



ARTIGO ORIGINAL

Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro

Infant death surveillance as an indicator of health care system effectiveness – a study conducted in northeastern Brazil

Paulo G. Frias¹, Pedro Israel C. de Lira², Suely A. Vidal³, Lygia C. Vanderlei³

Resumo

Objetivo: avaliar, a partir do óbito infantil, o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada às crianças no município, durante a doença que levou ao óbito.

Métodos: estudo descritivo de corte transversal, censitário, de série de casos de óbitos infantis ocorridos em Bom Conselho, Pernambuco, no período de 1/1/1999 a 31/12/1999, identificados através do Sistema de Informação sobre Mortalidade, unidades de saúde, cartórios, cemitérios, agentes de saúde e parteiras. Os dados foram coletados mediante entrevistas domiciliares e revisão de prontuários, em instrumentos específicos.

Resultados: foram investigados 71 dos 72 óbitos identificados, com perda de 1,4%. A maioria (69,4%) ocorreu no período pós-neonatal. Do total, 67,6% aconteceram no domicílio, 77,5% procuraram assistência pelo menos uma vez, sendo as emergências as mais procuradas (65,1%), porém 22,5% não foram levados a nenhum serviço de saúde. A maioria dos serviços de saúde (90,9%) estava a menos de uma hora de distância dos domicílios, 78,5%, localizados no município de residência, e 97% dos atendimentos foram realizados por médicos. Das 88 consultas realizadas, 39,8% terminaram com internamento, e 27,3% foram atendidos e dispensados sem marcação da consulta de retorno, e 84% receberam todas as medicações gratuitamente.

Conclusões: através da vigilância dos óbitos, foi possível identificar a precariedade do acesso e da qualidade da atenção prestada às crianças no município. A elevada proporção de óbitos domiciliares sugere problemas no acesso, e a peregrinação de parte das mães aos serviços, durante a doença que provocou a morte dos seus filhos, denunciam a precária organização dos serviços.

J Pediatr (Rio J) 2002;78(6):509-16: avaliação de serviços de saúde, avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, avaliação de processos e resultados, indicadores de qualidade em assistência à saúde, inquérito domiciliar de óbitos infantis.

Abstract

Objective: to evaluate the access to and quality of health care administered to infants based on postmortem data.

Methods a descriptive cross-sectional census-based study was carried out to assess the infant deaths that occurred in the town of Bom Conselho, state of Pernambuco, between January 1st 1999 and December 31st 1999. Home interviews and inspection of medical records were used for data collection. Deaths were identified by consulting the Mortality Information System, health centers, public notary services, cemeteries, health workers, and midwives.

Results: seventy-one of 72 deaths were investigated, with a loss of 1.4%. The majority (69.4%) of deaths occurred in the postneonatal period and 67.6% of them occurred at home. In 77.5% of the cases medical help was sought at least once, most frequently at emergency units (65.1%). However, 22.5% of the patients were not taken to any kind of health care service. Most health care services (90.9%) were less than one hour away from the patient's home, 78.5% were located in the town of residence and 97% of the consultations were carried out by doctors. Of 88 consultations, 39.8% resulted in hospitalization and 27.3% in discharge without arrangement of a follow-up appointment. In 84% of the cases the medication was provided free of charge.

Conclusions: death surveillance revealed restricted access to medical care and poor quality of health care administered to infants living in the referred town. The high rate of home deaths is related to access, whilst the journeys made by some of the mothers to health care units, during the illness that caused the death of their infants, points to the precarious organization of those services.

J Pediatr (Rio J) 2002;78(6):509-16: evaluation of health services; evaluation of health care quality; evaluation of processes and results; health care quality indicators; home surveys of infant deaths.

1. Mestre em Pediatria – Universidade Federal de Pernambuco -UFPE.

2. Doutor em Medicina – Universidade de Londres.

3. Mestre em Saúde Materno-Infantil – Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP.

Fonte financiadora: Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI.

Artigo submetido em 25.06.01, aceito em 19.08.02.

Introdução

A mortalidade infantil, segundo Murnaghan¹, “é o primeiro indicador do estado de saúde de uma população e também da eficácia dos serviços de saúde dos países pobres”. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência e as precárias condições socioeconômico-culturais são apontadas como fatores condicionantes e/ou determinantes do elevado número de mortes infantis²⁻⁴.

