



# Incompletude dos óbitos por esquistossomose no sistema de informação sobre mortalidade em Pernambuco, 2000-2014

## *Incompleteness of deaths by schistosomiasis in the mortality information system in Pernambuco, 2000-2014*

**Emília Carolle Azevedo de Oliveira<sup>1</sup>**

**Iris Edná Pereira da Silva<sup>2</sup>**

**Ricardo José Ferreira<sup>3</sup>**

**Constança Simões Barbosa<sup>4</sup>**

Autor correspondente: Emília Carolle Azevedo de Oliveira – Laboratório e Serviço de Referência em Esquistossomose do Departamento de Parasitologia – IAM/Fiocruz. Av. Professor Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE – Cidade Universitária.

### Resumo

Este estudo objetivou avaliar a incompletude dos registros de óbitos por esquistossomose no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em Pernambuco, no período 2000-2014, e analisar o conhecimento médico sobre o preenchimento da declaração de óbito (DO). Os dados secundários foram obtidos por meio do SIM, e os primários pela avaliação dos médicos em hospitais públicos de Pernambuco. Foram avaliados os escores de incompletude e as variações percentuais (2000-2007, 2008-2014); e as frequências relativas do conhecimento médico sobre a DO. Em 2000-2014, ocorreram 2636 óbitos por esquistossomose em PE. Em 2000-2007, ‘endereço de residência’ obteve a maior incompletude. Em 2008-2014, ‘naturalidade’ demonstrou a pior incompletude. Dos 32 médicos, 71,9% referiram o não preenchimento de variáveis devido à ausência de informação sobre o paciente, 62,5% não participaram de curso sobre preenchimento da DO, 80,6% achavam o curso necessário. Obteve-se associação entre as causas de não preenchimento da DO e o desejo de capacitação. No período de estudo, ocorreu a redução da incompletude de variáveis importantes, mas houve um aumento expressivo da incompletude ‘naturalidade’, o que desvirtua as informações sobre a autoctonia do local onde ocorreu o caso. A justificativa dos médicos – falta informação para preencher a variável da DO – é inconsistente, por serem eles os responsáveis por captar as informações. Tais lacunas prejudicam o planejamento de ações e políticas públicas direcionadas ao controle da doença.

**Palavras-chave:** Esquistossomose; Sistemas de Informação em Saúde; Atestado de Óbito.

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the incompleteness of death records due to schistosomiasis in the Mortality Information System (SIM) in Pernambuco, from 2000 to 2014, and to analyze medical knowledge about completing the death certificate (DO). Secondary data were obtained through SIM, and primary data from physicians' evaluation in public hospitals in Pernambuco. Incomplete scores and percentage variations (2000-2007, 2008-2014) were evaluated; and relative frequencies of medical knowledge about DO. In 2000-2014, there were 2636 deaths from schistosomiasis in PE. In 2000-2007 ‘home address’ obtained the highest incompleteness. In 2008-2014 ‘naturalness’ demonstrated the worst incompleteness. Of the 32 physicians, 71.9% reported non-completion of variables due to lack of information about the patient, 62.5% did not participate in a course on filling in the DO, 80.6% thought the course was necessary. There was an association between the causes of non-completion of DO and the desire for training. In the study period, the incompleteness of important variables was reduced, but there was a significant increase in the incompleteness of ‘naturalness’, which distorts the information about autochthonous where the case occurred. Physicians' justification – lacking information to fill in the DO variable – is inconsistent, because they are responsible for capturing the information. Such gaps, hinder the planning of actions and public policies directed to the control of the disease.

**Keywords:** Schistosomiasis; Health Information Systems; Death Certificate.

1 Doutoranda em Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0957-1542>  
[emiliacarolle@hotmail.com](mailto:emiliacarolle@hotmail.com)

2 Graduada em Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4951-2149>  
[yris\\_silva@live.com](mailto:yris_silva@live.com)

3 Doutor em Biometria e Estatística Aplicada; Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia da Paraíba, Departamento de Probabilidade e Estatística, João Pessoa, Paraíba, Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3155-3201>  
[ricardo.jferreir@gmail.com](mailto:ricardo.jferreir@gmail.com)

4 Doutora em Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0549-8293>  
[constanca.barbosa@gmail.com](mailto:constanca.barbosa@gmail.com)



## 1 Introdução

A Esquistossomose é uma doença causada pelo helminto *Schistosoma Mansoni*, de importante impacto na saúde pública (Brasil, 2009; Who, 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 200 milhões de pessoas estão infectadas pela doença e 200 mil indivíduos evoluem para o óbito por ano no mundo (Oliveira, Soares, Cunha & Jonathan, 2008; Wichmann, 2009; Who 2017).

No Brasil, cerca de 1,5 milhão de indivíduos estão infectados com *Schistosoma Mansoni*. A prevalência está fortemente relacionada às precárias condições ambientais e sanitárias do País (Farias, Resendes, Sabroza & Souza-Santos, 2007; Tibiriça, Guimarães & Teixeira, 2011; Katz, 2018).

Em Pernambuco (PE), a doença é endêmica em áreas rurais, mas é notório seu crescimento urbano, com 109 municípios endêmicos para a esquistossomose (Brasil, 2008; Brasil, 2009a; Leite *et al.*, 2016; Pernambuco, 2014). No período de 1999 a 2013, ocorreram 2578 óbitos pela parasitose em PE, a maioria na fase crônica da doença. Informações sobre essas mortes auxiliam no monitoramento da evolução dos casos, na criação de políticas de promoção e prevenção e em estratégias para redução de danos (Brasil, 2009a; Pernambuco 2014; Miranda *et al.*, 2016).

