utentes /ano (Quadro I).

Dos utentes que faleceram, 62,3% eram homens, com uma taxa de mortalidade no sexo masculino de 11,4‰ por ano, e 37,7% eram mulheres, calculando-se uma taxa de mortalidade no sexo feminino de 5,5‰ por ano.

De acordo com o Quadro II, a média de idades foi de 71,6 anos, variando entre 5 e 90 anos de idade. Os óbitos distribuíram-se por quase todas as faixas etárias, mas a maioria dos utentes encontrava-se entre os 71 e os 90 anos. A maioria dos óbitos ocorreu em utentes reformados (79,2%), casados (50,9%) e que apresentavam um nível de escolaridade baixo. Na altura da morte 58,4% dos doentes apresentavam limitação para actividades da vida diária, avaliada pela Escala de Karnovsky. Desconhecia-se o grau de capacidade funcional em 26,4% dos casos. Dos casos conhecidos, 79,5% apresentavam limitações funcionais, valor que foi ligeiramente inferior ao encontrado em Israel.<sup>3</sup> Em 90,6% dos casos foi identificado o cuidador do utente falecido, tratando-se do cônjuge ou filho(a) em 55,7%.

Foi possível identificar a fonte da notícia do óbito ao médico de família em 76,4% dos casos, tratando-se de um fa-

**QUADRO I. Taxa de mortalidade anual da lista de utentes e taxa de mortalidade no período total de estudo**

Ano	N.º de utentes da lista (em 31 de Dezembro)	N.º de óbitos	Taxa de mortalidade/ /1000 utentes
2000	1402	17	12,1
2001	1460	14	9,6
2002	1489	14	9,4
2003	1520	8	5,3
2004	1548	8	5,2
2005	1566	20	12,8
2006	1586	14	8,8
2007	1605	9	5,6
Desconhecido	–	2	–
<b>Total</b>	<b>12176</b>	<b>106</b>	<b>8,7</b>



miliar em 57,6% dos casos. O local de morte era conhecido em 92,4% dos óbitos, sendo que destes 53,1% morreram no hospital e 40,8% no domicílio (Quadro III).

Relativamente à causa de morte, esta foi identificada em 91,5% dos óbitos, dos quais 47,4% resultaram de neoplasias, 33% de doenças cardiovasculares e 7,2% de doenças respiratórias (Figura 1). Ocorreram quatro casos de mortes não naturais.

As causas de morte estratificadas por género encontram-se no Quadro IV. As causas de morte mais frequentes nos homens foram: neoplasia, acidente vascular cerebral (AVC),

**QUADRO II. Descrição das variáveis sociodemográficas dos utentes falecidos no período em estudo**

<b>Idade</b>	
Média	71,6
Variância	5 – 90
Desvio padrão	16,6
<b>Sexo</b>	
	<b>n (%)</b>
Masculino	66 (62,3%)
Feminino	40 (37,7%)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	54 (50,9%)
Viúvo	36 (34,0%)
Solteiro	14 (13,2%)
Divorciado/Separado	2 (1,9%)
<b>Situação Profissional</b>	
Reformado	84 (79,2%)
Trabalhador activo	11 (10,4%)
Dona de casa	4 (3,8%)
Desempregado	5 (4,7%)
Estudante	1 (0,9%)
Desconhecido	1 (0,9%)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	29 (27,7%)
Sabe ler e escrever	10 (9,4%)
Ensino primário completo	31 (29,2%)
Ensino preparatório completo	2 (1,9%)
Antigo 5.º ano	1 (0,9%)
Antigo 7.º ano	2 (1,9%)
Ensino superior	1 (0,9%)
Desconhecido	30 (28,3%)

Legenda – n: número de indivíduos; %: percentagem

pneumonia e enfarte agudo do miocárdio e as causas de morte mais frequentes nas mulheres foram: neoplasia, AVC e insuficiência cardíaca congestiva.