Desde 1976, Rutstein⁵ preconizava a seleção de alguns eventos (óbitos ou doenças) que pudessem servir como indicadores da efetividade de programas e serviços de saúde. A seleção do óbito infantil e materno como “sentinela”⁵, também chamado “desnecessário”⁶ ou “consentido”⁷ justifica-se pela estreita relação com o acesso e a qualidade da assistência prestada ao grupo materno-infantil. Através da vigilância epidemiológica do óbito, é possível identificar falhas na assistência, devendo ser parte integrante da operacionalização dos programas⁸. Essa vigilância, como componente fundamental de programas ou serviços, pode permitir o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, explicitando os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso, que contribuem para o processo de fragilização da criança⁹.

A avaliação em saúde vem incorporando o método epidemiológico na análise de desempenho dos serviços de saúde, constituindo-se em “etapa essencial do processo de planejamento e administração do setor saúde, possibilitando a tomada de decisões de maneira racional face aos problemas enfrentados pelos serviços de saúde”¹⁰.

Os indicadores de desempenho são medidas indiretas de qualidade, são utilizados como instrumento de monitoramento, para salientar processos, serviços ou profissionais, que podem estar apresentando problemas, ou precisam de uma avaliação mais direta. São expressos através de evento, taxa ou razão. Tanto podem medir o processo de cuidado ao paciente quanto o seu resultado¹¹.

Considerando que o óbito é um efeito terminal de uma rede causal não-linear, com variados determinantes⁸, a análise em profundidade destes poderia ser melhor compreendida, mediante “estudo de caso único ou múltiplos”^{12,13}.

O presente estudo se propõe, a partir da vigilância do óbito infantil, inferir o acesso e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, representados pela proporção de mortes domiciliares e pela trajetória das mães à procura de assistência, durante a doença que levou a criança a morte.

Métodos

Os dados do presente trabalho fazem parte da pesquisa avaliativa sobre “Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios pernambucanos com condições de vida semelhantes”, aprova-

da pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, em 1999⁹.

Apresenta um desenho descritivo de corte transversal, censitário, de uma série de casos de óbitos de menores de um ano, residentes no município de Bom Conselho, no período de 1/1/1999 a 31/12/1999. Esse tipo de estudo foi selecionado por ser uma estratégia em que a observação se dá a partir do interior dos casos, permitindo uma análise mais aprofundada de uma situação ou fenômeno, tendo alta validade interna¹²⁻¹⁴.

Bom Conselho situa-se a 204 Km da capital, possui 41.067 habitantes, 50,6% na zona urbana. Está classificado em 84º e 56º lugar em ordem decrescente, pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e pelo Índice de Condição de Vida (ICV), respectivamente, entre os 184 municípios de Pernambuco. Está habilitado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), do Ministério da Saúde, para gestão plena da atenção básica. Dispõe de um hospital de médio porte, uma unidade de saúde da família e oito unidades básicas de saúde. O programa de agentes comunitários de saúde (PACS), implantado desde 1992, apresenta cobertura populacional estimada em 70%.

Os óbitos foram identificados em unidades processadoras do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e complementados por busca ativa em unidades de saúde, cartórios, cemitérios, oficiais ou não, e comunidade, através dos agentes comunitários de saúde e das parteras tradicionais. A confiabilidade dos dados, principalmente os obtidos das fontes alternativas, foram verificados através da revisão da idade e tipo de óbitos declarados, através da própria declaração de óbitos e das investigações domiciliar e hospitalar dos casos.

O instrumento de investigação teve como base um questionário aplicado por Duchide, no Rio de Janeiro², e outro utilizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco^{15,16}, adaptados aos objetivos do estudo. O primeiro instrumento já havia sido validado por Hartz *et al.*⁷, e o segundo, por Leal *et al.*^{15,16}. Os questionários continham perguntas fechadas e semi-abertas, referentes à situação socioeconômica, à história obstétrica e aos antecedentes mórbidos, enfocando, mais detalhadamente, o último episódio. Para esse último, foram abordadas questões relacionadas à busca de assistência que constavam de data e hora de atendimento, serviço procurado, local, distância do domicílio, profissional assistente, conduta adotada, intervalo entre as consultas e aquisição de medicamentos.

