

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem

FERNANDA ARAUJO RODRIGUES

Incompletitude dos Registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade: um  
problema para o planejamento de ações em saúde pública?

Porto Alegre  
2011

FERNANDA ARAUJO RODRIGUES

Incompletude dos Registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade: um problema para o planejamento de ações em saúde pública?

Pesquisa apresentada à atividade de Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para aprovação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2011

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradeço a Deus, pela força concedida e por ter colocado as pessoas certas no meu caminho.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando na concretização dos meus sonhos e por serem a razão das minhas escolhas.

A Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt, minha orientadora, que em todos os momentos me fez ir em busca do aprimoramento e por ter dividido comigo suas experiências.

Ao Bruno, meu namorado, que, mesmo à distância, me incentivou nos momentos mais difíceis, agradeço pelo carinho e pela confiança.

Aos demais familiares e amigos, que fizeram muito mais do que torcer para tudo dar certo, agradeço pela colaboração e compreensão nos momentos de ausência.

Aos servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre Olemach, Luciana e Patrícia, pela acolhida e por terem cedido espaço e conhecimento para a realização deste trabalho.

O momento em que a tarefa se torna mais difícil,  
e a tentação de desanimar se torna mais forte,  
é ali que o ponto em que o sucesso está mais próximo.

Alf Lohne

## RESUMO

Buscou-se através deste estudo, analisar a qualidade de alguns registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2009, identificando as principais variáveis não preenchidas da forma preconizada. Foram investigados, através de uma pesquisa quantitativa, os óbitos dos residentes em Porto Alegre. A análise dos dados foi realizada a partir da incompletude dos campos e com o auxílio do *software* estatístico SPSS 10.0. O SIM registrou, no período, 11.142 óbitos, dos quais foram excluídos 18, referentes a desconhecidos *post mortem*. Verificou-se elevada proporção de variáveis com nível de preenchimento excelente, enquanto alguns campos foram classificados como ruim e muito ruim. Observaram-se alterações na definição da causa básica do óbito, após resgate de informações pela própria equipe do SIM. Constatou-se que, apesar de algumas falhas foi possível construir o perfil epidemiológico de Porto Alegre para o ano em estudo, e identificar demandas em saúde, permitindo então adequações de planejamento. Ressalta-se a necessidade de novos trabalhos sobre o tema a fim de identificar limitações e qualificar progressivamente os registros do SIM.

**Descritores:** Sistemas de Informação, Registros de Mortalidade, Avaliação em Saúde.

## LISTA DE ABREVIações

Essa lista inclui as abreviações utilizadas ao longo deste trabalho.

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CBCD	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
DML	Departamento Médico Legal
DO	Declaração de Óbito
EEnf	Escola de Enfermagem
FM	Feto Morto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SCB	Seletor de Causa Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISVAN	Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviços de Verificação de Óbitos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
3.1 HISTÓRICO DO SIM.....	12
3.2 DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	13
3.3 FLUXOGRAMA DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	14
3.4 RELEVÂNCIA DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO .....	16
3.5 ÍNDICES E TAXAS DE MORTALIDADE.....	17
3.6 O SIM E O PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	18
3.7 QUALIDADE DOS REGISTROS EM SAÚDE.....	19
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 CAMPO E CONTEXTO.....	22
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	22
4.4 COLETA DE DADOS.....	23
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO A - MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....</b>	<b>41</b>

<b>ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO.....</b>	<b>45</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As ações de enfermagem desempenham importante papel na promoção e prevenção em saúde, especialmente quando embasadas nas necessidades advindas da população. Uma das possibilidades de identificação dessas demandas está baseada nos registros disponibilizados pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como por exemplo, o Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Em relação a este último sistema, tem-se como fonte de informação a Declaração de Óbito (DO). O SIM baseia-se em variáveis, como sexo, idade, raça, grau de instrução, local de ocorrência, assistência médica e a doença ou lesão que disparou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, a qual é denominada como causa básica da morte (BRASIL, 2007). A partir desses dados, surgem os índices de mortalidade proporcional por faixa etária ou por grupo de causas, por exemplo. Erros nos registros configuram-se como um problema na medida em que podem distorcer os resultados encontrados.

Os registros que caracterizam a incidência dos óbitos em determinado local permitem detectar os grupos de risco e possibilitam a implantação de novos programas de saúde, nos variados níveis de gerenciamento (HARAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005). Além disso, a coleta padronizada desses dados possibilita a análise comparativa do perfil epidemiológico da mortalidade entre diversos municípios e estados ao longo do tempo (FAJARDO; AERTS; BASSANESI, 2009).

Ao longo de toda trajetória acadêmica, há a oportunidade de estudar a epidemiologia em algumas disciplinas, mas só na prática é possível perceber o quão complexa ela é. Em estágio extracurricular, realizado no Setor de Eventos Vitais, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), a autora deste trabalho entrou em contato com o SIM, o que possibilitou o conhecimento do fluxo da DO e, conseqüentemente, a identificação do mau preenchimento de algumas variáveis deste instrumento de coleta, o que compromete a qualidade do banco de dados.

Além da codificação e seleção da causa básica do óbito, entre as atividades realizadas pela equipe do SIM, do município de Porto Alegre, encontra-se a

investigação de dados complementares, que possibilita o esclarecimento de campos não preenchidos ou mal preenchidos da DO. Para tanto, utiliza-se, colaborativamente, outros Sistemas de Informação, como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, busca em prontuários hospitalares ou laudos do Departamento Médico Legal (DML), quando é o caso (FAJARDO; AERTS; BASSANESI, 2009).

Essa incansável busca por informações fidedignas referentes aos óbitos ocorridos no município aborda a relevante questão da necessidade da informação como redutora de incertezas, levando a uma organização responsável e a execução de ações que submetam a realidade às transformações necessárias (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

A despeito destas ações rotineiras, faz-se necessário que, com periodicidade, se estime a ocorrência de erros nesses registros e se avalie o possível impacto dessas falhas sobre as taxas e os índices que subsidiam o planejamento de estratégias públicas de saúde, e, conseqüentemente, sobre o processo de tomada de decisão.