As estatísticas de mortalidade são importantes ferramentas para conhecimento do perfil epidemiológico de uma população, elaboração de indicadores de saúde, análise de tendências e indicação de prioridades (Brasil 2009b; Miranda *et al.*, 2016). Tais informações refletem o desenvolvimento do País e são basilares para a construção de políticas de saúde e coordenação dos serviços, assim como servem para subsidiar a prevenção de agravos à saúde (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2004; Haraki, Gotlieb & Laurenti, 2005).

A análise da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) tem sido bastante utilizada nas últimas décadas, uma vez que expressa sensíveis indicadores que subsidiam o planejamento por parte da gestão (Frias, Szwarcwald & Lira, 2011). Contudo, apesar dos avanços na cobertura e na qualidade do SIM, ainda existem problemas na abrangência e completude deste (Frias, Pereira, Andrade, Lira & Szwarcwald, 2010; Frias, Szwarcwald & Lira, 2014), cujas falhas no preenchimento

da declaração de óbito (DO) produzem impacto na confiabilidade dos dados (Haraki, Gotlieb & Laurenti, 2005; Frias, Pereira, Andrade & Szwarcwald, 2008).

As informações confiáveis são comprometidas pela ausência de cuidado e de importância no preenchimento da DO, além da falta de conhecimento adequado do profissional médico com relação à relevância do correto preenchimento de todos os campos do formulário (Haraki, Gotlieb & Laurenti, 2005; Frias, Pereira, Andrade & Szwarcwald, 2008; Mendonça, Drumond & Cardoso, 2010), o que é uma responsabilidade ética e jurídica exclusiva do profissional médico (Lucena *et al.*, 2014). O acompanhamento da incompletude como categoria de análise reveste-se de importância para fortalecimento e aprimoramento da vigilância em esquistossomose, subsidiando o planejamento do controle da doença e a organização dos serviços de saúde para a assistência (Katz, 2018).

Diante desse contexto, o presente estudo se propôs avaliar a incompletude dos registros de óbitos por esquistossomose do Sistema de Informação sobre Mortalidade no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2000-2014, assim como analisar o conhecimento médico sobre o preenchimento da declaração de óbito.

## 2 Materiais e métodos

Estudo descritivo, transversal, com dados secundários do SIM disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, e primários por meio de coleta dos dados com questionários estruturados aplicados aos médicos dos hospitais estaduais de PE com referência para o tratamento de pacientes com esquistossomose.

Na primeira etapa do estudo, incluíram-se todos os óbitos por causa básica de esquistossomose registrados no SIM, em PE, nos períodos de 2000-2014. Por não haver um marco histórico na coleta desses dados sobre esquistossomose, optou-se por dividir os períodos de estudo em dois períodos iguais, a fim de realizar uma comparação (2000-2007, 2008-2014), com uma análise estatística mais robusta, uma vez que a quantidade de informações em dois grupos se torna maior do que ano a ano. Com isso, as análises descritivas (frequência e percentual) possuem maiores grupos amostrais, possibilitando os testes estatísticos com um tamanho amostral maior.



O estudo foi realizado em PE, Nordeste do Brasil, organizado em 12 Regiões de Saúde (RS). Por não haver registros de óbitos por causa básica da esquistossomose nas 7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> RSs, essas foram excluídas na análise do estudo. Cada regional é responsável pela coordenação da atenção primária, secundária, terciária e pela vigilância em saúde na sua área de abrangência e junto aos municípios, e auxiliam no monitoramento e na avaliação dos dados no SIM.

No banco de dados, o presente estudo considerou incompletude como: campo preenchido com categoria ignorado e/ou em branco (Brasil, 2009b; Miranda *et al.*, 2016). Para análise da incompletude, foram calculadas as frequências relativas de preenchimentos com o código ignorado das variáveis disponíveis no SIM, tais quais: tipo de óbito, data do óbito, hora, naturalidade, data de nascimento, idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação habitual, endereço de residência, município de residência, bairro, local de ocorrência do óbito, estabelecimento de ocorrência, município de ocorrência do óbito e endereço da ocorrência. De acordo com o seguinte escore: Excelente, para variáveis com menos de 5% de incompletude; Bom, para variáveis entre 5 e menos que 10%; Regular, para variáveis entre 10 e menos que 20%; Ruim, para variáveis entre 20 e menos que 50%; e Muito Ruim, para variáveis com 50% ou mais de incompletude (Miranda *et al.*, 2016).

Para as variáveis com incompletude, foram calculadas as variações percentuais entre os dois períodos estudados (2000-2007 e 2008-2014), segundo a fórmula descrita abaixo:

$$VP = \frac{\% \text{ de incompletude em 2000 a 2007} - \% \text{ de incompletude em 2008-2014}}{\% \text{ de incompletude em 2000 a 2007}} \times 100$$

Onde VP = variação percentual; % de incompletude em 2000 a 2007 = percentual de Incompletude da variável no período 2008 a 2014; % de incompletude em 2000 a 2007 = percentual de incompletude da variável no período 2000-2007.

Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa com médicos que preenchem a DO dos setores de clínica médica no Hospital Getúlio Vargas, Hospital Barão de Lucena, Hospital das Clínicas, Hospital da Restauração e

Hospital Geral de Areias, com a aplicação de um questionário estruturado. Foram selecionados todos os médicos presentes no setor no turno da manhã, durante o período de fevereiro a abril de 2018, que acompanhavam o paciente na forma grave de esquistossomose. Os profissionais médicos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado de associação para verificação da relação entre as causas de não preenchimento da DO e as respostas dos médicos no questionário específico – respostas que obtiveram p-valor menor que 5% foram consideradas como significativamente associadas.