Os dados foram coletados por técnicos do setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, previamente treinados, mediante entrevistas domiciliares com mãe, responsáveis ou parentes, após explicação dos objetivos da pesquisa e de autorização verbal, no período compreendido entre janeiro e maio/2000. Cada questionário foi revisado pelo coordenador, em conjunto com o entrevista-

dor; as respostas em branco, inconsistentes ou duvidosas foram resolvidas com novas visitas domiciliares, ou em consultas à documentação oficial (declaração de nascidos vivos e declaração de óbitos).

Nos casos onde houve atendimento em unidades de saúde, identificado através da entrevista domiciliar, foram consultados os prontuários e/ou as fichas de atendimentos, para resgatar informações importantes, relativas, exclusivamente, ao processo mórbido que culminou no óbito. Para reconstituição das histórias clínicas, utilizou-se o instrumento de investigação domiciliar, o resumo dos casos obtidos nos serviços de saúde e as declarações de óbitos e de nascidos vivos. A multiplicidade de documentos foi uma tentativa de se obter o maior número de evidências que permitissem esclarecer, com alguma precisão, os fatos relevantes para o adoecimento e morte da criança, e contribuísem para aumentar o potencial explicativo do estudo. Essa documentação foi analisada por três pediatras sanitaristas, mestres em saúde materno-infantil, independentes, que, a partir de critérios implícitos¹⁷ de qualidade técnico-científica, reconstituíram as histórias clínicas.

Resultados

No período de janeiro a maio de 2000, foram identificados 72 óbitos de menores de 1 ano em residentes do município de Bom Conselho, ocorridos no ano de 1999, e investigados 71, representando uma perda de apenas 1,4%.

Foram analisadas algumas características biológicas destas crianças, observando-se que 69,4% concentraram-se no grupo etário de 28 dias a 11 meses (período pós-

neonatal), havia predomínio do sexo masculino (62,5%), nascidas a termo 81,7%, e 60,6% com peso adequado (Tabela 1).

Quanto às características maternas, a maioria (64,8%) encontrava-se no grupo etário de 20 a 35 anos, e 60% com até 3 anos de estudo (Tabela 2).

Apesar de dois terços dos óbitos (67,6%) terem acontecido nos domicílios (Tabela 1), foi verificado que 77,5% das crianças foram levadas aos serviços de saúde pelo menos uma vez, dos quais 8,4% por até quatro vezes, significando que 55 crianças foram levadas 88 vezes aos serviços de saúde, antes do óbito. Entretanto foram encontradas 22,5% das crianças que não foram levadas para nenhuma unidade, durante a doença que ocasionou o óbito. Entre os tipos procurados, a maioria foi serviço de emergência de hospitais públicos (65,1%), localizados preferencialmente no município de residência (78,5%), enquanto que o hospital de referência regional, situado na cidade vizinha, foi utilizado em quase 16% das vezes. Quanto ao tempo gasto para o acesso, a maior parte (90,9%) distava a menos de uma hora do domicílio (Tabela 3).

Em relação ao profissional que realizou o atendimento, observa-se que 97% das crianças foram assistidas por médicos. Das 88 consultas, 39,8% resultaram em hospitalização, 8% em transferência para outras unidades, e 27,3% foram atendidas e dispensadas sem marcação da consulta de retorno. No entanto, em torno de 84% tiveram acesso a todas as medicações, seja porque foram internadas (39,8%), ou porque as receberam gratuitamente (44,3%). Não houve referência à impossibilidade de uso de medicamentos por falta de recursos para a compra (Tabela 4).

Tabela 1 - Distribuição da frequência dos óbitos de menores de 1 ano segundo grupo etário, sexo, peso ao nascer, idade gestacional e local de ocorrência do óbito

Características dos óbitos		N	%
Grupo etário	< 24 horas	5	6,9
	24 horas a 6 dias	5	6,9
	7 a 27 dias	12	16,8
	28 dias a 11 meses	50	69,4
Sexo	Masculino	45	62,5
	Feminino	27	37,5
Peso ao nascer*	< 1.500 gramas	3	4,2
	1.500 a 2.499 gramas	25	35,2
	≥ 2.500 gramas	43	60,6
Idade gestacional*	< 37 semanas	13	18,3
	≥ 37 semanas	58	81,7
Local de ocorrência*	Hospital	23	32,4
	Domicílio	48	67,7

Fonte: Pesquisa * Total = 71 (um não foi investigado)

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos óbitos de menores de 1 ano segundo algumas características maternas, grupo etário, escolaridade e ocupação

Características maternas		N	%
Grupo etário	≤ 19 anos	11	15,5
	20 a 34 anos	46	64,8
	≥ 35 anos	14	19,7
Escolaridade (anos de estudo)	Nenhum	25	35,2
	1 a 3 anos	18	25,4
	4 a 7 anos	16	22,5
	8 a 11 anos	2	2,8
	≥ 12 anos	1	1,4
	Ignorado	9	12,7

Fonte: Pesquisa

Discussão

As pesquisas enfocando o óbito infantil, através de entrevistas domiciliares, têm sido utilizadas como instrumental apropriado para o diagnóstico do perfil de mortalidade e estudos de acesso aos serviços de saúde^{3,10,18-20}.