Esses argumentos justificam a realização de estudos como este, considerando o constante aperfeiçoamento do conhecimento na busca da qualificação da informação em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

Os objetivos do estudo encontram-se subdivididos em geral e específicos, os quais são apresentados a seguir.

### **2.1 Objetivo geral**

O objetivo geral é analisar a completitude dos registros do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, no município de Porto Alegre, no ano de 2009.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar e quantificar os principais campos das declarações de óbito não preenchidos na forma preconizada;
- Discutir as repercussões das limitações dessas informações no Sistema de Informação sobre Mortalidade.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

A fim de fundamentar teoricamente o tema aqui tratado, identificou-se a necessidade de uma breve explanação acerca de alguns conceitos que deram sustentação ao desenvolvimento deste trabalho. Para isso, foram abordados os seguintes assuntos: a história do Sistema de Informação sobre Mortalidade, a implementação da declaração de óbito como instrumento-padrão de coleta, o fluxo e a importância deste documento, os índices e as taxas de mortalidade, a relação dessas informações com o planejamento, e, conseqüentemente, a importância da qualidade desses registros em saúde.

#### **3.1 Histórico do SIM**

No Brasil, os primeiros registros de óbito por causa foram publicados em 1944 e se referiam apenas aos óbitos ocorridos nas capitais dos estados. Como essas informações vinham de iniciativas dos próprios municípios, havia mais de quarenta tipos de formulários de declarações de óbito, até o início da década de 1970 (BRASIL, 2001). Nessa época, toda a informação referente aos óbitos era de responsabilidade exclusiva do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997).

Com o objetivo de aumentar a confiabilidade dos dados e permitir a comparação e a análise entre as informações obtidas em distintas localidades, o Ministério da Saúde (MS) implementou, em 1975, o Sistema de Informação sobre Mortalidade, que teve como sua primeira tarefa avaliar a situação dos atestados de óbito no país e seus variados fluxos (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2006).

Em 1976, através de um convênio entre MS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), e Universidade de São Paulo (USP), foi criado o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), que contribuiu na formação dos profissionais para a codificação de causa de morte, dando a devida importância ao correto preenchimento dos atestados, corroborando com o proposto pelo manual sobre estatísticas vitais (NACIONES UNIDAS, 1955).

Os dados tornaram-se realmente padronizados apenas a partir de 1979, com a estipulação, pelo MS, de um documento-base, de uso obrigatório, como instrumento de coleta para todas as unidades geográficas do Brasil (PAES, 2007). Esse formulário, ou os novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, é considerado como documento hábil para a lavratura da certidão de óbito pelos cartórios do registro civil (BRASIL, 2009).

No ano de 1992, técnicos da Fundação Nacional de Saúde desenvolveram e implantaram nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) um software que tornava ultrapassadas as Planilhas para Codificação da Declaração de Óbito. Em busca de maior agilidade para o sistema, a partir de 1994, iniciou-se o desenvolvimento de um novo módulo para o referido aplicativo, chamado Seletor de Causa Básica (SCB), com o qual fosse possível a automatização da codificação a partir dos diagnósticos atestados pelo médico. Esse módulo encontra-se testado e funcionando (BRASIL, 2001).

### **3.2 Declaração de Óbito**

O primeiro modelo de declaração de óbito foi criado em duas vias. A fim de obter dados mais precisos, algumas variáveis passaram por modificações em sua formulação, enquanto outras, que se tornaram necessárias, foram introduzidas (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Conforme está descrito pelo Ministério da Saúde (2001), atualmente, cada declaração de óbito (Anexo A) é composta de três vias pré-numeradas sequencialmente e de cores diferentes (branca, rosa e amarela), por nove blocos, totalizando sessenta e duas variáveis, sendo assim distribuídas:

Bloco I - Cartório: seis variáveis que se referem à identificação do local de registro e de sepultamento;

Bloco II - Identificação: quatorze variáveis referentes ao falecido, como número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), naturalidade, nome, filiação, idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade e ocupação;

Bloco III - Residência: cinco variáveis sobre o local de moradia, como logradouro, CEP, bairro/distrito, município e estado;

Bloco IV – Ocorrência: sete variáveis referentes ao óbito, como por exemplo, tipo de estabelecimento, endereço, CEP, bairro/distrito, município e estado;

Bloco V - Óbito Fetal ou menor de um ano: dez variáveis de preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de um ano;

Bloco VI - Condições e Causas do óbito: sete variáveis que se referem à assistência médica e as causas da morte;

Bloco VII - Médico: seis variáveis referentes à identificação do médico. É obrigatório o preenchimento da data do atestado e assinatura do profissional atestante do óbito;

Bloco VIII - Causas Externas: cinco variáveis para identificar prováveis circunstâncias de morte não natural;

Bloco IX - Localidade sem Médico: duas variáveis para identificação do declarante e das testemunhas.

A emissão da declaração de óbito é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou seu substituto, excetuando-se os casos em que há suspeita ou confirmação de morte por causas externas, quando a responsabilidade passa a ser atribuída ao médico do Departamento Médico Legal (DML) ou órgão equivalente. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade exclusiva do médico que atestou a morte, cabendo a este mesmo profissional preencher e revisar pessoalmente o documento antes de assiná-lo (BRASIL, 2009).

A partir da criação desse modelo único de declaração de óbito surgiu a necessidade de que as faculdades de medicina capacitassem os futuros médicos para o adequado preenchimento da DO e para que entendessem a importância epidemiológica do adequado preenchimento deste documento (FAJARDO; AERTS; BASSANESI, 2009). Com a intenção de minimizar essa situação, o Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS) elabora e divulga regularmente as rotinas e procedimentos necessários para o preenchimento da DO, bem como os conceitos, critérios e definições de cada campo das declarações (BRASIL, 2009).

### **3.3 Fluxograma da declaração de óbito**

O documento de declaração de óbito é impresso pelo Ministério da Saúde, que o distribui para as Secretarias Estaduais de Saúde, que, por sua vez, fornecem às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as quais repassam às Unidades Notificadoras, tais como estabelecimentos de saúde, DML, cartórios de registro civil, médicos e Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) (BRASIL, 2001).