No Quadro V são descritos os tipos de neoplasia que foram causa de morte, sendo a mais comum a neoplasia pulmonar, perfazendo 21,7% dos casos, seguida de neoplasia

**QUADRO III. Descrição das variáveis relacionadas com o óbito**

<b>Cuidador</b>	<b>n (%)</b>
Cônjuge	30 (28,3%)
Filho/a	29 (27,4%)
Outro familiar	14 (13,2%)
Não familiar	7 (6,6%)
Sem cuidador	7 (6,6%)
Não aplicável	15 (14,2%)
Desconhecido	10 (9,4%)
<b>Grau de Capacidade Funcional (Escala de Karnovsky)</b>	
80-100%	16 (15,1%)
60-70%	8 (7,6%)
40-50%	16 (15,1%)
10-30%	38 (35,8%)
Desconhecido	28 (26,4%)
<b>Fonte da notícia de morte</b>	
Cônjuge	30 (28,3%)
Filho/a	16 (15,1%)
Outro familiar	15 (14,2%)
Não familiar	5 (4,7%)
Funerária	15 (14,2%)
Sistema informático	5 (4,7%)
Desconhecido	20 (18,9%)
<b>Local da morte</b>	
Hospital	52 (49,1%)
Domicílio	40 (37,7%)
Lar	5 (4,7%)
Via pública	1 (0,9%)
Desconhecido	8 (7,6%)
<b>Comorbilidades mais frequentes</b>	
Hipertensão arterial	51 (48,1%)
Diabetes mellitus tipo 2	27 (25,5%)
Insuficiência cardíaca congestiva	22 (20,8%)
Doença cérebro-vascular	12 (11,3%)
Fibrilhação auricular	12 (11,3%)



gástrica (15,2%) e do cancro colo-rectal (13,0%). Verificou-se uma grande variabilidade de neoplasias que conduziram ao óbito (dezoito tipos diferentes), sendo que apenas uma era passível de rastreio.

Foram também estudadas as comorbilidades apresentadas pelos utentes falecidos, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (48,1% dos casos), seguida da diabetes *mellitus* (25,5%) e insuficiência cardíaca congestiva (20,8%) (Quadro III).