A investigação dos óbitos de menores de um ano em Bom Conselho forneceu informações relevantes para reflexão sobre o perfil da mortalidade infantil, e a qualidade da assistência prestada nos municípios de pequeno porte do interior do nordeste brasileiro. As perdas das informações referentes às entrevistas domiciliares foram inferiores ao

Tabela 3 - Distribuição de frequência de óbitos em menores de 1 ano segundo número de serviços procurados, tipo e localização

		N	%
Número de serviços procurados	1	30	42,3
	2	19	26,8
	3 a 4	6	8,4
	Nenhum	16	22,5
	Total	71	100,0
Tipo de serviço	Posto / Centro de saúde	16	18,2
	Ambulatório de hospital público	5	5,7
	Emergência	58	65,1
	Hospital / Maternidade	7	8,0
	Outro	2	2,3
	Total*	88	100
Localização	Município de residência	69	78,5
	Referência regional	14	15,9
	Referência estadual	1	1,1
	Outros	4	4,5
	Total*	88	100,0
Tempo de acesso	< 1 hora	50	90,9
	1 - 3 horas	4	7,3
	> 3 horas	1	1,8
	Total [§]	55	100,0

Fonte: Pesquisa

* Alguns serviços foram procurados mais de uma vez, razão porque o total é 88 e não 71.

§ 16 crianças não foram levadas a nenhum serviço de saúde

Tabela 4 - Distribuição de frequência dos óbitos em menores de 1 ano segundo profissional que prestou atendimento, conduta e aquisição de medicamentos

		N	%
Profissional	Médico	85	97,0
	Enfermeiro	1	1,1
	Parteira	1	1,1
	Ignorado	1	1,1
Conduta	Atendido sem retorno	24	27,3
	Atendido com retorno	19	21,6
	Atendido e referido	7	7,9
	Internado	35	39,8
	Não atendido	1	1,1
	Outro (observação)	2	2,3
Aquisição	Comprou todos	2	2,3
	Ganhou todos	39	44,3
	Comprou/ganhou alguns	6	6,8
	Não pode comprar	0	-
	Não atendido	1	1,1
	Internado	35	39,8
	Outro	5	5,7
	Total	88	100,0

Fonte: Pesquisa

esperado, apenas 1,4%, índice muito baixo considerando o tempo decorrido entre o óbito e o estudo, quando comparado a outros estudos, como o de Duchiaide et al.², no qual a perda foi de 29% para os óbitos neonatais e de 40% para os pós-neonatais; Macedo et al.³, com perda de 56,2%; Formigle et al.²¹, com 76,6%; e outro, realizado por Barreto et al.²², em que a perda foi de 9%.

Como problemas do estudo, cita-se o viés de memória e de seleção. O primeiro relacionado ao tempo decorrido entre o evento e a entrevista, que variou de 1 a 12 meses, e o segundo em função das características geográficas e socioeconômico-culturais que, apesar da busca ativa extensiva dos óbitos, leva à subnumeração em grupos familiares socialmente desfavorecidos²³. Nesta pesquisa, acredita-se que praticamente todos os óbitos de menores de um ano foram identificados, visto que o Sistema de Informação sobre Mortalidade só havia registrado 39, enquanto a busca ativa complementar em fontes alternativas de informação identificou mais 33 casos. Parte considerável destes últimos ocorreu em domicílio e, em muitos, os serviços de saúde não foram procurados. Ainda devem ser consideradas as falhas e omissões verificadas no preenchimento dos prontuários, dificultando, em algumas vezes, a vinculação do motivo da consulta ao óbito, apesar do relato da mãe.

