

Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso

Evaluation of child mortality notifications to the Information System for Infant Deaths: a case study

Paulo Germano de Frias ¹
 Suely Arruda Vidal ²
 Pricila Melissa Honorato Pereira ³
 Pedro Israel Cabral de Lira ⁴
 Lygia Carmen Vanderlei ⁵

^{1,2,5} Núcleo de Epidemiologia. 6. andar. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rua dos Coelhos, 300. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550

³ Programa de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil.

⁴ Departamento de Nutrição. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Abstract

Objectives: to assess infant mortality notification to the Mortality Information System (MIS) and other notification sources support in Bom Conselho, Pernambuco, PE, 1999.

Methods: case study using child mortality data from homes in Bom Conselho collected by the municipal and state databanks, complemented by an active search in civil registration offices, healthcare units, cemeteries and communities, healthcare agents and traditional midwives. Household investigations was performed for all deaths and used to validate addresses. The percentage of under-notification to the Infant Mortality Information System and deaths grouped according to information location and notifying sources was calculated.

Results: high under-notification rate (46%) was determined as well as a high number of deaths at home. This data is suggestive of poor access to healthcare services as one of the most important issues. The principal source for notification were the community health agents followed by civil registration offices and healthcare clinics, the last as a preferred source in collecting information notwithstanding the high rates of hospital deaths not notified to the Mortality Information System.

Conclusions: under-notification of infant mortality is a complex problem evading Information Systems. Overcoming the problems related to healthcare services access is a basic condition to face the issue.

Key words Evaluation, Infant mortality, Information systems

Resumo

Objetivos: avaliar a notificação do óbito infantil ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a contribuição de outras fontes de notificação em Bom Conselho, Pernambuco, 1999.

Métodos: estudo de caso utilizando os dados dos óbitos infantis de residentes em Bom Conselho, coletados no SIM municipal e estadual, complementados por busca ativa nos cartórios, unidades de saúde, cemitérios e comunidades, junto aos agentes de saúde e parteiras tradicionais. A investigação domiciliar foi realizada para todos os óbitos e usada para validação dos endereços. Foi calculado o percentual de subnotificação ao SIM e os óbitos agrupados segundo localização da informação e fontes notificadoras.

Resultados: foram encontradas subnotificação elevada (46%) e grande número de óbitos em domicílio. Esse dado sugere a precariedade no acesso aos serviços de saúde como um dos aspectos mais importantes. As principais fontes de notificação foram os agentes comunitários de saúde, seguidos pelos cartórios e unidades de saúde, sendo essa última preferencial na coleta das informações, apesar do alto percentual de óbitos hospitalares não notificados ao SIM.

Conclusões: a subnotificação de óbitos infantis é um problema complexo que transcende os Sistemas de Informação. A superação dos problemas relacionados ao acesso aos serviços é condição básica para enfrentar a questão.

Palavras-chave Avaliação, Mortalidade infantil, Sistemas de informação

Introdução

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), medida do risco de uma criança vir a morrer antes de completar o primeiro ano de vida, tem sido um indicador largamente utilizado para avaliar o nível global de saúde e as condições de vida de uma população. Esse indicador é construído dividindo-se o número de óbitos de menores de um ano, pelo total de nascidos vivos, no mesmo período e local, multiplicado por 1000,¹ e pode ser utilizado em atividades de vigilância epidemiológica, planejamento, assim como na avaliação de políticas, ações e serviços de saúde.¹⁻⁴

No Brasil, a responsabilidade pela coleta, análise e divulgação dos eventos vitais é do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas, a partir de 1975 o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), como um sistema para coleta, processamento e disseminação de dados e informações de óbitos no país.² A implantação do SIM, a partir de um modelo padronizado de Declaração de Óbito (DO), que é o instrumento que alimenta o sistema, abriu a possibilidade de se adquirir informações mais fidedignas e completas.^{2,4,5}

Entretanto, em alguns países, entre os quais o Brasil, existem problemas tanto em relação à notificação dos eventos de óbito, principalmente entre os menores de um ano, quanto em relação à confiabilidade dos dados, apesar da melhoria apresentada ao longo do desenvolvimento do SIM. Essas dificuldades são decorrentes, principalmente, de incorreções na classificação de nascido vivo, natimorto e perda fetal, da invasão e/ou evasão de óbitos e nascimentos, além da subnotificação, sobretudo no interior das regiões Norte e Nordeste.^{6,7}