O controle dessa distribuição é de responsabilidade das SMS, evitando que agências funerárias obtenham acesso às declarações de óbitos, o que é de extrema importância, visto que, no passado, muitas delas ofereciam às famílias, DO preenchidas ou apenas assinadas por médicos que não haviam tratado do falecido e, nem mesmo, examinado o cadáver (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

A informação presente na declaração de óbito tem seu fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém, este pode ser flexibilizado por cada unidade, de maneira a suprir suas características operacionais, desde que o envio das informações para os níveis estadual e federal não seja comprometido. De acordo com a Portaria 1.882/GM de 1997, a falta de atualização de informações ao banco de dados nacional, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, por dois meses consecutivos, acarreta a suspensão da transferência de recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1997).

O fluxograma pode ser alterado de acordo com a localidade em que o processo ocorre e o tipo de óbito. O fluxo da declaração de óbito por causa acidental ou violenta é semelhante ao das mortes ocorridas em estabelecimentos de saúde, porém o atestante será o médico legista do DML.

Em casos de óbitos naturais ocorridos fora de estabelecimentos de saúde, porém com assistência médica, após o preenchimento da DO, o médico atestante deve encaminhar a primeira e a terceira vias para a Secretaria Municipal de Saúde e entregar a segunda à família, que utilizará a mesma para obtenção da certidão de óbito. Já em casos em que não houve assistência médica, apesar da existência deste profissional na localidade, a responsabilidade passa a ser do Serviço de Verificação de Óbitos ou, na falta deste, de qualquer médico disponível, seguindo o mesmo fluxo que na situação anterior (BRASIL, 2001).

Quando o óbito ocorre por causas naturais em uma região onde não haja médico, o familiar responsável pelo falecido deve comparecer ao cartório de registro

civil acompanhado por duas testemunhas. O próprio cartório preencherá as três vias, sendo a primeira e a terceira encaminhada à Secretaria municipal de saúde, e a terceira permanecerá retida para procedimentos legais (BRASIL, 2001).

Na situação de Porto Alegre, o retorno da declaração de óbito à Secretaria Municipal de Saúde, já com as informações, ocorre da seguinte maneira: em todo primeiro dia útil da semana, é realizada, pela equipe do SIM, uma busca ativa de DOs nos cartórios da cidade. Nesse mesmo dia, é anexado um formulário e elas, visto que o documento original não pode ser rasurado. Nesse formulário são anotadas informações referentes a hospitalizações anteriores, baseadas nos registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Em alguns casos, não é possível codificar a causa básica da morte somente com esses dados e, com o objetivo de maximizar o conhecimento sobre esses casos, há o encaminhamento para pesquisa em prontuário nos hospitais ou em laudos do DML. Após a pesquisa é feita a codificação, para, só então, as informações serem repassadas ao sistema.

De acordo com o funcionamento do SIM de Porto Alegre, as DOs que retornam dos cartórios são separadas de acordo com o município de residência do falecido. As pessoas que residiam fora da capital têm suas DOs encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde, permanecendo no sistema apenas os registros de óbitos dos residentes em Porto Alegre.

O banco de dados de Porto Alegre é exportado para o sistema estadual, o qual reúne as informações da capital às de outros municípios e encaminha para o âmbito nacional.

### **3.4 Relevância da Declaração de Óbito**

Além dos aspectos legais, os dados provenientes das declarações de óbitos são imprescindíveis para conhecer a situação de doença da população e construir qualquer tipo de planejamento visando a melhoria da saúde. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade, visto que uma adequada política de saúde pode significar a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas (BRASIL, 2007).



As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico, por isso seu correto preenchimento por esses profissionais é considerado um imperativo ético (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a qualidade, a consistência e a integridade dos dados são de responsabilidade do nível de gestão do sistema que o gerou, devendo ser revisado, atualizado e retransmitido por este, sempre que percebida a necessidade ou demandado pelos demais níveis de gestão do sistema, nos prazos definidos pelos gestores nacional e estadual.

Com base no suposto descaso no preenchimento, cria-se uma ideia de não fidedignidade dos dados. Sob a premissa dessa falta de confiabilidade, surge um mecanismo de retroalimentação negativa, onde os dados limitados impossibilitam o avanço dos sistemas, fortalecendo assim a “cultura do não registro” (PAES, 2007).

Passados alguns anos desde sua implementação no país, o Sistema de Informação sobre Mortalidade ainda não obteve o sucesso esperado em todo o território nacional. No entanto, em determinados municípios, há registros de experiências que conseguiram avançar no âmbito de gestão e de planejamento, monitorando e avaliando informações a partir desses sistemas (PINTO, 2006).

O manejo dos dados e a busca pela qualificação epidemiológica serão os objetos de estudo desta pesquisa. Pretende-se, ainda, integrar as informações coletadas pelo SIM à avaliação em saúde e ao estabelecimento de subsídios no planejamento e implementação de políticas e programas em saúde.

### **3.5 Índices e Taxas de Mortalidade**

Após observar os cuidados referentes a qualidade dos dados em saúde, é necessário transformá-los em indicadores que permitam comparação entre variados locais e em diferentes períodos de tempo. Geralmente, o número absoluto de mortes não é utilizado para estimar o nível de saúde, pois não considera o tamanho da população. Dessa forma, os indicadores são construídos por meio de razões, em forma de proporções ou coeficientes (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Os coeficientes, também denominados de taxas, apresentam o risco de determinado evento ocorrer na população. É preciso ressaltar a diferença entre

coeficientes e índices. Este último não representa uma probabilidade, pois o denominador não está submetido ao risco do desfecho descrito no numerador (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

O coeficiente geral de mortalidade representa o risco de óbito. Porém não costuma ser muito utilizado para comparar o nível de saúde entre populações, pois não leva em consideração se esta é formada predominantemente por jovens ou idosos (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Como referido anteriormente, as proporções em saúde não estimam o risco de determinado desfecho. No entanto, são mais fáceis de serem calculadas, pois não necessitam do número de habitantes para a realização do cálculo. Além de serem mais fáceis de se interpretar, visto que seus resultados são percentuais (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

É importante destacar que os indicadores de saúde refletem “médias” do que está ocorrendo em determinada população. Dessa maneira, é indispensável considerar que um indicador pode disfarçar importantes disparidades dessa população. Por isso, outras formas de avaliação em saúde devem ser obtidas, simultaneamente à análise dos indicadores (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

### **3.6 O SIM e o planejamento em saúde**

O banco de dados do SIM é visto pelos gestores em saúde como um valioso recurso, o que corrobora estudos que estabelecem relação entre as informações obtidas e os processos de tomada de decisão em saúde (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Apesar dessas observações,

[...] a apropriação dessas informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades deve considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados. A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações [...] (LIMA et al., 2009, p. 2095)

O planejamento em saúde é simultaneamente considerado como ferramenta de intervenção social e como técnica de racionalização para o uso de recursos

escassos. Daí, a necessidade do estabelecimento de prioridades, baseadas nas taxas fornecidas pelos sistemas de informação, as quais permitem focalizar ações específicas para os grupos de risco (CASTIEL; RIVERA, 1985).