Os dados foram tabulados com o programa TabWin, versão 3.6, analisados com o Software R, organizados por RS de PE nas planilhas do Microsoft Office Excel 2016. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz (CAAE: 73414217.4.0000.5190) e obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução 466/2012.

### 3 Resultados

Em PE, ocorreram 1398 óbitos por causa básica de esquistossomose, no período de 2000 a 2007, e 1238 óbitos entre 2008 a 2014, totalizando 2636 óbitos. Em todo o período, observou-se que mais de 70% dos óbitos se concentraram na 1<sup>a</sup> RS (Tabela 1).

Entre 2000-2007, os maiores percentuais de incompletude foram verificados nas variáveis endereço de residência (71,7%), escolaridade (56,4%), bairro (52,0%) e endereço de ocorrência (36,4%), com escores Muito Ruim e Ruim. As variáveis estabelecimento de ocorrência (18,5%), naturalidade (12,4%), ocupação (11,6%) possuíam escore Regular. Enquanto as variáveis tipo de óbito (0,0%), data do óbito (0,0%), hora do óbito (2,7%), data de nascimento (1,1%), idade (0,0%), sexo (0,0%), município de residência (0,1%), local de ocorrência (0,0%) e município de ocorrência (0,0%) se apresentaram com escore Excelente; raça/cor (9,2%) e estado civil (5,7%) com escore Bom (Tabelas 1 e 2).

No período de 2008 a 2014, a variável naturalidade destacou-se com a maior incompletude, 63,4%, seguida de escolaridade (31,8%), com escores Muito Ruim e Ruim, respectivamente. Em contrapartida, os menores



**Tabela 1: Número e frequência relativa (%) de registros de óbitos por causa básica de esquistossomose com incompletude de variáveis selecionadas do Sistema de Informação sobre Mortalidade, segundo Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2007 e 2008-2014**

Variáveis	Regiões de Saúde															
	1 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>		4 <sup>a</sup>		5 <sup>a</sup>		6 <sup>a</sup>		12 <sup>a</sup>		PE	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>2000-2007</b>																
Tipo de óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Data do óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hora do óbito	22	2,2	1	1,4	5	5,2	4	3,6	3	5,9	1	20,0	2	3,8	38	2,7
Naturalidade	124	12,3	13	18,8	10	10,3	3	2,7	16	31,4	2	40,0	5	9,6	173	12,4
Data de Nascimento	14	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	1,1
Idade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sexo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Raça/Cor	102	10,1	3	4,3	1	1,0	3	2,7	14	27,5	0	0,0	4	7,7	128	9,2
Estado Civil	55	5,5	4	5,8	7	7,2	0	0,0	9	17,6	2	40,0	2	3,8	80	5,7
Escolaridade	710	70,4	15	21,7	13	13,4	16	14,3	20	39,2	2	40,0	12	23,1	789	56,4
Ocupação	91	9,0	13	18,8	14	14,4	19	17,0	14	27,5	2	40,0	7	13,5	162	11,6
Endereço de residência	724	71,8	49	71,0	66	68,0	83	74,1	38	74,5	5	100,0	35	67,3	1002	71,7
Município de residência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bairro	388	38,5	66	95,7	89	91,8	74	66,1	50	98,0	5	100	52	100	727	52,0
Local de ocorrência	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	57,7	1	0,1
Estabelecimento de ocorrência	78	7,7	35	50,7	46	47,4	42	37,5	24	47,1	1	20,0	0	0,0	258	18,5
Município de ocorrência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Endereço de ocorrência	319	31,6	36	52,2	23	23,7	62	55,4	40	78,4	3	60,0	21	40,4	505	36,1
<b>Total de óbitos</b>	<b>1008</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>1398</b>	<b>100</b>
<b>2008-2014</b>																
Tipo de óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Data do óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hora do óbito	10	1,1	1	1,6	3	2,9	3	3,4	2	5,4	0	0,0	1	2,2	20	1,6
Naturalidade	571	63,7	51	81,0	51	49,0	52	59,1	27	73,0	1	50,0	29	64,4	785	63,4
Data de Nascimento	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Idade	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Sexo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Raça/Cor	36	4,0	0	0,0	4	3,8	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0	43	3,5
Estado Civil	64	7,1	7	11,1	8	7,7	5	5,7	4	10,8	0	0,0	1	2,2	90	7,3
Escolaridade	344	38,4	9	14,3	8	7,7	17	19,3	10	27,0	0	0,0	5	11,1	394	31,8
Ocupação	74	8,3	14	22,2	17	16,3	15	17,0	10	27,0	0	0,0	6	13,3	137	11,1
Endereço de residência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Município de residência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bairro	53	5,9	37	58,7	37	35,6	21	23,9	25	67,6	1	50,0	35	77,8	210	17,0
Local de ocorrência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estabelecimento de ocorrência	56	6,3	25	39,7	42	40,4	22	25,0	14	37,8	0	0,0	17	37,8	176	14,2
Município de ocorrência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Endereço de ocorrência	20	2,2	13	20,6	22	21,2	6	6,8	5	13,5	0	0,0	4	8,9	70	5,7
<b>Total de óbitos</b>	<b>896</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>1238</b>	<b>100</b>

Fonte: Os autores.



percentuais foram verificados nas variáveis tipo de óbito (0,0%), data do óbito (0,0%), hora do óbito (1,6%), data de nascimento (0,2%), idade (0,1%), sexo (0,0%), raça/cor (3,5%), endereço de residência (0,0%), município de residência (0,0%), local de ocorrência (0,0%) e município de ocorrência (0,0%), com escore Excelente; estado civil (7,3%) e endereço de ocorrência (5,7%) com escores Bom (Tabelas 1 e 2).