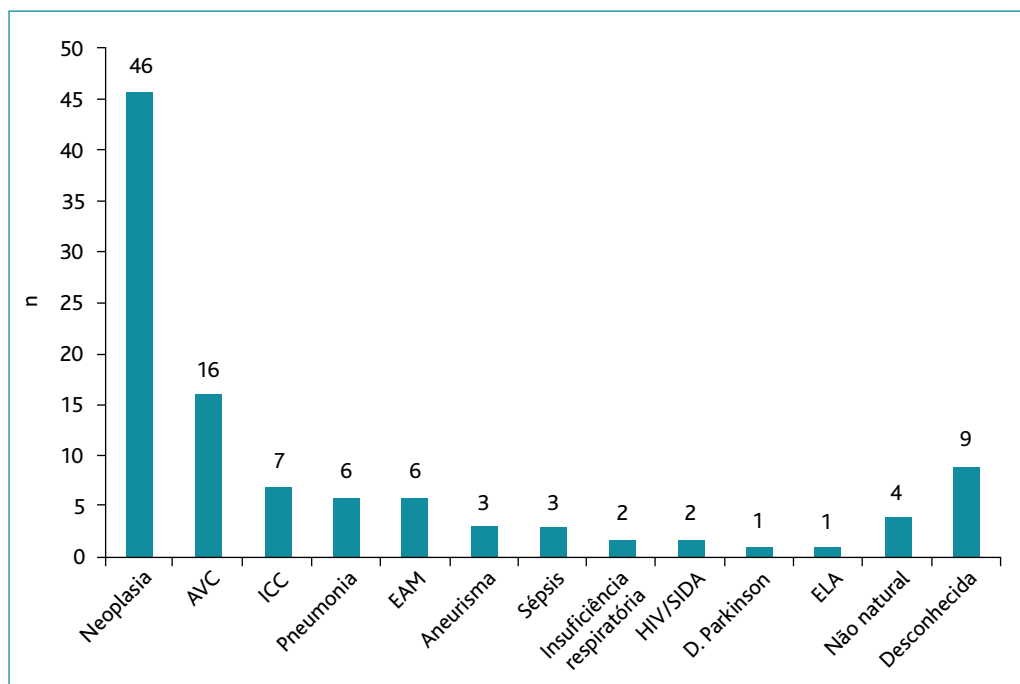


Figura 1. Distribuição das causas de morte por número absoluto.

## DISCUSSÃO

Os resultados revelam fragilidades importantes no sistema de notificação e registo de informação sobre a morte dos doentes, o que nos deve fazer rever procedimentos individuais e colectivos.

A taxa de mortalidade obtida (8,7‰) foi um pouco superior à encontrada em Matosinhos em 2005 (7,4‰),<sup>7</sup> mas inferior ao valor nacional no mesmo ano (10,1‰).<sup>8</sup> Comparando com outros estudos, a taxa de mortalidade anual não ficou muito distante da determinada em Espanha e em Israel, encontrando-se num valor intermédio relativamente aos restantes estudos (Quadro VI).<sup>2-4,6,9</sup>

Neste estudo a média de idades em que ocorreu o óbito foi ligeiramente inferior à encontrada na literatura (Israel 78,2 e Barcelona 73,6 anos), o que pode ser explicado pelo facto de ter sucedido um óbito numa criança.<sup>3,10</sup>

Quanto às causas de morte, obteve-se uma proporção bastante superior de doenças neoplásicas, relativamente

## QUADRO IV. Estratificação das causas de morte por género

Causa de Morte	Homens	Mulheres	Total
Neoplasia	32 (69,6%)	14 (30,4%)	46 (43,4%)
Acidente vascular cerebral	9 (56,3%)	7 (43,7%)	16 (15,1%)
Insuficiência cardíaca congestiva	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7 (6,6%)
Pneumonia	5 (83,3%)	1 (16,7%)	6 (5,7%)
Enfarte agudo do miocárdio	5 (83,7%)	1 (16,7%)	6 (5,7%)
Aneurisma	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (2,8%)
Sépsis	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (2,8%)
Insuficiência respiratória	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
HIV / SIDA	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)
Doença de Parkinson	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,9%)
Esclerose Lateral Amiotrófica	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,9%)
Não natural	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (3,8%)
Desconhecida	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (8,4%)
Total	66 (62,3%)	40 (37,7%)	106 (100%)

aos valores nacionais, e uma proporção aproximada de mortes por doenças CV e por outras causas (Quadro VII).<sup>8</sup>

Comparando com os estudos internacionais, a proporção de neoplasias obtida mantém-se muito superior.<sup>2-4,6,7,10,11</sup> Mesmo nos estudos em que esta proporção foi superior à

**QUADRO V. Descrição dos óbitos de causa neoplásica**

Tipo de Neoplasia	N (%)
Cancro do pulmão	10 (21,7%)
Cancro gástrico	7 (15,2%)
Cancro colo-rectal	6 (13,0%)
Cancro do pâncreas	4 (8,7%)
Cancro da bexiga	2 (4,3%)
Cancro da próstata	2 (4,3%)
Cancro da via biliar ampola de vater	2 (4,3%)
Leucemia/Linfoma	2 (4,3%)
Cancro do fígado	1 (2,2%)
Cancro do ovário	1 (2,2%)
Cancro da parótida	1 (2,2%)
Cancro renal	1 (2,2%)
Cancro do útero	1 (2,2%)
Cancro da vesícula biliar	1 (2,2%)
Mieloma múltiplo	1 (2,2%)
Sarcoma	1 (2,2%)
Cancro da amígdala	1 (2,2%)
Cancro do cavum	1 (2,2%)
Glioblastoma	1 (2,2%)

das doenças CV, como em Espanha<sup>10</sup> e em Inglaterra<sup>4</sup>, a ordem de valores foi bastante menor do que a encontrada pelas autoras (Quadro VIII).