Nessas regiões, a existência de cemitérios que não exigem a declaração de óbito ou a guia de sepultamento do cartório para o enterramento ou até mesmo a realização de sepultamentos clandestinos, muitos no próprio quintal da residência, tem sido apontados como fatores preponderantes para a subnotificação de óbitos infantis.^{2,7}

Esse comportamento é mantido por padrões culturais consolidados, reforçados, em muitos casos, por uma cobertura insuficiente de assistência médica, o que dificulta a emissão da declaração de óbito pelos estabelecimentos de saúde, fatos que limitam, distorcem ou inviabilizam a construção dos indicadores em algumas regiões, estados e municípios.^{2,3,7}

Diante disto, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) divulga anualmente

as taxas de mortalidade infantil e de seus componentes entre os Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB), utilizando o método direto, onde é possível obter os dados de apenas oito estados considerados com boa cobertura dos sistemas de informação em saúde: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, e as estimativas indiretas para os demais estados brasileiros.⁸

Essas estimativas indiretas são calculadas pelo IBGE, através de métodos demográficos, com base nos censos, pesquisas nacionais por amostragem de domicílios e estudos especiais.^{1,9,10} Contudo, os valores estimados apresentam problemas inerentes ao uso de métodos indiretos, pois se fundamentam em pressupostos teóricos nem sempre observados nas diferentes populações das regiões brasileiras. É igualmente oportuno citar que essa abordagem impossibilita o monitoramento e a avaliação das ações de saúde em curso, gerando interpretações errôneas e desestímulo aos gerentes e executores de programas de saúde.^{1,9-11}

Nesse contexto, alguns estudos começaram a verificar o potencial de fontes alternativas na identificação da ocorrência do óbito,^{7,12-14} assim como, a viabilidade de integração dos dados de outros sistemas de informações em saúde como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH)¹⁵ e o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).^{11,16} Muitas dessas iniciativas abriram uma perspectiva de realização de estudos nas diversas realidades municipais, o que possibilitaria o conhecimento da real magnitude da mortalidade infantil e o fortalecimento do SIM.

Ante o exposto, este artigo se propõe a avaliar a notificação do óbito infantil ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a contribuição de fontes notificadoras do óbito de menores de um ano no município de Bom Conselho, estado de Pernambuco, em 1999. Assim, os objetivos específicos foram: identificar os óbitos de menores de um ano através de diversas fontes notificadoras; quantificar a subnotificação do óbito no SIM; e apontar a contribuição das fontes consideradas, particularizando, ainda, segundo local de ocorrência do óbito entre os residentes naquele município.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, exploratório, realizado em um município do Nordeste brasileiro, no período compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 1999.

Localizado no Agreste Pernambucano, Brasil, Bom Conselho dista 282 Km da capital. Em 1999 possuía 40.662 habitantes, dos quais, 48,6% residiam na zona rural. No ano do estudo, estava classificado em 84º e 56º lugar em ordem decrescente pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e pelo Índice de Condição de Vida (ICV), respectivamente, entre os 184 municípios de Pernambuco.¹⁷⁻¹⁹

A rede de saúde local era composta por um hospital de médio porte, com 62 leitos distribuídos entre as clínicas básicas, onde funcionava um ambulatório geral e algumas especialidades. O município possuía, ainda, oito postos de saúde, uma unidade de saúde da família, três farmácias e um laboratório. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era de 72, e utilizando como critério desejável, um ACS para acompanhar 400 pessoas, a cobertura alcançava 70,6%.⁷

Os dados foram coletados no período compreendido entre dezembro de 1999 e maio de 2000. A população de estudo foi o universo dos óbitos não-fetais de menores de um ano, residentes em Bom Conselho. Os óbitos foram pesquisados, primeiramente, em unidades processadoras do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM). Na complementação das informações, foi necessário identificar e cadastrar previamente todas as fontes potenciais de notificação existentes no município.