A análise por RS, no primeiro período, identificou elevadas incompletudes nas variáveis escolaridade (Muito Ruim), endereço de residência (Muito Ruim) e bairro (Ruim) na 1ª RS. Para a variável escolaridade, as 2ª, 5ª, 6ª e 12ª RSs demonstraram escore Ruim, e a 3ª e a 4ª RS demonstraram escore Regular. Ou seja, para essa variável, nenhuma RS apresentou escore minimamente Bom. Em endereço de residência, todas as RSs apresentaram escore Muito Ruim. No que concerne ao campo bairro, as 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 12ª RSs também apresentaram escore Muito Ruim (Tabelas 1 e 2).

No período de 2008-2014, a variável naturalidade apresentou escore Muito Ruim em quase todas as RSs, exceto na 3ª RS (Ruim). Na 1ª RS, observou-se a seguinte evolução para as variáveis supracitadas: a avaliação do campo escolaridade evoluiu para o escore Ruim, endereço de residência para o escore Excelente, e bairro para Bom. Nesse período de estudo, apenas a 6ª RS apresentou avaliação Excelente na variável escolaridade, contudo, todas as RSs apresentaram evolução 'excelente' em endereço de residência, enquanto as RSs 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 12ª apresentaram avaliações que variaram entre Muito Ruim e Ruim (Tabelas 1 e 2).

**Tabela 2: Escores da incompletude das variáveis do Sistema de Informação sobre Mortalidade referentes aos óbitos por causa básica de esquistossomose, segundo Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2007 e 2008-2014**

Variáveis	Regiões de Saúde							PE
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	12ª	
<b>2000-2007</b>								
<b>Tipo de óbito</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Data do óbito</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Hora do óbito</b>	E	E	B	E	B	R	E	E
<b>Naturalidade</b>	RE	RE	RE	E	R	R	B	RE
<b>Data de Nascimento</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Idade</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Sexo</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Raça/Cor</b>	RE	E	E	E	R	E	B	B
<b>Estado Civil</b>	B	B	B	E	RE	R	E	B
<b>Escolaridade</b>	MR	R	RE	RE	R	R	R	MR
<b>Ocupação</b>	B	RE	RE	RE	R	R	RE	RE
<b>Endereço de residência</b>	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
<b>Município de residência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Bairro</b>	R	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR
<b>Local de ocorrência</b>	E	E	E	E	E	E	MR	E
<b>Estabelecimento de ocorrência</b>	B	MR	R	R	R	R	E	RE
<b>Município de ocorrência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Endereço de ocorrência</b>	R	MR	R	MR	MR	MR	R	R
<b>2008-2014</b>								
<b>Tipo de óbito</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Data do óbito</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Hora do óbito</b>	E	E	E	E	B	E	E	E
<b>Naturalidade</b>	MR	MR	R	MR	MR	MR	MR	MR
<b>Data de Nascimento</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Idade</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Sexo</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Raça/Cor</b>	E	E	E	E	B	E	E	E
<b>Estado Civil</b>	B	RE	B	B	RE	E	E	B
<b>Escolaridade</b>	R	RE	B	RE	R	E	RE	R
<b>Ocupação</b>	B	R	RE	RE	R	E	RE	RE
<b>Endereço de residência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Município de residência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Bairro</b>	B	MR	R	R	MR	MR	MR	RE
<b>Local de ocorrência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Estabelecimento de ocorrência</b>	B	R	R	R	R	E	R	RE
<b>Município de ocorrência</b>	E	E	E	E	E	E	E	E
<b>Endereço de ocorrência</b>	E	R	R	B	RE	E	B	B

\* Nota: E = Excelente; B = Bom; RE = Regular; R = Ruim; MR = Muito Ruim.  
Fonte: Os autores.



A comparação entre os dois períodos de estudo revelou que as variáveis endereço de residência, local de ocorrência, data de nascimento, endereço de ocorrência, bairro, raça/cor escolaridade e local de ocorrência apresentaram as maiores variações percentuais negativas de incompletude (-100%, -100%, -84,9%, -84,3%, -67,4%, -62,1%, respectivamente), denotando o melhor preenchimento dos seus campos na DO. Em contrapartida, naturalidade e estado civil demonstraram um crescimento de incompletude (412,4% e 27,0%, respectivamente) (Tabela 3).

Com relação à variação proporcional da incompletude de cada variável entre os dois períodos de estudos, observou-se que naturalidade apresentou um aumento considerável na incompletude em todas as RSs; Estado Civil também expôs um aumento expressivo na incompletude na 1ª, 2ª e na 3ª RSs (30,9%, 91,7 e 6,6%), escolaridade (35,2%) na 4ª RS, e ocupação na 2ª, 3ª e na 4ª RS (17,9%, 13,3% e 0,5%). Em contrapartida, a variável raça/cor apresentou redução de incompletude nas RSs, exceto na 3ª e na 6ª; Estado civil demonstrou diminuição da incompletude na 5ª, 6ª e na 12ª RS; o campo escolaridade melhorou o preenchimento em quase todas as RSs, e local de endereço de residência, bairro e endereço de ocorrência demonstraram redução da sua incompletude (Tabela 3).

Foi identificado um total de 35 médicos no turno da manhã trabalhando no setor de clínica médica dos hospitais de alta complexidade do presente estudo. Desses, 32 aceitaram participar da pesquisa e 3 recusaram. Com relação ao conhecimento médico sobre o preenchimento da Declaração de Óbito (DO), observou-se que 21,9% (n=7) dos profissionais médicos trabalhavam no Hospital da Restauração (HR), 66,7% eram especialistas, 46,9% dos responsáveis por preencher a DO são médicos residentes.