Neste estudo os doentes morreram mais no hospital, tal como verificado na maioria dos dados internacionais (Quadro IX).<sup>2,3,11</sup> No entanto, a proporção relativa de doentes que morreram em casa foi maior do que nos mesmos.

Em Portugal falta um sistema de notificação oficial ao médico de família e a outros médicos cuidadores do doente. Esta noção vai de encontro aos resultados obtidos, em que a fonte da notícia do óbito foi predominantemente de tipo informal, constituída por familiares.

O estudo apresenta algumas limitações, dado que se baseia nos registos clínicos, por vezes colmatados com a memória do médico. Além disso, verificou-se que a informação sobre a circunstância de morte dos doentes era frequentemente insuficiente.

De referir ainda a pequena dimensão da população em estudo, na qual poderia ter sido incluída toda a população da USF ou de outras Unidades de Saúde da mesma localidade, por exemplo, de forma a tornar o estudo mais representativo. Os Quadros VI e VIII mostram como alguns estudos comparativos analisam populações médias muito superiores.

Os pontos fortes relacionam-se com o facto do estudo ser realizado em CSP, de se ter estudado a toda a lista de utentes e da globalidade dos resultados não diferir muito dos encontrados na literatura.

**QUADRO VI. Comparação entre a taxa de mortalidade obtida neste estudo com a de outros estudos encontrados**

Estudo	População média	N.º de óbitos	Taxa de Mortalidade (% /ano)
Estudo actual, Matosinhos 2000/07	1577	160	8,7
Espanha 1987/95 <sup>6</sup>	22928	–	7,1
Israel 1998/03 <sup>3</sup>	~ 6000	233	7,1
Holanda 1998/00 <sup>7</sup>	52471	841	3,4 – 14,7*
Inglaterra 1994/98 <sup>4</sup>	~ 13000	270	Manchester: 2,7 Northwich: 3,5
Inglaterra 1992/96 <sup>11</sup>	30790	1263	12,3
EUA 2002	Censo	2,447,864	8,49

Legenda – \* variou muito entre as listas de diferentes médicos de família; EUA: Estados Unidos da América; N.º: número.

## MAS, ENTÃO, POR QUE ESTUDAR A MORTE?

Antes de mais para fazer uma auto-avaliação: saber de que estão a morrer os nossos doentes e questionarmo-nos se haverá grandes variações no número de doentes que morrem e nas causas de mortalidade, em comparação com outras listas, com os valores nacionais e internacionais.

Estudar os óbitos permite ainda coordenar melhor os recursos entre a equipa de CSP e com os Cuidados de Saúde Hospitalares. Permite apoiar o luto dos familiares de forma mais adequada e pode sobretudo gerar um trabalho de reflexão pessoal e interpares, analisando o su-



porte prestado aos doentes terminais e à família, aprendendo a lidar melhor com as emoções ou sentimentos de culpa associados à morte dos nossos doentes e fazer o nosso próprio luto dos doentes «perdidos».

Esta reflexão deve ainda contemplar a forma como são preenchidos os certificados de óbito, pela influência que estes registos têm nas políticas de saúde. Neste estudo, os doentes morreram mais de doenças neoplásicas do que cardiovasculares. Será que este achado representa um desvio relativamente ao valor nacional, ou estarão as doenças CV a ser a sobre-notificadas na generalidade?

Tendo em conta que apenas uma das neoplasias encontradas nas causas de morte era passível de rastreio, o estudo sugere-nos que deveremos estar mais atentos a certos sinais de doença, revendo os procedimentos preventivos adoptados e os restantes cuidados prestados aos indivíduos e famílias, nomeadamente os cuidados continuados integrados.