Foram incluídos na busca: serviços de saúde locais e regional (unidades básicas e hospitalares) e cartórios do município sede e de referência (necessária em virtude da ocorrência de óbitos fora de sua área de abrangência, nas localidades mais freqüentemente receptoras dos casos, inclusive na capital do estado); cemitérios, incluindo os estabelecimentos onde não era exigida a declaração de óbito ou guia específica para o sepultamento e nas comunidades, junto aos agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiras supervisoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e parteiras tradicionais. Também se pesquisou nas casas de serviços funerários, farmácias, junto aos agentes de saúde da Pastoral da Criança, as rezadeiras/curandeiras e às lideranças comunitárias.

Como instrumentos de coleta, foram utilizados uma ficha de notificação, criada especificamente para esse fim, dois questionários para investigação, sendo um hospitalar e outro domiciliar, além da cópia das Declarações de Óbitos e Nascidos Vivos encontradas.

Os dados foram obtidos através de diferentes meios, de acordo com o local. Dessa forma, dos

cemitérios foram recolhidas informações escritas, quando disponíveis (livros de registro, guias de sepultamento, originais de DO, anotações informais), ou verbais. Nos cartórios foram revisadas as vias da DO e os livros de registro.

Nas Unidades de Saúde foram utilizadas apenas as informações escritas (livros de estatística, de registro da sala de parto, controle de admissão e alta, e das guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Junto aos ACS por meio das fichas de alimentação do SIAB (Ficha D - que contém, além de dados sobre consultas médicas, de enfermagem e das atividades dos ACS, informações nominais sobre internamentos hospitalares e óbitos ocorridos naquele mês). Junto às parteiras tradicionais com o uso das fichas de notificação de parto domiciliar do Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT), quando disponíveis, ou verbais. Na comunidade também foram coletadas informações, com líderes comunitários e outros informantes chave.

Com cada um dos informantes foi preenchida uma ficha de notificação, independente da existência de DO ou da notificação prévia da mesma por outra fonte. Esse processo objetivou identificar a contribuição individual de cada uma delas. Independente do local e fonte de identificação ou de ocorrência do evento houve a investigação (domiciliar e hospitalar, se ocorrido o atendimento). Com a investigação domiciliar também se objetivou a validação do endereço.

Todas as DO de menores de um ano, fetal e não-fetal foram submetidas à avaliação para verificação de possíveis erros de classificação quanto ao tipo de óbito. Para testar a confiabilidade dos dados, principalmente os obtidos em fontes alternativas, foi realizada uma revisão da idade e tipo de óbito declarado, através da Declaração de Óbito e das investigações domiciliar e hospitalar dos casos.

Em seguida, para eliminação das notificações em multiplicidade e identificação dos óbitos ausentes no SIM, as informações disponíveis foram confrontadas através do *software* Epi-info versão 6.0. As variáveis consideradas para este fim foram: nome da mãe, endereço, data e idade no óbito, tipo de gestação e dados complementares obtidos nas investigações domiciliares e hospitalares.

Para o cálculo da sub-enumeração utilizou-se a razão entre os óbitos informados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e os identificados na pesquisa, em relação a 100. As informações de óbito foram distribuídas segundo sua localização e as respectivas fontes notificadoras. Também foi calculado o percentual de subnotificação segundo o local de ocorrência do

óbito (se domiciliar ou hospitalar).

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, em 1999, como parte integrante da pesquisa avaliativa "Análise de Implantação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil em dois Municípios Pernambucanos com Condições de Vida Semelhantes".⁷

Resultados

Os procedimentos realizados para verificação da confiabilidade dos dados, permitiram identificar um óbito fetal entre os não-fetais sendo, posteriormente, eliminado do estudo. A Figura 1 sistematiza as informações referentes à revisão dos óbitos e apresenta a seqüência utilizada até a obtenção do total de óbitos não fetais de menores de um ano, de residentes em Bom Conselho.