**Tabela 3: Variação percentual de incompletude das variáveis do Sistema de Informação sobre Mortalidade referentes aos óbitos por causa básica de esquistossomose, segundo Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2007 e 2008-2014**

Variáveis	Regiões de Saúde							PE
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	12ª	
Tipo de óbito	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Data do Óbito	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hora do óbito	-48,9	9,5	-44,0	-4,5	-8,1	-100,0	-42,2	-40,6
Naturalidade	418,0	329,7	375,7	2106,1	132,6	25,0	570,2	412,4
Data de Nascimento	-83,9	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-84,9
Idade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sexo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Raça/Cor	-60,3	-100,0	273,1	-100,0	-70,5	0,0	-100,0	-62,1
Estado Civil	30,9	91,7	6,6	0,0	-38,7	-100,0	-42,2	27,0
Escolaridade	-45,5	-34,3	-42,6	35,2	-31,1	-100,0	-51,9	-43,6
Ocupação	-8,5	17,9	13,3	0,5	-1,5	-100,0	-1,0	-4,5
Endereço de residência	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Município	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bairro	-84,6	-38,6	-61,2	-63,9	-31,1	-50,0	-22,2	-67,4
Local de ocorrência	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	-100,0
Estabelecimento de ocorrência	-19,2	-21,8	-14,8	-33,3	-19,6	-100,0	0,0	-23,0
Município de ocorrência	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Endereço de ocorrência	-92,9	-60,4	-10,8	-87,7	-82,8	-100,0	-78,0	-84,3

Fonte: Os autores.

Todos os médicos referiram conhecimento necessário para tal preenchimento, 71,9% referiram o não preenchimento de algumas variáveis por causa da ausência de informação sobre o paciente, 62,5% nunca participaram de um curso de capacitação sobre preenchimento da DO, e 80,6% achavam necessário tal curso, conforme a Tabela 4.

Com relação à associação entre as variáveis estudadas, observou-se associação entre o hospital em que o médico trabalha e se já realizou um curso de capacitação para preenchimento da DO (p-valor de 0,022), assim como as causas de não preenchimento da DO, com a participação no curso (p-valor de 0,033), evidenciando que os profissionais que não fazem cursos de capacitação tendem a acusar falta de informação sobre os pacientes (Tabela 5).

## 4 Discussão

No período de 2000-2007, verificou-se que as variáveis local de residência, escolaridade e bairro apresen-



**Tabela 4: Análise descritiva das respostas dos médicos com relação a informações sobre a declaração de óbito, Pernambuco, Recife, 2018**

Variável	N	%
<b>Especialidade Médica</b>	<b>30</b>	
Médicos Residentes	8	26,7
Médicos Especialistas	20	66,7
Médicos Generalistas	2	6,7
<b>Quem preenche a DO?</b>	<b>32</b>	
Médico residente	15	46,9
Médico Staff	10	31,3
Médico Plantonista	4	12,5
Dois ou mais profissionais	3	9,4
<b>Conhecimento sobre o preenchimento?</b>	<b>32</b>	
Sim	32	100,0
Não	—	—
<b>Causas do não preenchimento</b>	<b>32</b>	
Ausência de informação sobre o paciente	23	71,9
Falta de conhecimento sobre o preenchimento adequado da DO	3	9,4
Falta de tempo	2	6,3
Duas ou três das opções acima	2	6,3
Não são informações relevantes	1	3,1
Existe a opção de ignorá-las	1	3,1
<b>Já participou de curso de capacitação?</b>	<b>32</b>	
Sim	12	37,5
Não	20	62,5
<b>Acha necessário curso de capacitação?</b>	<b>31</b>	
Sim	25	80,6
Não	6	19,4

Fonte: Os autores.

taram elevada incompletude em PE. E no período de 2008-2014, a naturalidade e a escolaridade foram as variáveis com maiores incompletudes. Numa análise por RS nos dois períodos, observou-se que as variáveis escolaridade, endereço de residência e bairro tiveram escore entre muito ruim e ruim com relação à completude. Para as variáveis idade, sexo, município de residência e ocorrência foram encontrados registros em todo período, sendo avaliadas como preenchimento excelente e variação proporcional da incompletude excelente.

A presente análise corrobora os resultados apresentados por outros estudos com relação às variáveis escolaridade e sexo (Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2004; Haraki, Goltlieb & Laurenti, 2005; Frias, Szwarcwald &

**Tabela 5: Teste de associação entre a participação em curso de preenchimento local de trabalho e causas do não preenchimento, Pernambuco, Recife, 2018**

Variável	Participou de curso de capacitação?		Valor p
	Sim	Não	
<b>Hospital em que trabalha</b>			
Hospital Getúlio Vargas – HGV	5	1	
Hospital Barão de Lucena – HBL	2	3	
Hospital das Clínicas – HC	2	6	<b>0,022*</b>
Hospital da Restauração – HR	2	5	
Hospital Geral de Areias – HGA	1	5	
<b>Causas do não preenchimento</b>			
Ausência de Informação sobre o paciente	6	17	
Falta de conhecimento sobre o preenchimento adequado da DO	2	1	
Falta de tempo	1	1	<b>0,033*</b>
Duas ou três das opções acima	1	1	
Não são informações relevantes	1	0	
Existe a opção de ignorá-las	1	0	

Fonte: Os autores.

Lira, 2011). Um estudo realizado com 2.092 óbitos perinatais em Ribeirão Preto, entre 2000 a 2007, evidenciou que o preenchimento dos dados foi precário com relação à escolaridade, enquanto o campo sexo demonstrou um bom preenchimento em todo período analisado (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2004). Outro estudo realizado em PE identificou que as variáveis sexo e local de ocorrência do óbito também apresentaram escore excelente, enquanto a escolaridade demonstrou o mais elevado número de regionais com incompletude no período de estudo (Haraki, Goltlieb & Laurenti, 2005).