Segundo Castiel e Rivera (1985), há dois métodos de planejamento em saúde. O primeiro baseado na população, ou seja, nas demandas de saúde, e o segundo, baseado na oferta dos serviços. Ambos os modelos baseiam-se na utilização dos dados epidemiológicos e de normas de eficiência, eficácia e efetividade dos serviços.

A metodologia de planejamento a partir da população refere-se a necessidades específicas, baseadas em critérios demográficos e de morbimortalidade. Por outro lado, surge a possibilidade de se trabalhar com variáveis de caráter social, como raça/cor e escolaridade, o que possibilita um enfoque mais estratégico, a qual refere-se a uma concepção mais ampla, que constitui uma intervenção intra e extra-setorial (CASTIEL; RIVERA, 1985)

Por isso, a informação exerce um efeito impactante sob as autoridades responsáveis pelo processo de tomada de decisão, destacando os novos problemas e oportunizando possíveis alternativas para amenização e/ou resolução destes, com o objetivo de atender as demandas de maneira a encontrar a raiz de seus problemas (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

### **3.7 Qualidade dos registros em saúde**

Avaliar a qualidade em programas e serviços de saúde é fundamental para o planejamento, organização, coordenação/direção e controle das atividades desenvolvidas (BITTAR, 2001). Mas para isso, o primeiro obstáculo que surge é a sua própria definição conceitual.

Segundo Gomes (2004), entende-se universalmente como qualidade algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma positiva. Portanto, essa avaliação é considerada um processo complexo, que demanda conhecimentos, em alguns casos, ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos (RATTNER, 1996).

A possível utilização dos sistemas de informação em saúde para o acompanhamento e estudos epidemiológicos depende, em grande parte, do nível de cobertura dos eventos, das variáveis registradas nos sistemas e da qualidade dos dados (ALMEIDA *et al.*, 2006).

A fim de medir o grau de fidedignidade e limitações das informações, vêm sendo realizadas, pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias responsáveis e, até mesmo, no meio acadêmico, avaliações sucessivas do SIM, dos pontos de vista quantitativo e qualitativo (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Entre os diversos estudos realizados sobre a temática, tem-se como principal objetivo analisar e avaliar a qualidade das variáveis contidas nos registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. A maior parte dessas pesquisas baseia-se em cinco indicadores para a realização dessa avaliação (ROMERO; CUNHA, 2006).

O primeiro critério refere-se ao nível de *acessibilidade*, o qual avalia a disponibilidade dos dados, o tipo de informação disponível, o processo necessário para o pedido dos dados, o tempo de entrega dos mesmos ao solicitante e os formatos dos arquivos. O segundo, a *oportunidade*, contempla a questão do período entre a entrega dos resultados e o tempo de referência para a disponibilidade dos dados ao usuário. O terceiro indicador, denominado *clareza metodológica*, responde a orientações de coleta, normas de preenchimento e documentação da base de dados. Considera-se como uma clareza metodológica adequada, a determinação dos conceitos. O quarto, a *incompletude*, é definido pela proporção de informações desconhecidas, ou seja, os campos não preenchidos ou os códigos atribuídos à informação ignorada especificada no manual de preenchimento da DO. E o último critério para avaliação da qualidade das variáveis é a *consistência*, resultante da análise da plausibilidade dos resultados (ROMERO; CUNHA, 2006).

De acordo com Romero e Cunha (2006), foi criado um escore a partir da incompletude com os seguintes graus de avaliação: excelente (menor de 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais). Somam-se à problemática da incompletude dos dados, os possíveis óbitos que não foram registrados, denominados de sub-registros (PAES, 2007).

Em pesquisa anteriormente realizada por Romero e Cunha (2006) sobre os registros de menores de um ano no Sistema de Informação sobre Mortalidade, foi utilizado um programa estatístico para o processamento das bases de dados e

análise estatística. Com base nos resultados encontrados, constatou-se que são tão elevados os níveis de omissão da informação, que não é possível o uso da maioria das variáveis, principalmente, as sócio-econômicas, as variáveis de riscos reprodutivos, de resultados da gestação e de assistência médica. Apesar disso, deve-se ressaltar a maior completitude das variáveis sócio-econômicas nos municípios que não são capitais (ROMERO; CUNHA, 2006).

Diante dos resultados obtidos, Romero e Cunha (2006) consideram que a análise realizada não contribui apenas para a discussão sobre a importância das estatísticas vitais e para o monitoramento das desigualdades em saúde, mas também para demonstrar a urgência de medidas para a melhoria da qualidade das informações contidas nas declarações de óbito.

## **4 METODOLOGIA**

A seguir estão descritos os métodos utilizados na realização deste trabalho.

### **4.1 Tipo de estudo**

O estudo ocorreu através de uma pesquisa quantitativa, avaliativa e descritiva, de série temporal.

### **4.2 Campo e contexto**

O banco de dados, com as informações referentes a todas as declarações de óbito, foi fornecido pela coordenação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, no setor de Eventos Vitais, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

### **4.3 População de estudo**

Foram identificados 11.142 óbitos de residentes em Porto Alegre, entre o período de primeiro de janeiro de 2009 até 31 de dezembro de 2009, independente da causa básica da morte. Ressalta-se a possibilidade de alguns casos de sub-registro, os quais não são possíveis mensurar e, portanto, foram desconsiderados.

Do número total, foram excluídos 18 registros relativos aos óbitos de desconhecidos *post mortem*, pois se estima que a maioria das variáveis que apresentam incompletitude é decorrente da escassez de informação, e não da falta de qualidade no preenchimento por parte do profissional médico.