Na Figura 2 se apresenta um quantitativo de 39 óbitos de menores de um ano presentes no SIM para o município de Bom Conselho no ano de 1999. Desses, 37 estavam na Secretaria Municipal e dois

Tabela 1

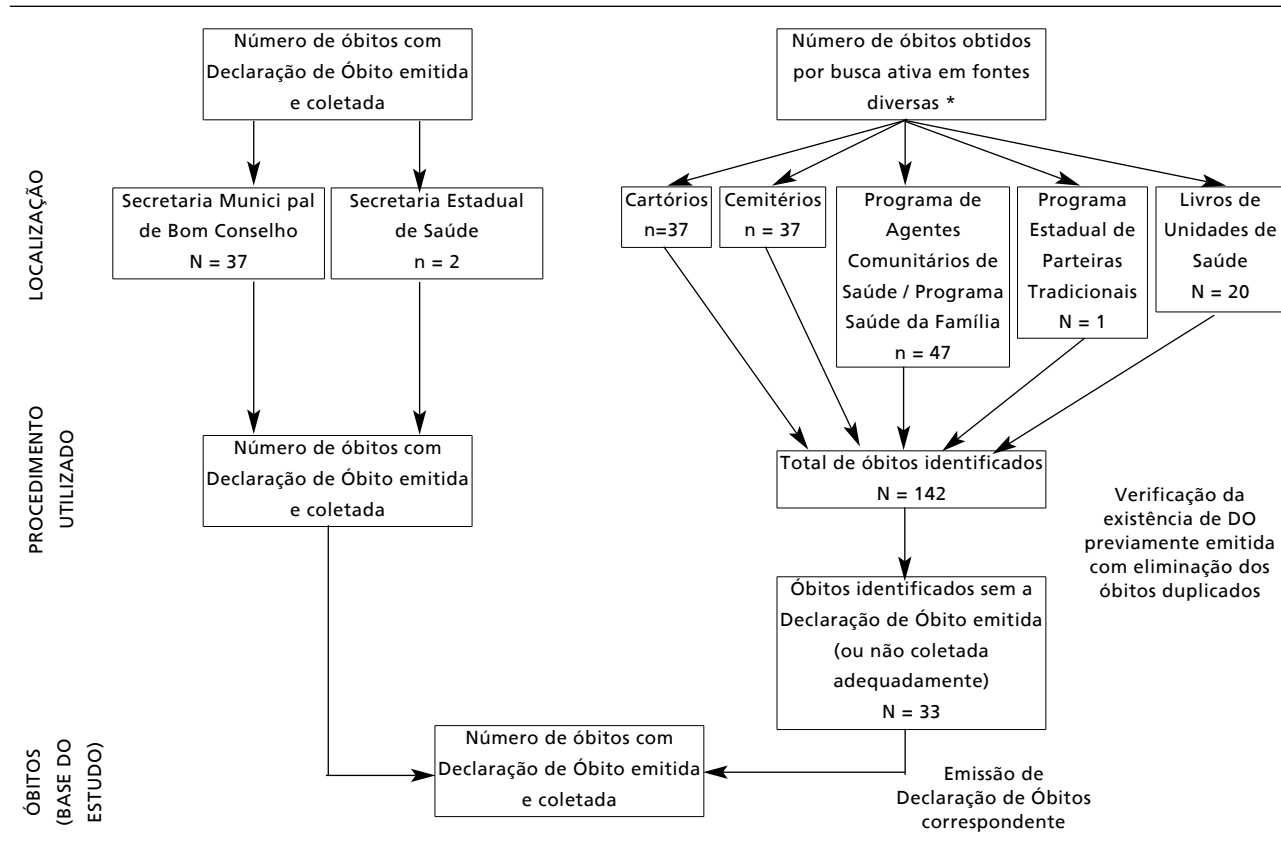
Número e proporção de óbitos infantis de residentes ausentes no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Bom Conselho, Pernambuco, 1999.

Número de registros

Ausentes no Sistema de Informação sobre Mortalidade das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde	33	45,8
Presentes no Sistema de Informação sobre Mortalidade das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde	39	54,2
Total	72	100,0

Figura 1

Fluxograma de verificação da confiabilidade dos dados referentes ao número de óbitos de menores de um ano. Bom Conselho, Pernambuco, 1999



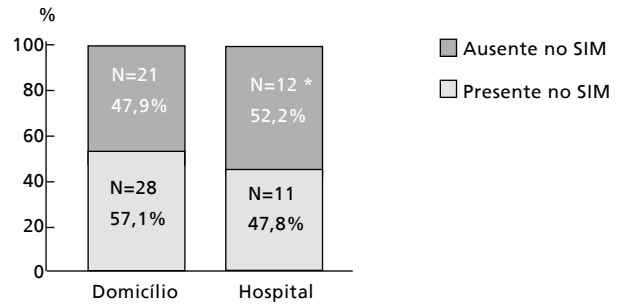
na Secretaria Estadual de Saúde no período da coleta. A coluna da direita apresenta os óbitos infantis obtidos por meio de busca ativa.