Com relação à variável escolaridade, achado do presente estudo corrobora uma pesquisa realizada com dados dos óbitos de idosos por suicídios na Bahia no período de 1996 a 2010, destacando-se o grau de instrução como um dos campos com o maior índice de ausência de preenchimento (Frias *et al.*, 2010). Outro estudo sobre avaliação da incompletude da declaração de óbitos de menores de um ano em PE, 1999-2011, evidenciou que, nos dois períodos de estudos (1999-2001 e 2009-2011), as variáveis sexo, faixa etária e local de ocorrência do óbito foram os campos que apresentaram



escore excelente, ratificando os achados deste presente estudo (Ramalho, Frias, Vanderlei, Macêdo, Lira, 2015). Ainda com relação ao local de ocorrência do óbito, os achados do presente estudo também coincidem com os verificados por Rios *et al.*, que identificaram classificação excelente para essa variável (Rios, Anjos, Meira, Nery & Casotli, 2013).

Um estudo realizado por Messias *et al.* (2016) sobre a qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil, demonstrou que as variáveis local de residência (100%), naturalidade (99,1%) e sexo (98,8%) apresentaram a melhor completude. Enquanto os campos local de ocorrência (55%), raça/cor (38,4%) e escolaridade (34%) apresentaram a pior completude. Tais achados divergem do presente estudo, apenas coincidindo o excelente preenchimento apenas no campo sexo.

Num estudo realizado por Silva *et al.* (2016) sobre a avaliação do conhecimento de 96 médicos professores, 66 residentes e 45 estudantes de medicina acerca da declaração de óbito, segundo o manual de preenchimento da declaração de óbito preconizado pelo Ministério da Saúde, observou-se que, entre as três categorias de estudo, os residentes obtiveram a melhor média de acertos (75,35), seguidos dos professores de medicina (64,61) e estudantes de medicina, que apresentaram desempenho semelhante ao dos professores. Ao considerar o tempo de formação com relação ao número de acertos, para cada ano de formação, o percentual de acertos diminuiu em média 0,485%. Em outro estudo realizado por Silva *et al.* (2013) sobre o compromisso no preenchimento da declaração de óbito em Belém do Pará, em 2010, identificou-se um alto índice de desacerto com relação ao preenchimento da DO. Das 800 declarações de óbito, de morte não violenta, 98,7% delas apresentaram pelo menos um erro no seu preenchimento, e 71,5% erraram o registro da causa da morte utilizando termos vagos para o seu preenchimento.

Num outro estudo sobre preenchimento da declaração de óbito pelo corpo clínico do hospital universitário, de 2009 e 2011, realizado por Lucena *et al.* (2014), observou-se que, das 528 declarações de óbito pesquisadas, 50,18% estavam preenchidas de modo incompleto. E dos 34 médicos que participaram do estudo, 34,14% referiram que as mortes sem assistência médica eram o principal entrave para esse preenchimento; 26,47% rela-

taram ter tido um aprendizado ruim na graduação para essa ação, e apenas a metade (50%) referiu conhecer o documento que orienta o preenchimento da declaração. No atual estudo, todos os médicos referiram o conhecimento adequado para tal preenchimento e que o não preenchimento de algumas variáveis se deve à falta de informação necessária sobre o paciente. Também informaram que nunca participaram de um curso de capacitação, mas que, em sua maioria, desejam participar (Lucena *et al.*, 2014).

Todos os achados denotam a necessidade de uma educação médica continuada no quesito preenchimento adequado e emissão da DO. Sabe-se que o preenchimento da DO é uma responsabilidade exclusiva do médico e é de fundamental importância para a saúde pública, portanto, é imprescindível que as informações contidas nela sejam confiáveis, oportunas e disponíveis.

Apesar de o SIM representar a fonte de dados mais confiável do País, a literatura revela que ainda existem entraves para o preenchimento adequado da DO, consequentemente, há uma limitação na qualidade dos dados. Diante disso, faz-se necessário incentivar de modo contínuo a melhoria na qualidade de preenchimento desses registros, reduzindo os campos com dados inconsistentes, ignorados e em branco, sensibilizando os profissionais envolvidos nessa ação (Frias *et al.*, 2010; Frias, Szwarcwald & Lira, 2014). Desta forma, o SIM poderá subsidiar com maior efetividade as tomadas de decisões no âmbito da saúde coletiva.

O Sistema de Informação em Saúde eficiente deve assegurar que os dados possuam um elevado padrão de confiança, transparência e completude. Para tanto, diversas iniciativas vêm sendo implantadas em todo o País com o objetivo de conseguir a padronização de terminologias, ampliação da facilidade de acesso, permuta de experiências, divulgação dos processos para composição dos indicadores, constante capacitação, críticas na entrada de dados, descentralização do processamento dos sistemas, entre outros. Atualmente, o Ministério da Saúde, junto à Universidade Federal de Minas Gerais, desenvolveu um aplicativo para *smartphone* chamado “AtestaDO”, com o intuito de orientar os médicos sobre o correto preenchimento da DO.

Sabe-se que é de fundamental importância uma boa qualidade dos dados para angariar excelentes infor-



mações. Para esse alcance, é necessário que o Ministério da Saúde constitua uma política de avaliação formal e regular, considerando os inúmeros aspectos que interferem na qualidade das informações e identifique ajustes para o seu aperfeiçoamento (Frias, Pereira, Andrade & Szwarcwald, 2008).