Outra limitação, além dos vieses, é quanto à validade do indicador de desempenho selecionado (trajetória das mães nos serviços). Travassos¹¹ descreve dois tipos de validade, causal e aparente. A causal relaciona-se “à forte associação

estabelecida, com base no conhecimento científico, entre o processo de cuidado e a medida de resultado utilizada”¹¹, e a aparente relaciona-se a um modelo lógico, “o sentido das relações que devem indicar fazem sentido para especialistas”¹¹, usado no presente estudo. Apesar destas limitações, se reconhece que o principal papel deste tipo de informação é fornecer subsídios para formulação de políticas e atividades que visem à melhoria da atenção prestada.

A análise dos resultados demonstra que parte importante destes eventos aconteceu nos domicílios (67,6%), sem assistência médica. Este fato se repete em cidades de pequeno porte do nordeste brasileiro, como identificaram Hartz et al. nos municípios de Assu (59,5%) e Caicó (42,6%), no Rio Grande do Norte²⁴. Barreto et al., estudando óbitos infantis em 3 cidades do Ceará, caracterizadas pela boa cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelos serviços de saúde, organizados com ênfase para a atenção primária, encontraram 46% de óbitos domiciliares²². Diferente do padrão das cidades de médio e grande porte em que, devido às facilidades de assistência, prevalece o hospital como local de ocorrência dos óbitos. Na região metropolitana de Salvador²¹, em Pelotas²⁰ e no Rio de Janeiro², os valores foram significativamente mais baixos, 21,3%, 18,9% e 13%, respectivamente. Ressalta-se que neste último, o valor das estatísticas oficiais era 7% de óbitos domiciliares, porém, após investigação dos prontuários, foi identificado que 6% já chegaram mortos aos serviços, totalizando 13% de óbitos não hospitalares.

A peregrinação das mães à procura de serviços de saúde durante a doença que provocou a morte de seus filhos evidencia a busca de assistência resolutive, expressa pelo número de vezes em que os serviços de emergências foram procurados (65,1%). Em inquérito domiciliar realizado em São Paulo, Cesar e Tanaka¹⁰ observaram que o serviço de saúde mais procurado para morbidade ocorrida nos últimos dias 15 dias foi o pronto-socorro (40,3%). A presteza do atendimento, independente da obtenção de fichas para consultas e a possibilidade de realização de exames complementares, no momento do atendimento, parecem ser fatores decisivos na escolha desse serviço em detrimento dos centros/postos de saúde (18,2%), ambulatórios hospitalares (5,7%), ou serviços privados (2,3%). A menor procura aos centros ou postos de saúde pode expressar a dificuldade de acesso às consultas e/ou a baixa resolutividade da rede básica, ou ainda, falta de orientação, ou presença de outros fatores sociais. A participação dos serviços privados é praticamente nula devido ao baixo poder aquisitivo da população, associado à sua pouca disponibilidade em regiões pobres do Nordeste, apenas um caso procurou o ambulatório de sindicato (2,3%) por 2 vezes. Diferente do estudo de César e Tanaka, em São Paulo, no qual a procura por clínicas e consultórios particulares e serviços conveniados foi de 20,1%. No entanto, este autor aponta a importância dos serviços públicos como provedores de assistência para a maioria da população¹⁰.

Por outro lado, os atendimentos de emergência, com profissionais em plantões de 24 horas, que devido à sua especificidade estão mais empenhados em atender e resolver casos graves e queixas imediatas, podem estar comprometendo essa aparente resolutividade, pois deixam de ver a criança de forma integral, não fazem o acompanhamento da doença e, habitualmente, não orientam as mães em que circunstâncias devem retornar. Também é possível que a gravidade nem sempre tenha sido identificada nos serviços, pois várias crianças que foram a óbito foram liberadas após a consulta. Ressalta-se que, no município em foco, os plantonistas dos serviços de emergência são médicos clínicos, e que só há um pediatra na cidade, lotado em um serviço ambulatorial.

Em que pese a diferença nos níveis de complexidade entre as unidades de Bom Conselho e do Rio de Janeiro, a incapacidade de detecção de gravidade dos casos ou a ausência de um sistema de transporte adequado foi um denominador comum nestes dois estudos, pois 74% dos óbitos não hospitalar do Rio de Janeiro foram dispensados pelos serviços de saúde², tal como aconteceu em Bom Conselho.