#### **4.4 Coleta de dados**

O banco de dados que foi utilizado para a realização deste estudo coletou informações ao longo do ano de 2009, de acordo com o seguinte processo: as informações presentes nas declarações de óbito foram interpretadas, levando em consideração os possíveis erros de interpretação, escrita e/ou letras ilegíveis e digitadas pela equipe do SIM, a qual é composta por enfermeiras, médicos, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e estagiários de ensino médio e ensino superior, preferencialmente, do curso de Enfermagem.

#### **4.5 Análise de dados**

Com base no acesso aos registros das declarações de óbito dos residentes em Porto Alegre, no ano de 2009, foram construídas duas tabelas no software Excel, uma referente aos óbitos fetais e outra para os demais óbitos. Estas foram importadas para o software estatístico SPSS 10.0, onde foram identificadas e quantificadas todas as variáveis preenchidas com os códigos atribuídos à informação ignorada ou não preenchida, e, de acordo com as incompletitudes encontradas, foram apontados os campos com maior frequência de falhas no preenchimento.

Estas variáveis foram classificadas de acordo com o parâmetro de Romero e Cunha (2006), já citado anteriormente, e, a partir desses dados, foram estimados os possíveis efeitos na geração de informações. Nos casos de identificação desse impacto, ainda foi analisado o quanto isso alteraria o planejamento de ações públicas em saúde.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Todos os princípios éticos foram respeitados na medida em que os autores dos estudos utilizados para o embasamento teórico foram devidamente referenciados. Em relação ao acesso e a análise dos dados, foram obedecidas as normas de pesquisa em saúde referidas pela resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto elaborado para a realização deste estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEenf/UFRGS) (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (Anexo C). O banco de dados das DOs foi analisado pelas autoras do projeto, que se comprometeram em manter anonimato sobre a identificação dos falecidos e médicos citados nas declarações de óbito, por meio de declaração formal (Apêndice A).



## 5 RESULTADOS

No período de estudo foram registrados 11.124 óbitos em Porto Alegre, já excluídos os 18 óbitos classificados como desconhecidos *post mortem*, todos com a variável *tipo de óbito* preenchida.

Em relação às declarações de óbito referentes aos fetos mortos, foram identificados 167 casos. Deste total de registros, segundo a classificação de Romero e Cunha (2006), observaram-se variáveis com escore a partir da incompletude com graus de avaliação excelente, bom, regular, ruim ou muito ruim (Tabela 1).

**Tabela 1: Classificação das variáveis das declarações de óbitos de fetos mortos de acordo com a incompletude. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2009.**

	Frequência	Percentual	Classificação
<b>Sexo</b>	1	0,6	Excelente
<b>Raça/Cor</b>	83	49,7	Ruim
<b>Local de ocorrência</b>	1	0,6	Excelente
<b>Idade da mãe</b>	4	2,4	Excelente
<b>Escolaridade da mãe</b>	71	42,5	Ruim
<b>Quantidade de filhos vivos</b>	41	24,6	Ruim
<b>Quantidade de filhos mortos</b>	10	6	Bom
<b>Tipo de gravidez</b>	2	1,2	Excelente
<b>Duração da gestação</b>	2	1,2	Excelente
<b>Tipo de parto</b>	3	1,8	Excelente
<b>Óbito em relação ao parto</b>	3	1,8	Excelente
<b>Assistência médica</b>	6	3,6	Excelente
<b>Exame complementar</b>	84	50,3	Muito ruim
<b>Cirurgia</b>	32	19,2	Regular
<b>Necrópsia</b>	65	38,9	Ruim

**Fonte:** Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Eventos Vitais, Sistema de Informação sobre Mortalidade. Porto Alegre, 2009.

As declarações de óbitos designadas como não fetais (10.957 casos) foram analisadas da mesma forma que as anteriores, e as variáveis foram igualmente classificadas de acordo com o parâmetro estabelecido por Romero e Cunha (2006) (Tabela 2).

**Tabela 2: Classificação das variáveis das declarações de óbitos não fetais de acordo com a incompletitude. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2009.**

	Frequência	Percentual	Classificação
<b>Idade</b>	1	0	Excelente
<b>Sexo</b>	0	0	Excelente
<b>Raça/Cor</b>	378	3,4	Excelente
<b>Estado civil</b>	620	5,7	Bom
<b>Escolaridade</b>	5782	52,8	Muito ruim
<b>Ocupação</b>	911	8,3	Bom
<b>Local de ocorrência</b>	7	0,1	Excelente
<b>Assistência médica</b>	1283	11,7	Regular
<b>Exame complementar</b>	2050	18,7	Regular
<b>Cirurgia</b>	1877	17,1	Regular
<b>Necrópsia</b>	699	6,4	Bom

**Fonte:** Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Eventos Vitais, Sistema de Informação sobre Mortalidade. Porto Alegre, 2009.

Ainda em relação às declarações de óbitos classificadas como não fetais, algumas variáveis sobre gestação e informações sobre a mãe foram preenchidas nos casos referentes à morte de crianças menores de um ano. Entre elas encontram-se a *idade e escolaridade da mãe, número de filhos tidos (vivos e mortos), tipo de gravidez, duração da gestação e óbito em relação ao parto*, sendo todas elas classificadas com grau de avaliação excelente (menor de 5%), o qual pode ser atribuído ao fato que os menores de um ano constituem apenas uma pequena parcela do total de óbitos considerados não fetais.

Em ambos os grupos (fetais e não fetais) constatou-se a alteração da causa básica da morte após a pesquisa de prontuário hospitalar e/ou laudo do DML, além da realização de visitas domiciliares, em alguns casos de óbitos em menores de 15 anos, conforme rotina de trabalho do SIM do município de Porto Alegre durante o ano de 2009 (Tabela 3).

**Tabela 3: Alteração da Causa Básica da morte nos registros do Sistema de Informação. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2009**

	Frequência	Percentual
<b>Óbitos fetais</b>	53	31,7
<b>Óbitos não fetais</b>	1146	10,5

**Fonte:** Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Eventos Vitais, Sistema de Informação sobre Mortalidade. Porto Alegre, 2009.