Ao final, 142 fichas de notificações de óbitos foram contabilizadas, ressaltando-se, no entanto, a sobreposição dos eventos. Após o processo de eliminação das multiplicidades restaram 72 óbitos, dos quais 33 eram desconhecidos do SIM, o que correspondeu a 45,8% de sub-enumeração de óbitos infantis não fetais no município de Bom Conselho (Tabela 1).

Na Tabela 2 verifica-se a distribuição da informação de óbito e suas interfaces entre os diversos locais. Assim, dentre os 47 óbitos identificados pelos ACS, havia também notificações dos mesmos óbitos nas seguintes fontes: 21 nos cartórios, 19 nos cemitérios, 21 no SIM municipal, 9 nas unidades de saúde e 1 pelas parteiras. A importância dos agentes

Figura 2

Número e proporção de óbitos subnotificados, segundo local de ocorrência do óbito, Bom Conselho, Pernambuco, 1999.



*Destes, três ocorreram no hospital local, seis no hospital regional de Garanhuns e três em outros municípios inclusive na capital do estado.

Tabela 2

Distribuição da localização das informações de óbito. Bom Conselho, Pernambuco, 1999.

	Secretaria Estadual de Saúde (0)	Secretaria Municipal de Saúde (0)	Cartório (1)	Cemitério (19)	Agente Comunitário de Saúde (19)	Parteira (0)	Unidade de Saúde (4)
Secretaria Estadual de Saúde	2	0	0	1	0	0	1
Secretaria Municipal de Saúde	0	37	36	34	21	0	9
Cartório	0	36	37	32	21	0	8
Cemitério	1	34	32	37	19	0	10
Agente Comunitário de Saúde	0	21	21	19	47	1	9
Parteira	0	0	0	0	1	1	0
Unidade de Saúde	1	9	8	10	9	0	20

Os valores entre parenteses indicam o percentual de informação localizados exclusivamente nas respectivas fontes.

comunitários de saúde (ACS) na identificação do óbito infantil também se confirma quando observada a contribuição exclusiva (19 óbitos não reconhecidos por nenhuma outra fonte).

A contribuição de cada uma das fontes de notificação em relação à totalidade de óbitos ausentes no SIM (33), variou de 3,0% para as parteiras tradicionais a 75,8% para os agentes de saúde do PACS/PSF (Tabela 3). A contribuição dos agentes comunitários foi particularmente importante para os 21 óbitos domiciliares que não estavam presentes no SIM municipal ou estadual. Já para os óbitos hospitalares, a principal contribuição foi do próprio hospital, incluído na pesquisa entre as unidades de saúde. Os resultados evidenciaram, ainda, um percentual elevado de subnotificação entre os óbitos

Tabela 3

Contribuição absoluta e proporcional das fontes notificadoras na identificação dos óbitos domiciliares, hospitalares e total ausentes no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Bom Conselho, Pernambuco, 1999.

Fontes	Óbitos domiciliares (21)		Óbitos hospitalares (12)		Total (33)	
	n	%	n	%	n	%
Cartório	1	4,8	0	0	1	3,0
Agentes Comunitários de Saúde	18	85,7	7	58,3	25	75,8
Cemitério	2	9,5	1	8,3	3	9,1
Parteira	1	4,8	0	0	1	3,0
Unidade de Saúde	0	0,0	10	83,3	10	30,3

hospitalares (Figura 2).

Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde emitiu as DO, segundo orientação do Departamento de Informações da Secretaria de Saúde de Pernambuco. Dos 33 óbitos desconhecidos do SIM, 27 tiveram a DO emitida posteriormente às investigações e 6 tiveram as DO identificadas e resgatadas durante a busca ativa e investigações domiciliares e hospitalares.

Discussão

A subnotificação de eventos vitais tem sido um sério obstáculo ao conhecimento preciso de importantes indicadores epidemiológicos, limitando o uso dos sistemas de informação na maioria dos estados brasileiros, o que tem levado a prejuízos na produção de dados diretos fidedignos, ágeis e oportunos.^{1,9}

Considerando o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e a posição do município como espaço privilegiado da prestação de serviços ao cidadão e à coletividade, o uso de estimativas não parece ser o mais apropriado devido às limitações técnicas inerentes a esses métodos.^{1,10}

Assim, a existência de sistemas de informações acessíveis e confiáveis na esfera municipal é condição essencial para a elaboração do diagnóstico, planejamento adequado e para a programação de ações efetivas. No entanto, em virtude das desigualdades existentes neste país relativas à notificação dos eventos vitais, faz-se necessário o conhecimento do contexto onde se produzem esses dados.

Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas é o estudo de caso, indicado quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos e que permite a observação do fenômeno a partir do interior dos casos, possibilitando uma análise mais criteriosa da situação.²⁰⁻²² Assim, os resultados encontrados pelo presente estudo apontam alguns dos principais problemas, pontos de estrangulamento, na geração, coleta e processamento dos dados e informações relativas à dimensão da mortalidade infantil.

Historicamente, o registro civil foi considerado fonte privilegiada para os eventos vitais no Brasil, tendo, alguns autores, investigado a sub-enumeração nos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Mortalidade (SIM), comparando seus dados com os dados do registro civil.^{2,9} Todavia, com a ampliação da cobertura desses sistemas o padrão do registro civil tornou-se inadequado, mostrando-se inferior na quantidade e na qualidade dos dados em algumas regiões do país.

No presente estudo, o cartório foi uma impor-

tante fonte de alimentação do SIM, principalmente em se tratando de óbitos domiciliares. No entanto, seu potencial é limitado, na medida em que necessita da iniciativa dos pais para o registro do óbito, o que muitas vezes não ocorre, devido ao acesso limitado ao registro civil.¹⁶ Os resultados mostraram que uma vez feito o registro do óbito em cartório, a ocorrência de problemas no fluxo, que determinassem a ausência no SIM, foi rara. Entretanto, a incerteza quanto ao preenchimento da DO por parte do cartório quando emitida a Certidão de Óbito, torna necessária a procura pelo óbito também nos livros de registro.

Os cemitérios também são importantes fontes de notificação do óbito,¹³ mas no presente estudo não apresentaram uma contribuição expressiva na recuperação dos óbitos ausentes no SIM. Entretanto, se levanta a hipótese de que, os sepultamentos clandestinos, assim chamados por ocorrerem sem maiores informações a respeito do falecido, apesar de, em muitos casos, serem realizados em locais conhecidos das autoridades, influenciaram negativamente na identificação dos óbitos por essa fonte.

O estudo de Hartz *et al.* ampliou o número de fontes potencialmente notificadoras para o óbito em dois municípios do Rio Grande do Norte, incluindo na busca ativa cartórios de registro civil, cemitérios, igrejas e hospitais,¹² exemplo seguido por Frias *et al.*⁷ em Pernambuco.

Barreto e Pontes²³ destacaram os agentes comunitários de saúde na identificação e investigação de óbitos infantis. A atenção básica no Brasil possui um sistema próprio de informação, o SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) que é alimentado por uma ficha com a qual se coleta dados individuais sobre internamentos e óbitos (Ficha D) e, embora nas esferas estadual e nacional não seja possível a particularização do caso, o município pode fazê-lo.

Aquino *et al.*²⁴ ressaltam o agente de saúde como peça chave que integra a equipe de saúde e a comunidade, sendo os dados coletados de grande potencial na orientação de decisões, desde a própria unidade básica de saúde até os gestores municipais. A incorporação desses profissionais se revelou de grande importância nos estudos de Barreto e Pontes²³ e Frias⁷, contribuindo de forma preponderante, principalmente na identificação de óbitos de crianças que não tiveram acesso ao serviço de saúde no momento do óbito. O Ministério da Saúde também recomenda a participação de toda a equipe de saúde da família no resgate de informações sobre os eventos vitais.^{11,25}

Apesar da pequena contribuição das parteiras, apontada pelo presente estudo, essas podem ser fontes importantes de notificação do óbito infantil em

áreas com elevados índices de partos domo-ciliares, como ainda ocorrem em algumas regiões do país.

Leal *et al.*²⁶ e Frias *et al.*²⁷ destacam as unidades de saúde como importantes na identificação dos óbitos. No presente estudo, as unidades detinham um baixo percentual de informações de óbito do município, o que retrata o acesso reduzido da população estudada a esses serviços de saúde, mesmo em situação de risco iminente de morte.

A integração "hospital-SIM" é bastante precária, o que pode ser verificado pelo número de óbitos hospitalares ausentes no sistema, tendo, essa fonte, um elevado potencial na melhoria do SIM, além de ser fonte preferencial para a coleta de informações sobre o óbito.⁵

O local de ocorrência "hospital", ao contrário do esperado, teve um maior percentual de subnotificação que o local "domicílio". Dessa forma, sendo a sub-enumeração de eventos um dos fatores que expressa o nível de organização e a qualidade dos serviços de saúde,²⁸ esse se torna um achado relevante, mais uma evidência da precariedade da assistência à saúde no município em questão.

Os achados apontam para questões relativas a problemas na geração dos dados, confirmado pela existência de óbitos sem emissão da DO ou erro na classificação do óbito, pelo uso indevido de termos (óbito fetal/óbito não-fetal). A insuficiência de estratégias que garantam a notificação de óbitos domiciliares, assim como a precariedade de mecanismos de sensibilização e capacitação de profissionais nos serviços de saúde são importantes fatores para a não emissão da DO.

Também são de grande relevância os problemas no recolhimento da DO e no processamento dos dados. Os primeiros parecem ser relacionados à fragilidade das atividades relacionadas à busca ativa nas unidades de saúde, bem como, o desconhecimento do fluxo desses documentos. Os últimos podem ocorrer pela ausência de parâmetros de identificação da subnotificação e problemas na transferência dos dados do município para o estado ou vice-versa.

O estudo demonstrou a grande contribuição que as diversas fontes pesquisadas podem oferecer para a melhoria do Sistema de Informações sobre Mortalidade em uma área de elevada subnotificação de óbitos, como o município estudado. Embora a maior contribuição tenha sido dada pelos ACS, os cartórios e unidades de saúde foram identificados como fontes essenciais, respectivamente para os óbitos domiciliares e hospitalares.

Com base nesses achados, algumas recomendações são de grande relevância para a melhoria da

notificação de óbitos no município, e estão descritas a seguir.

O estabelecimento de uma relação entre os ACS e a Secretaria Municipal de Saúde, como já recomendaram Mello Jorge e Gotlieb,¹⁶ através das unidades de saúde da família (quando área de PSF), associado a uma rotina de investigação por parte da equipe de vigilância epidemiológica municipal em conjunto com as equipes de saúde da família. Em caso de áreas de PACS essa relação poderia ser estabelecida pelos supervisores do programa ou por unidades de saúde, aos quais, os agentes possam estar vinculados.

No caso dos cartórios, a coleta dos dados de óbitos deve ser realizada também no livro de registro para evitar a perda de óbitos registrados que não tiveram DO emitida. No caso dos hospitais, o cumprimento do fluxo institucional (hospitais - Secretaria Municipal de Saúde) como propõe o Ministério da Saúde,⁵ associado a um trabalho junto aos profissionais médicos, visando o reconhecimento da DO como importante instrumento para a gestão da saúde, seriam estratégias bastante úteis na melhoria da qualidade do sistema, embora não constitua um processo simples.

O estabelecimento de rotinas próprias para a distribuição e coleta de DO, a alimentação e retroalimentação dos dados entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, assim como o frequente monitoramento da consistência dos dados processados, constituem o fechamento de um elo para a melhoria da informação de óbito.

Como visto, a subnotificação de óbitos infantis é um problema complexo e seu enfrentamento requer múltiplas abordagens, procurando valorizar as particularidades de notificação de cada localidade. Nesse sentido, a utilização de estudos de caso, com o adequado aprofundamento possibilitado por esse método, sinaliza caminhos a serem percorridos.

Apesar da importância dos aspectos legais e normativos^{5,6} relacionados aos sistemas de informações (SIS), fica claro, através dos resultados, que o preenchimento dessas lacunas não são suficientes para a superação dos problemas que envolvem todo o processo de produção das informações.

Entende-se, por fim, que a notificação dos eventos é um indicador que transcende os SIS e a superação da subnotificação será possível à medida que o acesso aos serviços de saúde seja uma realidade em todos os recantos longínquos deste país. A subnotificação de óbitos infantis é mais uma explicitação das desiguais oportunidades de acesso aos bens e serviços, marca ainda presente em nosso país.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi financiada com recursos da Fundação Nacional de Saúde através do convênio 007/2003 celebrado com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Referências

1. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
2. Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de saúde: revisão e discussão da situação atual. *Inf Epidemiol SUS* 1997; 6: 7-45.
3. Oliveira H, Pereira IPA. Estatísticas de mortalidade e nascidos vivos: considerações sobre os principais problemas. *Inf Epidemiol SUS* 1997; 6: 15-9.
4. Frias PG, Lira PIC, Vidal AS, Vanderlei LC. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde: estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. *J Pediatr [Rio J]* 2002; 78: 509-16.
5. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília (DF); 2003.
6. Laurenti R, Mello Jorge MH. O atestado de óbito. 3. ed. São Paulo: Centro Brasileiro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1996.
7. Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida [dissertação mestrado]. Recife: Departamento da Saúde Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
8. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB). Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
9. Simões CC. Estimativas da mortalidade infantil por Microrregião e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas da Saúde; 1999.
10. Szwarcwald CL, Andrade CLT, Souza Junior PRB. Estimativa da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 1725-36.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Integração de informações do SIAB, SIM e SINASC nos sistemas locais de saúde. *Inf Atenção Básica* 2004; (20).
12. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. *In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997. p. 29-48.
13. Façanha MC, Pinheiro AC, Fauth S, Lima AWDBC, Silva VLP, Justino MWS, Costa EM. Busca ativa de óbitos em cemitérios da região metropolitana de Fortaleza, 1999 a 2000. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12: 131-6.
14. Penteado SMP. Subnotificação de óbitos infantis no sistema de informação sobre mortalidade (SIM): uma análise comparativa com o registro dos agentes de saúde [dissertação mestrado]. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará; 2003.
15. Lessa FJD. Avaliação do sistema de informações hospitalares na notificação do óbito, Recife: 1997 [dissertação mestrado]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
16. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. *Inf Epidemiol SUS* 2000; 10: 7-18.
17. FIAM (Fundação do Desenvolvimento Municipal do Interior de Pernambuco). Perfil municipal: 1996. Recife; 1996.
18. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). População residente [on line] 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgi/ibge/popmap.htm> [2000 out 28].
19. IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas), Fundação João Pinheiro. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Brasília (DF); 1996.
20. Contrandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
21. Champagne F, Denis JL. Análise da implantação. *In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997. p. 49-88.
22. Yin RK. Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Eval Pract* 1994; 15: 283-90.
23. Barreto ICHC, Pontes LK. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde, avaliação da autópsia verbal e das informações dos ACS. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7: 303-12.
24. Aquino R, Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP, Albuquerque PC. Informação para gestão de sistemas locais de saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1997; 5: 45-56.

25. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Importância dos sistemas de informações sobre mortalidade e nascidos vivos para os profissionais do programa saúde da família. Brasília (DF); 2001.
26. Leal MC, Frias PG, Cardoso MC, Rodrigues CP. Implantação de um sistema de monitoramento da mortalidade infantil no estado de Pernambuco e sua utilização na predição de óbitos: relatório apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 1997.
27. Frias PG, Leal MC, Rodrigues CP, Cardoso MC, Barreto FMP. Investigação de óbitos de menores de um ano em município de médio porte: um indicador da qualidade da assistência. *In*: Resumos do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1998 1-5 agosto; Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. p. 328.
28. Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 (Supl. 2): 21-32.

Recebido em 14 de agosto de 2005
Versão final apresentada em 12 de novembro de 2005
Aprovado em 14 de dezembro de 2005