No entanto, uma parcela importante de mães do presente estudo (22,5%) não recorreu aos serviços durante a doença que ocasionou a morte. Este achado pode estar relacionado à inexistência de profissionais nas unidades próximas ao domicílio, durante a doença da criança, dificuldade de transporte e de acesso, descrédito com os serviços, não reconhecimento da gravidade pela mãe, ou,

ainda, decorrente de padrões culturais remanescentes de regiões em que a natalidade e a mortalidade infantil permanecem altas. Hartz²⁴ atribui a elevada taxa de mortes em domicílio a uma baixa credibilidade e confiança nos serviços.

Ao contrário destas mães, outras levaram seus filhos doentes aos serviços três ou mais vezes (8,4%), duas vezes (26,8%), e pelo menos uma vez (42,3%) antes do óbito. Duchiate et al. encontraram, no Rio de Janeiro, 38% de óbitos neonatais que passaram pelos serviços de saúde 1, 2 ou mais vezes antes de falecer. Para os óbitos pós-neonatais, esse percentual foi de 63%, destes, 25% haviam sido internados na semana anterior ao óbito². Macedo et al., em Salvador, verificaram que houve 3 atendimentos para cada 2 crianças, para as 165 famílias entrevistadas³. No Ceará²², houve procura por assistência em 79% dos casos, aproximando-se a Bom Conselho (77,5%). O grande número de vezes em que as unidades de saúde foram procuradas pode sugerir inabilidade dos profissionais para detectar e tratar os casos graves, ou ainda falta de estrutura dos serviços. Esta suposição é corroborada pelo alto percentual de consultas realizadas anteriormente ao óbito ocorrido no domicílio (48). Cerca de 31 crianças (64,6%) foram levadas aos serviços até 4 vezes, sendo tal fato de extrema gravidade, visto que 97% dos atendimentos foram realizados por médicos. Este resultado aponta para a necessidade de um programa de educação continuada para os profissionais destas unidades, visando melhorar a qualificação para a assistência à criança e da resolução das deficiências quantitativas de técnicos, insumos e equipamentos, além da melhoria das condições de trabalho.

Observa-se que o óbito provavelmente não dependeu da dificuldade de acesso geográfico aos serviços, pois a maioria deles (91,1%) localizava-se a menos de uma hora, e apenas 4 (7,3%) entre 1 e 3 horas do domicílio, independentemente do meio de transporte utilizado. Há que se considerar que a distância entre o perímetro urbano de Bom Conselho e Garanhuns (município de referência regional, cuja procura correspondeu 15,9%) percorre-se em tempo inferior a uma hora, e apenas os residentes na área rural demoram mais do que isso. César e Tanaka¹⁰ encontraram em São Paulo variações no percentual de atendimento no próprio município de residência (54,7% a 95,3%), enquanto que Bom Conselho situou-se em nível intermediário (78,5%). O autor atribui estes dados "à baixa capacidade do setor público local para atender a população dependente dele, e à grande necessidade de ampliação dos serviços materno-infantis, e aponta para as dificuldades de execução de programas locais de saúde, em face das baixas coberturas existentes e da grande evasão para a procura de serviços em outros municípios"¹⁰.

Dentre as 88 consultas realizadas, 39,8% geraram hospitalização, 2,3% com observação na unidade e liberação posterior. Quase 30% foram atendidos e aprazados para retorno, ou transferidos, indicando o reconhecimento da necessidade de monitoramento ou de terapêutica pertinente

em outros serviços. No entanto, 27,3% das crianças foram atendidas sem marcação de retorno, decorrente provavelmente da não percepção da gravidade, ou, talvez, da indefinição clínica do caso por procura precoce ao serviço. Este fato pode estar associado à insuficiente organização e articulação dos serviços com o Programa de Saúde da Família ou dos Agentes Comunitários de Saúde, que poderiam vigiar essas crianças potencialmente de risco, quebrando a cadeia de vulnerabilidade através de ações educativas e da vigilância, podendo assim prevenir muito destes óbitos. No estudo de Barreto *et al.*²², no Ceará, os agentes foram mencionados por menos de 30% das famílias investigadas, mesmo notificando a maioria dos óbitos, indicando que os agentes de saúde não são reconhecidos pelos serviços e famílias, possivelmente esses profissionais funcionam mais como notificadores destes eventos.

Outro ponto analisado foi aquisição dos medicamentos prescritos nos serviços. Verificou-se que os gestores têm cumprido seu papel no que se refere à oferta de medicamentos, pois em apenas 6,8% das consultas houve necessidade de se comprar algum dos medicamentos prescritos, e ninguém deixou de usar por não poder comprar.