Tendo-se verificado a inexistência de um sistema de informação ao Médico de Família – uma notícia de óbito – revela-se essencial a criação de um registo sistemático, formalizado e centralizado dos indivíduos que morrem, que permita chegar essa informação a todos os cuidadores de saúde. Como, por exemplo, o envio da cópia do certificado de óbito.

Entre as reflexões apresentadas ficam as seguintes sugestões, consideradas de especial relevância:

- Introduzir «o estudo das taxas e causas de morte» nos relatórios de actividades anuais da USF
- Criar uma notificação sistemática da morte, como acontece já com as notícias de nascimento – introduzir esta ideia nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS)
- Discutir o tema inter-pares, em reflexão individual e da equipa
- Detectar necessidades formativas nas áreas relacionadas com a morte (dor, doente terminal, comunicação, certi-

**QUADRO VII. Comparação entre as causas de morte encontradas neste estudo e os valores nacionais em 2005**

Causas de morte	Estudo actual 1999/07		Portugal 2005	
	N	%	N	%
Doenças do aparelho circulatório	32	30,2	36570	34,0
Tumores malignos	46	43,4	22682	21,1
Diabetes mellitus	0	0,0	4569	4,3
Doenças do aparelho respiratório	8	7,5	11288	10,5
Doenças do aparelho digestivo	0	0,0	4525	4,3
Outras causas	16	15,1	23247	21,6
Acidentes, envenenamento, violência	4	3,8	4481	4,2

**QUADRO VIII. Comparação entre a proporção de doenças cardiovasculares e de neoplasias encontrada neste estudo e as proporções encontradas nos estudos internacionais obtidos**

Estudo	População média	Doenças cardiovasculares	Neoplasias
Estudo actual, Matosinhos 2000/07	1577	30,2%	43,4%
Espanha 1987/95 <sup>6</sup>	22928	33,8%	32,1%
Espanha 1993/98 <sup>10</sup>	37306	17,3%	21,3%
Israel 1998/03 <sup>3</sup>	~ 6000	36,0%	21,0%
Holanda 1998/00 <sup>7</sup>	52471	41,3%	29,1%
Inglaterra 1994/98 <sup>4</sup>	~ 13000	25,9%	28,8%
Inglaterra 1992/96 <sup>11</sup>	30790	40,6%	27,8%
Londres 1997/00 <sup>2</sup>	2545 – 4900	37,2%	24,4%

**QUADRO IX. Comparação entre os locais de óbito detectados neste estudo e os de outros estudos encontrados**

Estudo	Hospital	Domicílio	Outros
Estudo actual 1999/07	49,1%	37,7%	13,2%
Londres 1997/00 <sup>2</sup>	64,1%	24,8%	11,1%
Israel 1998/03 <sup>3</sup>	48,0%	15,0%	37,0%
Inglaterra 1992/96 <sup>11</sup>	60,0%	22,4%	17,4%
Holanda 1998/00 <sup>7</sup>	34,6%	40,1%	25,3%
País de Gales 1964/85 <sup>5</sup>	37,0%	59,0%	4,0%



ificação do óbito, etc.) e com o preenchimento do certificado de óbito.

Seria também interessante realizar um estudo idêntico numa população mais alargada, de uma USF ou de um ACES, que incluísse a estratificação das causas de morte em função da idade e/ou o estudo de variáveis agrupadas (ex. causa do óbito/local do óbito), permitindo tirar relações mais robustas.

Por que não estudar a morte... para melhor pensar a vida?