Essas alterações não foram classificadas pelo escore a partir da incompletitude, visto que estes óbitos foram primariamente preenchidos pelos respectivos médicos atestantes.

## 6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa detectou que em relação ao preenchimento, há variáveis classificadas com níveis excelente, bom, regular, ruim ou muito ruim. Porém, percebe-se que os campos referentes a informações coletivas, os quais aperfeiçoariam o perfil epidemiológico, apresentaram os piores escores, enquanto as variáveis individuais foram melhor classificadas.

Em relação à denominação do *tipo de óbito* (fetal ou não fetal), é difícil afirmar se o preenchimento deste campo em 100% dos registros é decorrente da adequada atenção dispensada pelos médicos atestantes ou aos profissionais do SIM, que baseados nas datas de nascimento e óbito completaram estas informações no momento da digitação. Porém, em estudo anteriormente realizado com base nos registros de óbitos fetais, encontraram-se erros de classificação, possivelmente pela falta de conhecimento das definições de nascido vivo e feto morto (PEDROSA *et al.*, 2007).

Aprofundando a discussão em relação aos óbitos fetais, a variável *sexo* foi classificada com preenchimento excelente, corroborando os achados de pesquisa já apresentada, na qual constatou-se que a informação ignorada dessa variável, em óbitos fetais, caiu de 10%, em 1990, para 3,6% em 2003 (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Em relação as variáveis de FMs, Costa e Frias (2011) encontraram um incremento na variável *local de ocorrência*, chegando ao ano de 2005 com preenchimento excelente em 100% dos municípios de Pernambuco. O resultado obtido na atual pesquisa foi igualmente classificado, apesar da existência de dois códigos para informação ignorada, conforme relatado por Romero e Cunha (2006), em trabalho sobre a avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas.

Sobre a variável *idade materna*, destaca-se a discrepância do resultado obtido neste estudo com o encontrado por Soares, Horta e Caldeira, em Minas Gerais (2007), que observaram uma significativa melhora em seu registro, esta variável ainda era considerada como de nível ruim, com 31,3% de omissão no ano de 2005. Já neste estudo, o campo foi classificado com preenchimento excelente, apresentando apenas 2,4% de informações ausentes. Em pesquisa comparativa

entre os dados recolhidos pela declaração de óbito e os registros em prontuário médico, constatou-se a variável idade materna como a menos preenchida pelos médicos, chegando a 44,2% de incompletitude, sendo que em apenas um caso essa informação não estava disponível no prontuário (PEDROSA *et al.*, 2007).

Na avaliação do *tipo de gravidez*, novamente o resultado obtido foi mais satisfatório do que quando comparado a outros já conhecidos. Na atual pesquisa, a completitude foi dada como excelente, enquanto no trabalho de Almeida *et al.* (2006), essa variável apresentou 13,8% e 19,1% de ausência de informações referentes, respectivamente, a óbitos fetais e neonatais. Em outra análise da qualidade dos registros de óbitos, em Montes Claros, encontrou-se 21,7% de incompletitude deste campo, no ano de 2005 (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007).

Ainda em relação aos óbitos fetais, a variável *duração da gestação* foi considerada nesta pesquisa com excelente completitude, apresentando apenas 1,2% de omissão. Em trabalho já publicado, afirma-se que esse adequado preenchimento possibilita a obtenção de taxas de mortalidade específicas por categorias de idade gestacional, sem estar sujeito a grandes erros (ALMEIDA *et al.*, 2006). Porém, Mello Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007) encontraram 15% das DOs fetais com essa informação ignorada, em estudo nacional sobre a avaliação do SIM.

Neste trabalho, a variável da declaração de óbito correspondente ao *tipo de parto* foi qualificada como excelente, em oposição a outros estudos divulgados. De acordo com Pedrosa *et al.* (2007), este campo apresentou 14,9% de incompletitude entre os óbitos fetais, obtendo o escore como regular. Já em pesquisa mais recente, constatou-se que houve um incremento no número de municípios com preenchimento excelente para essa variável, de 7,3%, em 1997, para 23,1%, em 2005 (COSTA; FRIAS, 2011).

O campo referente ao momento do *óbito em relação ao parto* também foi classificado como excelente, contemplando o achado de Almeida *et al.* (2006), o qual ressalta a importância dessa informação para delinear o perfil de mortalidade perinatal, estabelecendo se o óbito ocorreu intra-parto ou ante-parto.

Para a variável *número de filhos tidos (nascidos mortos e nascidos vivos)*, os escores encontrados foram respectivamente, bom e ruim. Contrariamente, em estudo realizado no Estado de Pernambuco, apresentou os mais baixos percentuais de municípios com grau de preenchimento excelente entre todas as variáveis estudadas (COSTA; FRIAS, 2011).

Em referência a esta última variável analisada (*número de filhos tidos*), em ambos os subcomponentes, destaca-se que, apesar de serem tecnicamente de fácil obtenção, devido a proximidade do óbito em relação ao parto, ainda é considerável o percentual de não preenchimento ou a utilização dos códigos atribuídos à informação ignorada nas DOs fetais (COSTA; FRIAS, 2011).

A variável *raça/cor*, em registros de fetos mortos, apesar da classificação como ruim no presente estudo, ainda assim obteve melhor escore do que os apontados em outros trabalhos. Segundo Costa e Frias (2011), o nível de excelência desta variável foi encontrado em apenas 33,6% dos municípios de Pernambuco, no ano de 2005. Em Montes Claros, no estado de Minas Gerais, o percentual de campos não preenchidos chegou a 79,5% no ano de 2005 (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007).

Encerrando a análise dos registros de fetos mortos, o nível de preenchimento da variável *escolaridade da mãe*, em DOs fetais, foi atribuído como ruim, o que prejudica a identificação dos possíveis grupos de risco, visto que estudos comprovam que o tempo de estudo e a cultura têm impacto decisivo na saúde (GIRALDES, 2001).

Retomando a discussão sobre os óbitos não fetais, as variáveis *idade do falecido* e *sexo* foram classificadas com excelente preenchimento. Estes resultados corroboram os achados por Mello Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007), onde o nível de informações ignoradas manteve-se abaixo de 1% para estes campos.