O desenvolvimento de outros estudos que busquem aprofundar a análise e a qualidade dos registros de informações no SIM, utilizando um maior número de variáveis de estudo, e outros sistemas de informações são necessários no sentido de qualificar e aprimorar as informações produzidas pelo sistema. A garantia de uma informação de qualidade é condição *sine qua non* para a avaliação e o diagnóstico situacional, as tomadas de decisões baseadas em evidências e na organização das ações de saúde.

No que concerne à repercussão desses achados sobre a doença esquistossomótica, agravo modelo utilizado para este estudo, as falhas encontradas no preenchimento das variáveis e no conhecimento médico representam lacunas para o entendimento da epidemiologia e, conseqüentemente, para o controle dessa endemia em PE. Este estudo identificou um aumento expressivo da incompletude da variável ‘naturalidade’, fato este que pode estar desvirtuando as informações sobre a autoctonia dos casos de esquistossomose, sobre a transmissão da parasitose, em consonância com o mesmo município em que foi investigada; ou, ainda, sobre a alóctonia, que se refere à transmissão da doença em município diferente daquele investigado por Ramos Júnior *et al.* (2013). O preenchimento correto dessa variável poderia corroborar hipóteses investigativas sobre a expansão da doença para áreas urbanas, sobretudo na Região Metropolitana e na cidade do Recife, onde existem lacunas de conhecimentos e dúvidas sobre a fidedignidade dos registros diante dos casos autóctones que ali vêm ocorrendo – (Barbosa *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2018; Barbosa *et al.*, 2016).

Igualmente importantes para a atuação da vigilância em saúde no processo de investigação epidemiológica são as variáveis “local de residência e bairro”, que também apresentam fragilidades no seu preenchimento. Esses campos possibilitam verificar se o local de residência da maioria dos óbitos é coerente com a história natural da doença no País, particularmente no estado de PE, podendo

revelar se a transmissão da patologia ocorreu em locais endêmicos provenientes do município onde o indivíduo nasceu ou se o mesmo se contaminou no último endereço e bairro residido.

Ao alterar o espaço onde reside, o ser humano pode criar ambientes favoráveis para a introdução e a manutenção das doenças. Tais alterações, em locais com a presença de casos positivos para esquistossomose e ausência de saneamento básico, proporcionam condições favoráveis para ocorrência de casos autóctones para essa parasitose (Brasil, 2011). Desta forma, o conhecimento preciso de informações sobre local de residência e bairro possibilita avaliar se as residências dos óbitos e/ou internações se concentram na capital ou em outros municípios, redirecionando a rede de atenção à saúde e os recursos gastos pelos municípios com doenças potencialmente evitáveis, onerando, assim, o Sistema Único de Saúde.

Outra variável que chama a atenção sobre a fragilidade de seu preenchimento neste estudo foi a ‘escolaridade’. A literatura demonstra que quanto mais elevada a escolaridade, maior é o entendimento sobre a relevância dos cuidados com a saúde, com o preparo dos alimentos e com o controle das parasitoses. Estudos apontam que existe uma associação entre o grau de escolaridade e a presença de parasitoses, e que a manutenção da cadeia de transmissão da esquistossomose está intimamente relacionada com as baixas condições de vida e saúde das populações onde a doença persiste (Lucena *et al.*, 2014). Deste modo, a disponibilidade dessa informação é de fundamental importância na análise de indicadores sociais relacionados ao risco de adquirir a esquistossomose.

## 5 Conclusão

Em conclusão, o presente trabalho traz como contribuição um alerta sobre as falhas e lacunas detectadas nos registros de um Sistema de Informação em Saúde que, devidamente sanadas, poderiam expressar a concreta realidade das condições de saúde locais e representar um instrumento de análise epidemiológica fidedigno, que pudesse ser utilizado para coordenar as atividades para o controle e a vigilância da esquistossomose no estado de PE.





## Referências

- Barbosa C. S., Barbosa V. S., Melo F. L., Melo M. S. B., Bezerra L., Campos J. V., Rodrigues B. X., Nascimento W. C., Gomes E. S., Leal-Neto O., & Domingues A. L. (2013). Casos autóctones de esquistossomose mansônica em crianças de Recife, PE. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 684-690.
- Barbosa C. S., Gomes E. C. S., Campos J. V., Oliveira F. J. M., Mesquita M. C. S., Oliveira E. C. A., & Domingues A. L. C. (2016). Morbidity of mansoni schistosomiasis in Pernambuco-Brazil: Analysis on the temporal evolution of deaths, hospital admissions and severe clinical forms (1999-2014). *Acta Trop*, dez; 164, 10-16.
- Brasil. (2008). *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. [Cadernos de atenção básica; nº 21]. (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009a). *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009b). *A declaração de óbito: documento necessário e importante*. (3a ed.) Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.
- Brasil. (2011). *Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Pernambuco*. (5a ed.) Brasília, DF.
- Farias LMM, Resendes APC, Sabroza PC, Souza-Santos R. (2007). Análise preliminar do sistema de informação do programa de controle da esquistossomose no período de 1999 a 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 235-239.
- Frias P. G., Pereira P. M. H., Andrade C. L. T., & Szwarcwald C. L. (2008). Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cadernos de Saúde Pública*, 24: 2257-2266.
- Frias P. G., Pereira P. M. H., Andrade C. L. T., Lira P. I. C., & Szwarcwald C. L. (2010). Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 671-681.
- Frias P. G., Szwarcwald C. L., & Lira P. I. C. (2011). Estimativa da mortalidade infantil no contexto de descentralização do sistema único de saúde (SUS). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 463-470.
- Frias P. G., Szwarcwald C. L., & Lira P. I. C. (2014). Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2068-2080.
- Haraki C. A. P., Goltlieb S. L. D., & Laurenti R. (2005). Confiabilidade do sistema de informações sobre mortalidade em município do Sul do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1), 19-24.
- Haraki C. A. P., Gotlieb S. L. D., & Laurenti R. (2005). Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 19-24.
- Katz, N. (2018). *Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helminthoses* (p. 76). Belo Horizonte: CPqRR.
- Laurenti R., Mello Jorge M. H. P., & Gotlieb S. L. D. (2004). A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 909-920.
- Leite B. H. S., Rodrigues G. G. P., Fernandes V.V., Medeiros C. S., Correia A. A., & Souza I.F.A.C. (2017). Incidência de Esquistossomose Mansônica em Pernambuco no Período Compreendido entre 2010 a 2016. *Ciências Biológicas e de Saúde*, 3(2), 57-66.
- Lucena, L., Cagliari G. H. B., Tanaka J., & Bonamigo E. L. (2014). Declaração de Óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. *Revista Bioética (Impr.)*, 22 (2), 318-324.
- Mendonça F. M., Drumond E. & Cardoso A. M. P. (2010). Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(2), 285-295.
- Messias K. L. M., Júnior J. P. B., Pegado M. F. Q., Oliveira L. C., Peixoto T. G., Sales M. A. C., Filho M. P. M., Ferreira D. G., Lage M. P. F., Freitas T. P., & Filho J. G. B. (2016). Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), 1255-1266.
- Miranda S. S., Martins E. M., Queiroz L. A., Andrade A. P. E. N., Santos L. P. S., Sódre T. M., & Oliveira L. B. (2016). Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde: análise de um município de médio porte da região Nordeste. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 18(4), 14-21.
- Oliveira, E. C. A., Pimentel, T. J. F., Araujo, J. P. M., Oliveira, L. C. S., Fernando, V. C. N., Loyo, R. M., Gomes, E. C. S., Moreira, R. S., & Barbosa, C. S. (2018). Investigação sobre os casos e óbitos por esquistossomose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4), e2017190. Recuperado em 29 de novembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400010>

Oliveira T.F., Soares M.S., Cunha R.A., & Jonathan S.S. (2011). Educação e controle da esquistossomose em Sumidouro (RJ, Brasil): avaliação de um jogo no contexto escolar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciência*, 8(3).

Pernambuco. (2014) *SANAR: Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco, 2011-2014*. (2a ed., 39p.). (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. .

Ramalho M. O. A., Frias P. G., Vanderlei L. C. M., Macêdo V. C., & Lira P. I. C. (2015). Avaliação da incompletude da declaração de óbitos de menores de um ano em Pernambuco, Brasil, 1999-2011. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2891-2898.

Ramos A. N. Jr. et al. (2013). Profilaxia e controle. In R. S. Batista et al. (Org.). *Esquistossomoses humanas* (pp. 148-181). Rio de Janeiro: Rubio.

Rios M. A., Anjos K. F., Meira S. S., Nery A. A., & Casotti C. A. (2013). Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 131-138.

Silva J. A. C., Yamak I. V. N., Oliveira J. P. S., Teixeira R. K. L. C., Santos F. A. F., & Hosoume V. S. N. (2013). Declaração de óbito, compromisso no preenchimento: Avaliação em Belém – Pará, em 2010. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(4), 335–340.

Silva P. H. A., Lima A. S. D., Medeiros A. C. M., Bento B. M., Silva R. J. S., Freire F. D., Morais K. C. L., Frederico T. J. G., Correia L. P. M. P., & Melo M. C. L. (2016). Avaliação do Conhecimento de Médicos Professores, Residentes e Estudantes de Medicina acerca da Declaração de Óbito. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 183-188.

Tibiriça S.H.C., Guimarães F.B., & Teixeira M. T. B. A. (2011). A esquistossomose mansoni no contexto da política de saúde brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1375-1381.

Wichmann D., Panning M., Quack T., Kramme S., Burchard G.D., Greveling C., & Drosten C. (2009). Diagnosing schistosomiasis by detection of cell-free parasite DNA in human plasma. *PLoS Negl Trop Dis*, 3(4), 422.

World Health Organization. (2017). *Schistosomiasis*. Recuperado 24 de abril, 2019, de <https://www.who.int/schistosomiasis/epidemiology/en/>

## ANÁLISE DA INCOMPLETUDE DOS REGISTROS DE ÓBITOS POR CAUSAS BÁSICAS DE ESQUISTOSSOMOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO, BRASIL, 2000-2014

### Questionário

Nº do questionário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Especialidade médica: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

#### 1) Quem preenche a Declaração de Óbito (DO) neste setor?

- Médico Staff  Médico Residente  Graduando de medicina  
 Enfermeiro  Técnico de enfermagem  Outros profissionais de saúde

#### 2) Você possui conhecimento sobre o preenchimento adequado da Declaração de Óbito?

- Sim  Não  Sem informação

#### 3) Segundo os dados do DATASUS, observou-se no estado de Pernambuco que as maiores incompletudes estão presentes nas informações, por exemplo, sobre escolaridade, cor/raça e faixa etária. Na sua opinião, qual a razão desse não preenchimento?

- Ausência de informação sobre o paciente  
 Falta de tempo  
 Falta de conhecimento sobre o preenchimento adequado da DO  
 Não são informações relevantes  
 Outros \_\_\_\_\_

#### 4) Você já participou de algum curso de capacitação sobre o preenchimento adequado da DO?

- Sim  Não  Não lembro

#### 5) Você acha necessário um curso de capacitação para o preenchimento adequado da DO? Sim Não Tanto faz Sem informação

### Apêndice