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kochanek KD, Smith BL. Deaths: Preliminary data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2004 Feb 11; 52 (13): 1-48.
2. Beaumont B, Hurwitz B. Is it possible and worth keeping track of deaths within general practice? Results of a 15 year observational study. *Qual Saf Health Care* 2003 Oct; 12 (5): 337-42.
3. Rosenberg R, Vinker S, Yaphe J, Nakar S. The role of periodic mortality case review sessions in a primary care teaching clinic. *Isr Med Assoc J* 2006 Jun; 8 (6): 373-7.
4. Webb R, Esmail A. An analysis of practice-level mortality data to inform a health needs assessment. *Br J Gen Pract* 2002 Apr; 52 (477): 296-9.
5. Hart JT, Humphreys C. Be your own coroner: an audit of 500 consecutive deaths in a general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987 Apr 4; 294 (6576): 871-4.
6. Palacios Soler F, Ojanguren Alonso M, Vázquez Goñi R, Moreno-Iribas C, Abad Vicente F. Estudio de la mortalidad en una zona básica de salud urbana. *Aten Primaria* 2001 Jun 30; 28 (2): 120-5.
7. Unidade de Saúde Pública de Matosinhos. Diagnóstico de Situação do Concelho de Matosinhos 2005. Matosinhos: USP de Matosinhos; 2005.
8. Instituto Nacional de Estatística. Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos. 3ª rev. (NUTS III). Disponível em: <http://www.ine.pt> [acedido a 20/12/2008].
9. Oppewal F, Meyboom-de Jong B. Mortality in general practice: an analysis of 841 deaths during a two-year period in 17 Dutch practices. *Eur J Gen Pract* 2004 Mar; 10 (1): 13-7.
10. Albadejo Blanco C, Parés Ubach Q, Monje Hernández A, López López MI. Causas de mortalidad en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2003 Feb 28; 31 (3): 205-7.
11. Holden J, O'Donnell S, Brindley J, Miles L. Analysis of 1263 deaths in four general practices. *Br J Gen Pract* 1998 Jul; 48 (432): 1409-12.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não possuir qualquer tipo de conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Tudela  
Rua Alfredo Keil, 371 - 5.º Esq.  
4150-049 Porto  
E-mail: [marianatudela@gmail.com](mailto:marianatudela@gmail.com)

Recebido em 08/01/2009

Aceite para publicação em 30/11/2010

## ABSTRACT

### WHY STUDY DEATH? – AN ANALYSIS OF DEATHS FROM A FAMILY PRACTICE OVER AN EIGHT-YEAR PERIOD

**Objectives:** To analyze the causes of death and factors associated with the death of patients from one family practice.

**Type of study:** Descriptive

**Location:** USF Horizonte, Matosinhos, Portugal

**Population:** Patients registered with one family doctor between 2000 and 2007.

**Methods:** The data were abstracted from clinic records using the Piloto 32®, SAM® and SAPE® electronic medical record systems. Socio-demographic variables and factors related to the death of the patients were analyzed using an Excel electronic spreadsheet.

**Results:** Over an eight year period, 106 deaths were recorded giving a mortality rate of 8.7 deaths per 1000 patients per year. Of these, 62.2% of the patients were male. The median age was 71.6 years. Most were retired (79.2%) and most were married (50.9%) at the time of death. The place of death was known in 92.4% of cases. Of these, 53.1% died in hospital and 40.8% died at home. Limitation in activities of daily living (ADL) was recorded among 58.4% of patients before their death. A primary caregiver was identified in 90.6% of cases. The caregiver was a family member in 55.7% of cases. A cause of death was unknown in 8.5% of cases. Neoplasm was recorded as the cause of death in 47.7% of cases.

**Discussion:** These results reveal deficiencies in the clinical recording of information about the death of patients and in the reporting of deaths. The demographic characteristics of this population are similar to those found in other published studies of mortality in primary care from Spain and Israel. The distribution of care among family and non-family caregivers is similar. The major differences between this population and others lie in the causes of death. Neoplasm was the most common cause of death and not cardiovascular disease, as has been found in other studies.

**Keywords:** Cause of Death; Mortality Registration; Primary Care.