Ainda em relação as DOs não fetais, a variável *local de ocorrência* do óbito foi igualmente classificada como excelente em relação ao preenchimento. Este campo encontra-se entre os que apresentaram as menores frequências de informações ignoradas ou não preenchidas.

A variável *raça/cor* para os óbitos não fetais foi classificada como excelente entre os graus de avaliação. Este fato possibilita a investigação dos diferentes riscos de morte entre brancos, negros e pardos (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Já as variáveis *estado civil* e *ocupação* em óbitos não fetais, foram classificadas com bom preenchimento. Estas informações são consideradas de extrema importância, como outras características sociodemográfica, pois auxiliam na redução das desigualdades em saúde e, conseqüentemente, na ampliação do acesso a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados (BRASIL, 2004).

Para encerrar a discussão dos óbitos não fetais, a *escolaridade* foi classificada como muito ruim. Sabe-se que há uma associação entre esta variável e problemas de saúde. Para autores como Giraldes (2001), as alterações nas condições de saúde são inversamente proporcionais ao tempo de estudo, porque as pessoas com grau de instrução mais elevado são as que apresentam comportamentos mais saudáveis.

Analisando as variáveis *assistência médica*, *exame complementar*, *cirurgia* e *necrópsia*, presentes em ambos os tipos de óbito, encontraram-se os piores resultados. Nos casos dos registros não fetais, o único campo com bom preenchimento foi a realização de *necrópsia* para confirmação do diagnóstico, todos os outros foram classificados como regular. Sobre os registros de FMs, houve uma significativa diferença de escores referentes à completude das variáveis, sendo a *assistência médica* considerada excelente, *exame complementar* como muito ruim, *cirurgia* como regular e a *necrópsia* como ruim. Estes achados vão de encontro aos obtidos por Santa Helena e Rosa (2003), que identificaram melhor preenchimento nos óbitos fetais em comparação aos registros não fetais.

A *causa básica da morte*, em todos os casos, é considerada de origem específica e antecedente às outras condições. O preenchimento dessa variável comumente não é adequado e a sequência dos acontecimentos pode sofrer distorção (SOARES; HORTA; CALDEIRA, 2007).

Neste estudo, observou-se um considerável percentual de alterações, principalmente nos registros fetais (31,7%). Esta recodificação ocorreu baseada na busca de outras informações, preconizada nos casos em que a doença ou lesão que desencadeou o processo que conduziu à morte não é descrita de maneira clara, quando o campo não foi preenchido ou encontra-se incongruente, como já havia sido apontado em outro estudo sobre o SIM de Porto Alegre (FAJARDO; AERTS; BASSANESI, 2009).

Esses casos corroboraram com o resultado obtido em pesquisa sobre a confiabilidade do SIM em municípios de São Paulo, no qual, após a investigação, foram resgatados 58,3% das reais causas básicas. Este fato sugere que, em algumas ocasiões, o profissional atestante não consulta o prontuário do paciente para esclarecer a ordem das causas e a correta causa básica (HARAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005).

Portanto, apesar de sua implantação em 1975, o SIM ainda apresenta algumas dificuldades que comprometem sua utilização como ferramenta para o planejamento e avaliação das ações em saúde. Pode-se afirmar como Pedrosa *et al.* (2007), que a cobertura e a confiabilidades das informações geradas tornam-se limitadas pela subnotificação de óbitos, preenchimento inadequado da DO e elevado percentual de variáveis ignoradas.

Assim, estes achados para o ano de 2009 permitem reafirmar que os dados inconsistentes nas declarações de óbito podem prejudicar os indicadores, gerando falsos diagnósticos de saúde e, conseqüentemente, comprometendo as medidas de intervenção como salientaram Costa e Frias (2011). Por tal motivo, a declaração de óbito deve deixar de ser considerada simplesmente como um procedimento burocrático indispensável para o sepultamento, passando a assumir a importante função de fonte de dados e pesquisas (CARVALHO *et al.*, 1990).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A declaração de óbito é uma importante ferramenta utilizada para o monitoramento das condições de saúde. As informações nela obtidas permitem a caracterização epidemiológica dos óbitos ocorridos. Porém, este documento tem sua função garantida somente quando a cobertura dos registros é adequada e o preenchimento das variáveis é completo, ou próximo disso, refletindo verdadeiramente o ocorrido (PEDROSA *et al.*, 2007).

É indispensável conhecer o perfil epidemiológico de determinada população, para, a partir dele, elaborar estratégias eficazes de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Dessa forma, pode-se levantar possíveis falhas no processo de planejamento em saúde, sendo a principal delas, a ausência de dados específicos, aliada à má interpretação das informações encontradas em relatórios consolidados e pesquisas científicas (BITTAR *et al.*, 2009).

Contudo, neste estudo, apesar da existência de alguns campos com classificação ruim ou muito ruim, encontrou-se um nível de completude de regular a excelente para muitas variáveis, em comparação a outras pesquisas. Estes resultados demonstram que os registros do SIM de Porto Alegre, provavelmente, reflitam a realidade do município.

Em relação a determinação da causa básica do óbito, constatou-se que o resgate de outras informações, seja em prontuário hospitalar, laudo do DML ou visita domiciliar aos familiares do falecido, possibilita uma melhoria na descrição do evento e, conseqüentemente, um incremento na qualidade do banco de dados. Porém, estas atividades requerem um quadro de funcionários e recursos materiais que, normalmente, não estão disponíveis na maioria dos municípios do Brasil (COSTA; FRIAS, 2011).

Mesmo com satisfatória completude, sugere-se o aperfeiçoamento do preenchimento, em especial para as variáveis coletivas, e a valorização da declaração de óbito como instrumento valioso para o planejamento, mas não apenas com publicação de manuais, pois estes já estão disponíveis e ainda encontram-se déficits. Conforme sugere Pedrosa *et al.* (2007), uma maneira de estimular o desenvolvimento de informações confiáveis é a divulgação das análises epidemiológicas nos próprios serviços onde os dados foram coletados.

Ressalta-se que, além dos campos ignorados, outra hipótese para a diminuição da qualidade dos registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade é a errônea interpretação dos dados por parte dos digitadores, os quais também necessitariam de treinamento. Essa falta de conhecimento dos profissionais envolvidos no processamento da declaração de óbito poderia inviabilizar o pleno aproveitamento das informações (COSTA; FRIAS, 2011).