A partir dos resultados encontrados, pode-se afirmar que a elevada proporção de óbitos domiciliares, muitos dos quais invisíveis às estatísticas oficiais, só identificados através da busca ativa, aponta para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a peregrinação das mães à procura dos serviços de saúde durante a doença que provocou a morte dos seus filhos também permite questionar a qualidade da assistência no município em foco, pois muitas delas ocorreram após as crianças terem sido atendidas e até hospitalizadas. Os resultados sugerem, ainda, problemas na organização do sistema de saúde, como a falta de hierarquização, indefinição de referência e ausência de contra-referência, assim como a necessidade dos gestores municipais avaliarem a funcionalidade do modelo de atenção e os investimentos destinados para ampliação e habilitação dos profissionais e na capacitação/atualização dos médicos envolvidos na assistência à criança, considerando a absoluta escassez de pediatras no sistema local de saúde.

Referências bibliográficas

- Murnaghan JH. Health indicators and information systems for the year 2000. *Ann Rev Public Health* 1981;(2):299-361.
- Duchiade MP, Carvalho ML, Leal MC. As mortes em domicílio de menores de 1 ano na região metropolitana de Rio de Janeiro em 1986 – um “evento sentinela” na avaliação dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1989;5:251-63.
- Macedo JN, Costa MCN, Paim JS. Assistência médica e mortalidade no primeiro ano de vida em Salvador, Bahia. *Rev Bahiana Saúde Pública* 1989;16:7-14.
- Aerts RGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. *J Pediatr (Rio J)* 1997;73:364-6.
- Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Eng J Med* 1976;294:582-8.
- Leite AJM, Marcopito LF, Diniz RLP, Silva AVS, Souza LCB, Borges JC, *et al.* Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? *J Pediatr (Rio J)* 1997;73:367-82.
- Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador da qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública* 1996;30:310-8.
- Hartz ZMA. Vigilância epidemiológica da mortalidade infantil. Contribuição a planificação dos programas de saúde da criança. *Pediatr Atual* 1995;8:31-4.
- Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida [dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
- Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região Sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública* 1996;12 (Supl 2):59-70.
- Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Cienc Saúde Colet* 1999;4:367-81.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin, L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Champagne F, Denis JL. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997. p.49-88.
- Yin RK. Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Eval Pract* 1994;15:283-90.
- Leal MC, Frias PG, Vidal SA, Felisberto EC, Cardoso MC, Barreto FMP, *et al.* Investigação de óbitos de menores de 1 ano em município de médio porte: um indicador da qualidade da assistência. In: Resumos do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1998 1-5 agosto; Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.p.328.
- Leal MC, Frias PG, Cardoso MC, Rodrigues CP. Implantação de um sistema de monitoramento da mortalidade infantil no estado de Pernambuco e sua utilização na predição de óbitos: relatório apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 1997.
- Donabedian A. Advantages and limitation of explicit criteria for assessing the quality health care. *Health Society* 1981;59:99-106.
- Barros FC, Victora CG, Teixeira AMB, FILHO, MP. Mortalidade perinatal e infantil em Pelotas, RGS: nossas estatísticas são confiáveis? *Cad Saúde Pública* 1985;1:348-58.
- Victora FC, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1988.
- Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Menezes FS, Jannke H, Albernaz E. *et al.* Estudo populacional de investigação de óbitos perinatais e infantis: metodologia, validade do diagnóstico e sub-registro. *J Pediatr (Rio J)* 1997;73:383-7.
- Formigli VLA, Silva LMV, Cerdeira AJP, Pinto CMF, Oliveira RSA, Caldas AC, *et al.* Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cad Saúde Pública* 1996;12 (Supl 2) :33-41.
- Barreto ICHC, Pontes LK. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde avaliação da autópsia verbal e das informações dos ACS. *Rev Panam Salud Publica* 2000;7:303-12.

23. Puffer RR, Serrano CV. Características de la mortalidade em la ninez. Washington, DC: OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud); 1973.
24. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997. p.29-48.
23. Puffer RR, Serrano CV. Características de la mortalidade em la ninez. Washington, DC: OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud); 1973.
24. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997.p.29-48.

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo G. Frias

Rua Jornalista Edmundo Bittencourt, 75 – ap. 402

CEP 50070-590 – Recife, PE

Fone: (81) 3421.4227