Conclui-se que, apesar de algumas falhas, há informações suficientes para delinear o perfil epidemiológico de Porto Alegre no ano de 2009 e, portanto, é possível identificar as necessidades da população. Desta forma, há subsídios para a elaboração de políticas e programas em saúde, respeitando a especificidade do município em tal período.

Por fim, não se descarta a necessidade de novas pesquisas. Este tema merece receber constante atenção por parte dos gestores responsáveis, os quais deveriam instituir rotinas de avaliação e capacitação, com o objetivo de qualificar cada vez mais os registros do SIM.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. *et al.* Sistema de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 1, n. 9, p. 56-68, 2006.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 12, p. 2128, jul./set. 2001.

BITTAR, T. O. *et al.* O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**. Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan./abr. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.882/GM**. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Declaração de Óbito**: documento necessário e importante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Nº. 116**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para municípios**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 6, 117p. 1998.

CARVALHO, M. L. *et al.* Concordância na determinação da causa básica de óbito em menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 20-27, 1990.

CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p.447-456, 1986.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 1, p.114-121, 2005.

COSTA, J. M. B. da S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1267-1274, 2011.

FAJARDO, S; AERTS, D. R. G. de C.; BASSANESI, S. L. Acurácia da equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade na seleção da causa básica do óbito em capital no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2218-2228, out. 2009.

GIRALDES, M. R. Equidade em áreas sócio-econômicas com impacto na saúde em países da União Européia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 533-544, mai./jun. 2001.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos de Biblioteconomia, Arquivística e Documentação**. Lisboa, n. 2, p. 6-18, 2004.

HARAKI, C. A. C.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios do sul do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 19-24, 2005.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro**. São Paulo: CBCD, Série Divulgação n. 11, 2006.

LIMA, C. R. de A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. de O. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 5-25, 1997.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 643-654, 2007.

NACIONES UNIDAS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. **Manual de Métodos de Estadísticas Vitales**. Estudios Metodológicos Serie F, n. 7. Nueva York, 1955.

PAES, N. A. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3, p.436-445, 2007.

PEDROSA, L. D. C. de O. *et. al.* Qualidade dos dados sobre óbitos neonatais precoces. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 53, n. 5, p. 389-394, 2007.

PINTO, L. F. da S. **Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil**. 2006. 207f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 21-32, 1996.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, 2006.

SANTA HELENA, E. T. S.; ROSA, M. B. Avaliação da qualidade das informações relativas aos óbitos em menores de um ano em Blumenau,1998. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 75-83, jan./mar. 2003.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. de A.; CAMPOS, J. J. B. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. *In*: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 183-210.

SOARES, J. A. S.; HORTA, F. M. B.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da qualidade das informações e, declarações de óbitos infantis. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 7, n. 3, p. 289-295, jul./set. 2007.

## **APÊNDICE A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados

**Título do Projeto:** Qualidade dos Registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade: um problema para o planejamento de ações em saúde pública?

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos falecidos e dos médicos cujos dados foram encontrados no banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do município de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações foram utilizadas única e exclusivamente para execução do referido estudo. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 16 de Novembro de 2010.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
Fernanda Araujo Rodrigues	
Tatiana Engel Gerhardt	



**ANEXO A - Modelo de Declaração de Óbito**

**Fonte:** Ministério da Saúde



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito Nº

I	Cartório	1 Cartório	Código	21 Registro	31 Data		
		41 Município	51 UF	61 Cemitério			
II	Identificação	7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1- Fetal <input type="checkbox"/> 2- Não fetal	81 Óbito Data	91 Hora	91 RIC		
		11 Nome do falecido			10 Naturalidade		
		12 Nome do pai		13 Nome da mãe			
III	Residência	14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado.	17 Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena		
		18 Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior)	Código		
		21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	22 CEP		
IV	Ocorrência	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código		
		26 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	27 Estabelecimento	Código			
		28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc)	Número	29 CEP			
V	Fetal ou menor que 1 ano	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código		
		32 UF					
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
VI	Condições e causas do óbito	33 Idade	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	Código		
		36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos Nascidos Mortos					
		37 Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	38 Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada	39 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	40 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	41 Peso ao nascer Gramas	42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos
VII	Médico	ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA			
		43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		47 Cirurgia?		48 Necrópsia?	
VIII	Causas externas	46 Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	49 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	tempo aproximado entre o início da doença e a morte		
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	a	Devido ou como consequência de:		CID	
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.	b	Devido ou como consequência de:			
IX	Localid. S/ Médico	50 Nome do médico	51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros			
		53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura			
		PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
IX	Localid. S/ Médico	56 Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	57 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	58 Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada			
		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO					
IX	Localid. S/ Médico	60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código				
		61 Declarante		62 Testemunhas			
				A			
		B					

## **ANEXO B – Carta de Aprovação**

**Fonte:** COMPESQ/EEenf/UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

**TCC GRAD.:** 38/2010  
**Versão Mês:** 12/2010

**Pesquisadores:** Fernanda Rodriuges  
Profa. Tatiana Gerhardt

**Título:** QUALIDADE DOS REGISTROS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE: UM PROBLEMA PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2010.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGS

**ANEXO C – Parecer Consubstanciado**

**Fonte:** Comitê de Ética em Pesquisa/SMS



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Tatiana Engel Gerhardt

**Registro do CEP:** 581 Processo Nº. 001.000563.11.0

**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – EVEV - GCVS

**Utilização:** PRONTUARIO

**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.000563.11.0, referente ao projeto de pesquisa: **“Qualidade dos registros do sistema de informações sobre mortalidade: um problema para o planejamento de ações em saúde pública?”**, tendo como pesquisador responsável Tatiana Engel Gerhardt cujo objetivo é “O objetivo geral será analisar a qualidade dos registros do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade no município de Porto Alegre no ano de 2009. Específicos :- Conhecer o fluxograma das declarações de óbito entre os diversos serviços aos quais são submetidas; - Identificar e quantificar os principais campos não preenchidos da forma preconizada”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto;
4. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde e a apresentação do trabalho.

Porto Alegre, 08/02/2011

Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP