

CRISTIANE MAGALHÃES DE MELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE ÓBITOS POR
CAUSAS EXTERNAS EM VIÇOSA, MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Medicina Veterinária, para
obtenção do título de *Master
Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2011

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

M528a
2011

Melo, Cristiane Magalhães de, 1979-

Avaliação da qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG / Cristiane Magalhães de Melo. – Viçosa, MG, 2011.
xx, 123f. : il. ; 29cm.

Inclui anexos.

Orientador: Paula Dias Bevilacqua.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 110-115.

1. Epidemiologia. 2. Serviços de informação. 3. Atestado de óbito. 4. Pesquisa qualitativa. I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22. ed. 614.4

CRISTIANE MAGALHÃES DE MELO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE ÓBITOS POR
CAUSAS EXTERNAS EM VIÇOSA, MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Medicina Veterinária, para
obtenção do título de *Master
Scientiae*.

APROVADA: 27 de outubro de 2011.



Elizabeth Barboza França



Marisa Barletto
(Coorientadora)



Paula Dias Bevilacqua
(Orientadora)

À minha mãe, Luzia Maria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a Deus, por Sua graça.

A minha mãe que é, para mim, exemplo de vida, agradeço pelo amor, incentivo e por estar sempre ao meu lado.

Ao meu marido Junior por sua presença, paciência e, principalmente, pelo incentivo à minha formação profissional.

À minha orientadora, Paula Dias Bevilacqua, agradeço por acreditar em mim e por me conduzir pelos caminhos da pesquisa de forma ética e responsável, contribuindo valiosamente para minha formação profissional e pessoal.

À minha co-orientadora Marisa Barletto, agradeço pela dedicação, incentivo e amizade.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Medicina Veterinária, pela oportunidade de realização do curso de mestrado e deste estudo.

À Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, em especial ao escrivão Edson pela atenção e pela disponibilidade em esclarecer minhas dúvidas sobre os procedimentos policiais na investigação de crimes.

Ao professor e amigo Fernando Galvão da Rocha, pela disponibilidade em ajudar e pelas sugestões que enriqueceram o trabalho.

Aos médicos e médicas que concordaram em participar do componente qualitativo da pesquisa disponibilizando parte de seu tempo para a realização das entrevistas.

Enfim, agradeço a todos/as que estiveram ao meu lado durante esse tempo e que, de uma forma ou de outra, se dedicaram a tornar meu caminho menos árduo e mais suave.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	vi
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE TABELAS	xi
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
APRESENTAÇÃO	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1. Mortalidade e produção da informação sobre óbitos no Brasil	5
2.2. A Polícia Civil como fonte de informação sobre mortalidade por causas externas	11
2.3. Marco legal sobre o registro de óbitos por causas externas	14
2.4. Abordagem social em epidemiologia e em estudos de mortalidade	18
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo Geral	23
3.2. Objetivos Específicos	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1. Área de estudo – o município de Viçosa	24

4.2.	Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.....	26
4.3.	Estudo descritivo sobre a mortalidade por causas externas	26
4.3.1.	Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).....	27
4.3.1.1.	Análise dos dados.....	29
4.3.2.	Dados da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa.....	32
4.3.2.1.	Análise dos dados	34
4.3.3.	Dados agrupados: SIM e Delegacia de Polícia Civil	35
4.3.3.1.	Análise dos dados	36
4.4.	Estudo qualitativo sobre os significados e sentidos da declaração de óbito	37
4.4.1.	Construção de dados	37
4.4.2.	Análise dos dados	43
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1.	Mortalidade por causas externas em Viçosa-MG: caracterização dos óbitos e avaliação da sensibilidade e confiabilidade do SIM	46
5.1.1.	Caracterização do perfil dos óbitos por causas externas em Viçosa segundo o SIM.....	46
5.1.2	Caracterização do perfil dos óbitos por causas externas em Viçosa segundo dados da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa	69
5.1.3.	Comparando as bases de dados e reconstruindo as estatísticas de mortalidade	72
5.1.4.	Considerações parciais.....	79
5.2.	Significados e sentidos da declaração de óbito e as implicações na qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas em Viçosa-MG	81
5.2.1.	Significados e sentidos da declaração de óbito	81
5.2.2.	O/A médico/a como sujeito social e político e o preenchimento da DO	86
5.2.3.	O lugar de fronteira: as causas externas de mortalidade.....	93
5.2.4.	A questão de gênero.....	103
5.2.5.	Considerações parciais.....	105
6.	CONCLUSÕES.....	107
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
	ANEXO 1 – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)	117
	ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFV.....	118
	ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	119

ANEXO 4 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
ANEXO 5 – SOLICITAÇÃO DE DILIGÊNCIA MÉDICO-LEGAL	123

LISTA DE ABREVIATURAS

BO	Boletim de Ocorrência
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID 10 ^a	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a revisão
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
CPB	Código Penal Brasileiro
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPP	Código de Processo Penal
DBF	Data Base File
DO	Declaração de Óbito
ESP/MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
K	Coeficiente Kappa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PM	Prefeitura Municipal de Viçosa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVE	Serviço de Vigilância Epidemiológica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFV	Universidade Federal de Viçosa
NIEG	Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da informação sobre óbitos por causas externas com suspeita de crime.....	14
Figura 2: Microrregião de Viçosa-MG.	24
Figura 3: Distribuição proporcional das quatro principais causas de mortalidade (capítulo CID 10) registradas, segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	47
Figura 4: Distribuição proporcional das quatro principais causas de mortalidade (capítulo CID 10), entre residentes, segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	47
Figura 5: Coeficiente de Mortalidade por causas externas/100.000 hab., segundo ano de ocorrência do óbito e local de residência, 2000 – 2009. ...	50
Figura 6: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo o ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	51
Figura 7: Distribuição proporcional de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	55
Figura 8: Distribuição proporcional dos óbitos femininos por causa externa segundo o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	56
Figura 9: Distribuição proporcional dos óbitos masculinos por causa externa segundo o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	57
Figura 10: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	58

Figura 11: Distribuição proporcional dos óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	59
Figura 13: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas em mulheres, segundo a faixa etária, Viçosa-MG, 2000 – 2009.	61
Figura 12: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas em homens, segundo a faixa etária, Viçosa-MG, 2000 – 2009.	61
Figura 14: Distribuição proporcional dos óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a raça/cor da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	62
Figura 15: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo a escolaridade da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	63
Figura 16: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e a situação conjugal da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	66
Figura 17: Distribuição proporcional dos óbitos por acidentes de transporte e agressão segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009... ..	69
Figura 18: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas, segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: População residente em Viçosa estratificada por faixa etária e sexo, segundo ano de realização do Censo Demográfico.....	25
Quadro 2: Classificação do tipo de causa externa, códigos CID 10 utilizados para a classificação e descrição das circunstâncias que compreendem cada tipo de causa externa (continua).	28
Quadro 3: Variáveis e categorias utilizadas na análise dos dados do SIM (continua).....	29
Quadro 4: Descrição da variável 'local de residência' conforme bairros e áreas integrantes, Viçosa-MG, 2011 (continua).....	30
Quadro 5: Caracterização da variável 'tipo de causa externa' para os dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa-MG.....	34
Quadro 6: Variáveis e categorias utilizadas na análise dos dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa-MG	34
Quadro 7: Tipos de concordância para valores de k, segundo Shrout (1998)	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e proporção de óbitos registrados, segundo capítulos da CID 10 e ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	48
Tabela 2: Frequência e proporção de óbitos registrados entre residentes, segundo capítulos da CID 10 e ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	49
Tabela 3: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa, o sexo, a faixa etária, a raça/cor e a situação conjugal da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009. (Continua.....)	52
Tabela 4: Frequência, proporção e razão de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	54
Tabela 5: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	56
Tabela 6: Frequência e proporção de óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	60
Tabela 7: Frequência e proporção de óbitos por causa externa segundo o tipo de causa, a faixa etária e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009..	61
Tabela 8: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo a escolaridade da vítima e o ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	64
Tabela 9: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo a situação conjugal da vítima e o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	65
Tabela 10: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e a região de residência da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.	68

Tabela 11: Frequência e proporção de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil, segundo o ano de ocorrência, o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	71
Tabela 12: Frequência e proporção de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil, segundo o sexo da vítima tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	72
Tabela 13: Frequência e proporção de óbitos por causas externas, segundo o banco de dados consultado e o ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	74
Tabela 14: Frequência e proporção de óbitos, segundo o banco de dados consultado e o tipo de causa externa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	74
Tabela 15: Frequência e proporção de óbitos por causas externas, segundo sexo e o banco de dados consultado, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	75
Tabela 16: Concordância entre tipos de causas externas de óbitos definidos após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	76
Tabela 17: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (acidente de transporte) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	78
Tabela 18: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (outros acidentes) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	78
Tabela 19: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (suicídio) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	78
Tabela 20: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (agressões) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	79
Tabela 21: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (intenção indeterminada) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.....	79

RESUMO

MELO, Cristiane Magalhães de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, outubro de 2011. **Avaliação da qualidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG.** Orientadora: Paula Dias Bevilacqua. Coorientadoras: Marisa Barletto e Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

O estudo objetivou avaliar a qualidade da informação sobre óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa-MG, no período de 2000 a 2009 e compreender os significados e sentidos da declaração de óbito (DO) para os/as médicos/as responsáveis por seu preenchimento. A pesquisa compreendeu dois componentes metodológicos: quantitativo e qualitativo. No primeiro, as fontes de dados compreenderam as DO de causas externas (capítulo XX da CID 10^a) do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa e os livros de registros de inquérito da delegacia de Polícia Civil do mesmo município. No estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com médicos/as assistentes, legistas e de unidades de urgência e emergência que atendem ao município. De acordo com informações do SIM, as causas externas foram a 4^a principal causa de óbito em Viçosa, no período analisado. As vítimas, em sua maioria, eram homens (79%), jovens entre 20 e 29 anos (26%), solteiros (38%), de cor preta ou parda (47%), residente em Viçosa, principalmente em regiões populosas e vulneráveis. A proporção de óbitos com intenção indeterminada foi elevada, assim como de campos não preenchidos ou ignorados, demonstrando problemas na qualidade dos dados do SIM. A comparação entre os dados do SIM e os obtidos nos registros da Polícia Civil revelou a ocorrência de número significativo de óbitos registrados apenas na Polícia Civil, apontando a fragilidade do SIM em captar o total de óbitos ocorridos, implicando em problemas importantes na construção de estatísticas oficiais sobre óbitos por acidentes e violências

no município. A pesquisa qualitativa indicou que diferentes sentidos são atribuídos à DO de acordo com a função que o documento desempenha, quem o preenche e a quem ele é dirigido, implicando em equívocos na interpretação das leis, resoluções e portarias que tratam das responsabilidades médicas no preenchimento das DO de vítimas de causas externas. As entrevistas revelaram, ainda, maior importância atribuída à informação sobre a causa do óbito em detrimento das demais informações contidas na DO, inclusive aquelas relativas ao campo 'prováveis circunstâncias de morte não natural'. A compreensão de que cabe ao/a médico/a informar sobre a natureza da lesão, considerando apenas seu componente biológico, pode explicar o alto percentual de óbitos por causas externas com intenção indeterminada e, também, de campos não preenchidos ou ignorados da DO. A visão fragmentada e burocratizada da DO e a idéia hegemônica da medicina tecnicista que orienta a percepção do profissional médico sobre a doença, privilegiando essencialmente sua dimensão biológica, têm consequências negativas sobre a produção de dados e informação sobre mortalidade por causas externas, comprometendo a confiabilidade das estatísticas e enfraquecendo as possibilidades de construção de políticas públicas de prevenção e controle adequadas às características desse evento na população.

ABSTRACT

MELO, Cristiane Magalhães de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, October, 2011. **Evaluation of the quality of Information on mortality from external causes in Viçosa, MG.** Adviser: Paula Dias Bevilacqua. Co-advisers: Marisa Barletto and Sylvia do Carmo Castro Franceschini.

The study aimed to analyze the quality of information on deaths from external causes in Viçosa-MG in the period 2000 to 2009 and understand the meanings and senses of the death certificate (DO) by doctors responsible for its completion. The research methodology consisted of two components: quantitative and qualitative. At first, the sources of data included the DO of external causes (Chapter XX of ICD 10th) Information System (SIM), the Department of Health of Viçosa and the books of records of police department's Civil investigation of the same county. In the qualitative study, they were conducted semi-structured interviews with doctors / the assistants, medical examiners and emergency service units serving the municipality. According to information from the SIM, external causes were the 4th leading cause of death in Viçosa, in that period. The victims, mostly men (79%), young people between 20 and 29 years (26%), unmarried (38%), black or brown (47%), residing in Viçosa, especially in populated and vulnerable areas. The proportion of deaths of undetermined intent was high, as well as uncompleted or ignored informations showing problems in the quality of data from SIM. The comparison between the data obtained in the SIM and the Civil Police records revealed the occurrence of a significant number of deaths recorded only in the Civil Police, pointing to the fragility of the SIM to capture all deaths, resulting in major problems in building statistics officers on deaths from accidents and violence in the city. The qualitative research indicated that different meanings are attributed to DO according to the function the

document performs between whom it meets and whom it is addressed, leading to confusion in the interpretation of the laws, resolutions and ordinances dealing with medical responsibilities in filling of victims of external causes. The interviews also revealed greater importance given to information on the cause of death rather than the other information contained in DCs, including those related to the 'probable circumstances of unnatural death'. The understanding that it is up to / the doctor / on reporting the nature of the injury, considering only its biological component may explain the high percentage of deaths from external causes of undetermined intent, and also fields unfilled or skipped the DO. The bureaucratic and fragmented view of the DO and the idea of hegemonic medical technicalities that guides the perception of the medical profession about the disease, focusing essentially biological dimension have negative consequences on the production of data and information on mortality from external causes, compromising the reliability of statistics and weakening the possibilities for construction of public policies for prevention and control appropriate to the characteristics of this event in the population.

APRESENTAÇÃO

A escolha dos temas mortalidade e sistema de informação está relacionada à minha trajetória acadêmica e profissional. Ingressei na Universidade Federal de Viçosa (UFV), no curso de Economia Doméstica em 1998 e no ano 2000 fui contemplada com uma bolsa de iniciação científica em um projeto orientado pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero (NIEG). A partir de então, tive meus primeiros contatos com a pesquisa na área de saúde, com a pesquisa qualitativa e com as teorias feministas e a categoria gênero.

Formei-me em 2002 e, como toda recém formada, “pus o pé na estrada”. Trabalhei em empresas privadas durante dois anos e nesse período ingressei em um curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase em medicamentos, oferecido pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG). Durante o curso tive a oportunidade de ampliar um pouco mais meus conhecimentos em saúde pública e, também, de voltar a ter contato com a pesquisa qualitativa.

No ano de 2004, passei em um concurso da Prefeitura Municipal de Viçosa (PMV) e desde então tenho atuado como técnica do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Como se trata de um município de médio porte (72.244 habitantes), a estrutura do serviço é pequena e, por isso, os/as profissionais acabam por responder por todas as ações que dizem respeito ao setor desde a notificação e investigação dos nascimentos, doenças/agravos, surtos e óbitos, à digitação dos casos nos sistemas de informação e à elaboração de relatórios.

A necessidade de responder por diversas questões dentro do serviço exige dos/as profissionais investimento constante no conhecimento dos

componentes da Vigilância Epidemiológica, o que eu acredito ser possível a partir da realização de cursos de aperfeiçoamento e especialização. Assim, em 2007, iniciei um curso de especialização em Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde promovido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), voltado para profissionais da Vigilância Epidemiológica e/ou Ambiental dos níveis municipal, estadual ou federal.

Como trabalho final dessa especialização, foi proposto o desenvolvimento de um estudo descritivo sobre os dados produzidos em um dos sistemas de informação que faz parte dos serviços de vigilância epidemiológica. Optei, então, por desenvolver um estudo descritivo sobre a mortalidade por causas externas a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A eleição do tema mortalidade, nesse momento, estava associada à possibilidade de eu vir a assumir o SIM, uma vez que desde 2004 era alta a rotatividade de profissionais que respondiam pelo sistema de informação em Viçosa. A escolha das causas externas se deu pela necessidade de compreender a dimensão do problema em um município de médio porte como é o caso de Viçosa.

Em 2009, passei a responder pelo SIM e, conseqüentemente, por todas as atividades a ele relacionadas: busca ativa de declarações de óbito (DO); investigação de casos; codificação e seleção de causas básicas; digitação das DO e elaboração de relatórios.

Trabalhar com o SIM aumentou, ainda mais, o meu interesse em estudos sobre mortalidade, sobretudo envolvendo a mortalidade por causas externas. Havia várias questões que eu queria compreender melhor, entre elas: o SIM é confiável, ou seja, ele reflete o que de fato ocorre com a mortalidade no município? O SIM é capaz de captar todos os óbitos que ocorrem no município? Qual é a qualidade da informação registrada neste sistema?

No mesmo ano em que passei a responder pelo SIM, ingressei no curso de Mestrado no Departamento de Medicina Veterinária da UFV, tendo o privilégio de ser orientada pela professora Paula Dias Bevilacqua, aliás, me orientou durante a iniciação científica através do NIEG.

Quando chegou o momento da escolha e da apresentação do tema de pesquisa a flexibilidade e, sobretudo, a confiança da minha orientadora

em mim depositada foi decisiva. Assim, decidimos por trabalhar a temática da mortalidade por causas externas.

Optamos em trabalhar com as causas externas dado a minha experiência com o trabalho desenvolvido durante o curso de especialização e, também, pelo fato de tratar-se de óbitos que são alvo de investigação e controle policial. Nesse sentido, seria possível comparar as estatísticas policiais às estatísticas produzidas pelo SIM no município, respondendo, assim, a alguns de meus questionamentos iniciais.

A opção em se trabalhar com a pesquisa qualitativa aliada à pesquisa quantitativa está relacionada à minha trajetória acadêmica e ao interesse de compreender como as dimensões subjetivas e os significados atribuídos à declaração de óbito pelos médicos responsáveis pelo seu preenchimento se relacionam à produção da informação sobre a morte por causas externas no município. A possibilidade de ser co-orientada pela professora Marisa Barletto, também contribuiu significativamente para a escolha da metodologia para o segundo componente da pesquisa, pois havia em mim a certeza de que eu não estaria sozinha na complexa tarefa da pesquisa qualitativa.

1. INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis têm, nas últimas décadas, se constituído como principal causa de óbito da população mundial. Dentre essas causas, destacam-se as causas externas ou não naturais que incluem os incidentes não intencionais como acidentes de trânsito, quedas e queimaduras, e a violência que pode ser auto-inflingida, interpessoal, ou coletiva.

A 49^a Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1996, em Genebra, Suíça, declarou a violência como problema de saúde pública crescente em todo mundo e ressaltou a gravidade de suas conseqüências tanto a curto como a longo prazo para os indivíduos, sobretudo as mulheres e crianças, famílias, comunidades e países (OMS, 1996).

Segundo o Informe sobre La Violência y La Salud, publicado em 2003, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano 2000, 1,6 milhões de pessoas no mundo morreram em consequência da violência auto-inflingida, interpessoal ou coletiva. Isso representou uma taxa de mortalidade de 28,8 óbitos para cada 100 mil habitantes. O relatório apontou, ainda, que a grande maioria dos óbitos ocorreu em países em desenvolvimento e menos de 10% em países desenvolvidos (OMS, 2003).

No Brasil, a situação não é diferente. Dados sobre a mortalidade apontam as causas externas como a terceira principal causa de óbito, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Ressaltamos que as vítimas, em geral, são homens, jovens, que vivem em centros urbanos e em condições de vulnerabilidade social (GAWRYSZEWSKI et al, 2004; ARAÚJO et al, 2009; MASCARENHAS et al, 2009; BRASIL, 2012).

Diante da gravidade da situação da violência, em maio de 2001, o Ministério da Saúde (MS) por meio da publicação da Portaria GM nº 737 instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, num esforço de reconhecimento da violência como um dos principais problemas de saúde pública e de cidadania no Brasil. Dentre as diretrizes apontadas por essa política, está a monitorização da ocorrência de morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências) e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, reconhece-se a importância da análise sistemática dos dados sobre causas externas e da produção de informações com vistas à compreensão das características e dos determinantes dos acidentes e violência, bem como de sua magnitude.

A viabilização das diretrizes propostas pela Política Nacional tem sido buscada através da criação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e de Núcleos de Prevenção à Violência nos estados e municípios proposta pela Portaria GM nº 936/2004 do Ministério da Saúde. Tal Portaria define a criação de Núcleos de Prevenção à Violência em municípios com mais de cem mil habitantes e nos estados com mais de um município com Núcleo implantado (BRASIL, 2004).

Mais recentemente, a Portaria GM nº 2.669/2009 do Ministério da Saúde, estabeleceu os objetivos, metas e indicadores de monitorização e avaliação da situação da saúde nos estados e municípios, para o biênio 2010/2011, considerando as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria GM nº 399 de 2006. A pactuação, proposta pelo Ministério da Saúde, reafirmou, junto aos estados e municípios com mais de cem mil habitantes, o compromisso de ampliação da rede de prevenção de violência e promoção à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

No caso dos municípios com menos de cem mil habitantes, o compromisso de organização e ampliação da rede de prevenção da violência não foi pactuado. Contudo, é importante a avaliação e a monitorização da violência nos municípios brasileiros de pequeno e médio porte, visto o processo de interiorização do fenômeno que tem sido verificado nos últimos anos.

Embora seja reconhecida a importância da monitorização das características, determinantes e da magnitude dos acidentes e violências, os profissionais e gestores de saúde esbarram na questão da qualidade da informação disponível sobre esse evento. Nos municípios pequenos e médios, os problemas de qualidade e sub-registro de dados de morbimortalidade por causas externas tendem a ser maiores visto a inexistência de serviços como Instituto Médico Legal (IML) ou a precariedade de funcionamento das instituições responsáveis pela produção das informações.

Apesar dos problemas relacionados à qualidade dos dados e ao sub-registro acima descritos, os dados sobre óbitos por causas externas têm se mostrado mais adequados para análise e monitorização dos acidentes e violências, do que os dados referentes à morbidade pelas mesmas causas, uma vez que, em geral, são mais disponíveis. A maior disponibilidade dos dados de mortalidade em relação aos de morbidade está associada, principalmente, ao fato de que, no Brasil, é obrigatório o registro civil, em cartório, de todos os óbitos que ocorrem em território nacional e esse registro é feito a partir da Declaração de Óbito (DO) que compõe o SIM.

Os dados contidos na DO constituem fonte rica de informações sobre as características individuais, sócio-demográficas e sobre as principais causas de óbito, contribuindo para a identificação dos fatores de risco associados à mortalidade. No caso específico das causas externas, o preenchimento adequado da DO é importante porque além de informações sobre as características individuais e sócio-demográficas das vítimas, o documento informa sobre o local de ocorrência do evento (causas externa), o tipo de causa externa e a intencionalidade (acidente, agressão, suicídio), informações fundamentais no planejamento de ações preventivas e na avaliação da eficácia dessas ações.

Entretanto, a inadequada cobertura dos dados (sub-registro dos óbitos) e a pouca qualidade do preenchimento das DO são fatores que impactam negativamente a qualidade da informação produzida a partir do SIM, constituindo importantes preocupações dos serviços de saúde (DRUMOND *et al.*, 1999).

A ampliação da cobertura do SIM e a melhoria da qualidade das informações registradas nas DO são fundamentais para construção de estatísticas confiáveis de mortalidade e para a análise, avaliação e o planejamento de ações afirmativas em saúde.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade da informação sobre óbitos por causas externas ocorridas em um município de médio porte, produzida pelo SIM e, a partir dessa análise, identificar mais precisamente as possíveis falhas e problemas existentes, propondo medidas para suas correções. O estudo pretendeu, ainda, compreender os sentidos e significados que os/as médicos/as, responsáveis pelo preenchimento da DO atribuem a esse documento e as implicações desses significados e sentidos na produção da informação sobre mortalidade por causas externas.

O município de Viçosa, Minas Gerais, foi eleito como cenário para realização do estudo que contou com dois componentes, um quantitativo e um qualitativo, no intuito de compreender algumas questões relacionadas à qualidade, confiabilidade e a produção das informações sobre óbitos por causas externas.

Por se tratar de um estudo que possui um componente quantitativo e um componente qualitativo, optamos por organizar os resultados do estudo em duas partes. Na primeira, foi apresentado os resultados da caracterização do perfil dos óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa no período de 2000 a 2009, segundo dados do SIM e segundo os dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa; uma análise comparativa entre os dados do SIM e os dados da Delegacia de Polícia Civil e uma proposta de reconstrução das estatísticas. Na segunda, foram descritos os resultados do estudo qualitativo realizado com médicos/as sobre as dimensões subjetivas da DO e as implicações dos significados e sentidos da DO no preenchimento desse instrumento de notificação de óbitos e na produção da informação sobre a mortalidade por causas externas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Mortalidade e produção da informação sobre óbitos no Brasil

O registro da ocorrência de óbitos tem sido realizado a mais de quatro séculos na Europa e a importância dada ao registro desse evento, inicialmente, estava relacionada à preocupações dos Estados e da Igreja com questões políticas e demográficas, uma vez que manter o tamanho da população era condição fundamental para manutenção do poder dessas instituições. Atualmente, os dados de mortalidade são utilizados como importantes indicadores de saúde contribuindo para o conhecimento e avaliação do nível de vida das populações (VERMELHO *et al.*, 2009).

Por tratar-se de um evento de fácil identificação e cujo conceito é compartilhado entre diferentes grupos populacionais, o registro sistemático dos óbitos tornou-se mais fácil do que o registro de outros eventos em saúde como é o caso da morbidade. Tal fato contribuiu para que, ao longo da história, praticamente todos os países do mundo criassem mecanismos e legislações específicas sobre o registro da ocorrência de óbitos, o que tem permitido a realização de estudos baseados em medidas de mortalidade (VERMELHO *et al.*, 2009).

Estudos sobre mortalidade realizados por Willian Farr na Inglaterra apontam a importância das doenças infecciosas e transmissíveis como causas de adoecimento e óbito entre as populações até o final do século XIX. Tal situação estava em boa parte relacionada às condições inadequadas de saneamento, habitação, condições de trabalho, propiciando condições para a ocorrência de doenças e de mortes por diarreia, varíola,

peste, cólera e tuberculose, mesmo em países desenvolvidos (BONITA *et al.*, 2010).

A partir do final do século XIX e início do século XX, com a descoberta dos microorganismos e início da terapia com antibióticos, ocorreu o declínio da mortalidade por doenças infecciosas e transmissíveis, contribuindo para a transformação da estrutura demográfica das populações caracterizada pela diminuição da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Além das medidas de caráter médico (imunização e tratamento), a melhoria dos serviços de saneamento urbano (água, esgoto e destino de resíduos) e das condições de nutrição contribuíram para a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e transmissíveis e para o aumento da importância das doenças não transmissíveis e da morbimortalidade decorrente de acidentes e violência (OMRAN, 1971).

No Brasil, as doenças infecciosas respondiam por 45% de todas as causas de mortes em 1930. A partir da década de 1940, observamos o declínio da incidência de óbitos por doenças infecciosas que passaram a responder, em 2003, por apenas 5% do total de mortes ocorridas. Paralelo à diminuição da importância da mortalidade por doenças transmissíveis, ocorreu o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando o que denominamos de transição epidemiológica (CARMO *et al.*, 2003; BONITA *et al.*, 2010).

Dentre as causas não transmissíveis de óbito que acometem a população brasileira, as causas externas têm se destacado nos últimos anos, sobretudo, a partir da década de 1980, quando passaram de quarta para a segunda causa de morte no país, permanecendo abaixo apenas das doenças cardiovasculares (NJAINÉ *et al.*, 1997).

Como consequências desse fenômeno, tem-se cada vez mais mortes prematuras acarretando no aumento dos anos potenciais de vida perdidos e das incapacidades causadas pelos danos físicos, psíquicos e sociais, configurando um grave problema de saúde pública e indicando sérios problemas sociais.

Waiselfisz (2002), comparando as taxas de mortalidade da população brasileira nas décadas de 1980 e 2000, corrobora com a afirmativa acima,

informando que, sobretudo entre os jovens brasileiros, as doenças infecciosas e epidemias foram substituídas, progressivamente, pelas causas externas de mortalidade. O mesmo autor aponta que em um período de vinte anos (1980 – 2000), a incidência de óbitos por causas externas entre jovens aumentou 17%. Enquanto em 1980, as causas externas eram responsáveis por aproximadamente 53% das mortes, em 2000, 70% dos jovens morreram em consequência das causas externas, sendo as agressões a maior responsável.

O aumento da mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis ocorrido nas últimas décadas e a identificação da importância das causas externas nesse contexto, indicam a necessidade de monitorização da ocorrência do evento. Isso porque, a identificação das características, magnitude e determinantes dos acidentes e violências, é condição fundamental para elaboração de planos e estratégias de prevenção e controle.

A realização da monitorização da ocorrência de óbitos por causas externas em nível populacional depende, entretanto, da disponibilidade de dados sobre mortalidade geral e por causas, o que é possível, no Brasil, a partir do SIM.

O SIM é o sistema de informação responsável pela coleta, armazenamento e processamento dos dados referentes aos óbitos ocorridos no Brasil desde 1975 quando foi criado. Uma das principais vantagens desse sistema é a sua abrangência nacional e a capacidade de registrar características individuais dos falecidos (sexo, idade, raça/cor); informações sócio-demográficas (escolaridade, estado civil, ocupação habitual, local de residência) e informações específicas sobre o óbito (local de ocorrência, causas antecedentes e causas básicas, e, no caso de causas externas, as prováveis circunstâncias da morte – acidentes, suicídio, agressão).

Inicialmente o SIM teve seu funcionamento pautado na Lei dos Registros Públicos (Lei 6.015/1973), que, em seu artigo 77, mencionava a necessidade de um atestado médico para o fornecimento da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil. Esse atestado médico após ser recolhido nos Cartórios de Registro Civil era utilizado como fonte de informações para o SIM recém criado (MS, 2004).

Um ano depois da implementação do SIM, o Ministério da Saúde, num esforço de padronização dos mais de 40 modelos de atestados de óbitos utilizados até aquele momento, implementou um formulário único baseado num modelo internacional de atestado médico para declaração das causas de morte. A partir de 1976, o SIM passou, então, a ser alimentado com as informações obtidas desse formulário padronizado denominado Declaração de Óbito – DO (MATHIAS *et al.*, 2005).

A DO possui a função de permitir o registro de dados e a coleta de informações sobre mortalidade e a função legal, conforme preceitua a Lei nº 6.015/73, para lavratura da Certidão de Óbito e para o sepultamento.

Em 1999, um novo modelo de DO¹ (ANEXO 1), passou a ser utilizado no Brasil. Esse novo modelo, que foi utilizado até o ano de 2010, era estruturado em nove blocos de informações (I a IX) que deviam ser preenchidos cuidadosamente, dada a importância epidemiológica e legal do documento (MS, 2001).

O bloco (I) referia-se às informações do Cartório de Registro Civil que efetuou o registro do óbito; o bloco (II) à identificação do falecido, à descrição de características individuais (sexo, idade, raça/cor) e sócio-demográficas (estado civil, escolaridade, ocupação habitual); nos blocos (III) e (IV) deveriam ser descritos respectivamente, o local de residência do indivíduo e o local de ocorrência do óbito; o bloco (V) para preenchimento específico no caso de óbitos fetais e de crianças menores de um ano; no bloco (VI) deveriam ser descritas as condições e causas do óbito, bem como o tempo entre o início da doença e a morte; bloco (VII) identificação do médico que atestou o óbito; o bloco (VIII) deveria ser preenchido, exclusivamente, no caso de óbitos por causas externas, sendo registradas as prováveis circunstâncias da morte não natural e a descrição, sucinta, do evento que culminou com a morte. Por fim, o bloco (IX), deveria ser preenchido apenas em localidades sem médico, quando a DO é emitida por oficial do Cartório de Registro Civil mediante testemunhas que presenciaram a morte (MS, 2007; BRASIL, 2009).

¹ Em 2011, o modelo de Declaração de Óbito utilizado no Brasil sofreu alterações na organização dos blocos de informações. Contudo, tais alterações não comprometeram os resultados deste estudo.

As responsabilidades e competências no fornecimento das Declarações de Óbito, atualmente são regulamentadas pela Portaria nº 116 de 2009, do Ministério da Saúde, que considera que a emissão da DO é um ato médico e deverá ser realizada para todos os óbitos, seja ele natural ou não natural². A mesma Portaria orienta a conduta no caso de óbitos ocorridos em localidades sem médicos. Para os óbitos por causas externas, além da Portaria GM nº 116/2009 (BRASIL, 2009), existe o Decreto-Lei nº 3.689 de 1941 (Código de Processo Penal-CPP) (BRASIL, 1941) e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.779 de 2005 (CFM, 2005), que serão discutidas no item 2.3.

As DO, depois de preenchidas, são recolhidas nas unidades de saúde que prestaram atendimento ao falecido durante a doença que levou ao óbito e/ou nos Cartórios de Registro Civil que registraram o óbito, por meio da busca ativa realizada pelas Vigilâncias Epidemiológicas ou por outros setores ou instituições responsáveis pelos sistemas de informação em saúde conforme fluxo organizado pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. De posse das DO, as causas de óbito são codificadas, por profissionais treinados para esse fim, conforme proposto pela Classificação Internacional de Doenças (CID), que atualmente está na 10ª revisão. O processo de codificação corresponde, assim, à transposição dos diagnósticos contidos no bloco VI da DO para os códigos correspondentes na CID-10 (MS, 2001).

A Portaria GM nº 16 (MS, 2009), além de regulamentar o fluxo das informações referentes aos óbitos ocorridos no Brasil, define as competências no que tange ao SIM para os três níveis de gestão (federal, estadual e municipal). Dentre as competências atribuídas aos municípios estão: (i) a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação dos dados provenientes das unidades notificadoras; (ii) a transferência de dados à esfera Estadual e Federal; (iii) o desenvolvimento de ações para o

² A morte natural é aquela que tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito. Já a morte não natural é aquela decorrente de uma causa externa, ou violenta, ou seja, decorrente de lesão provocada por agressão, suicídio, acidente ou morte suspeita, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente dita (MS, 2007).

aprimoramento da qualidade da informação e (iv) a divulgação de informações e análises epidemiológicas.

Sendo assim, o desafio das três esferas de gestão está relacionado, principalmente, ao aprimoramento da qualidade da informação de modo que sejam produzidas e divulgadas análises epidemiológicas que reflitam a situação de saúde das populações. O adequado preenchimento da DO é, nesse contexto, um dos pontos chave na construção de indicadores de saúde confiáveis a partir de dados de mortalidade, sendo importante tanto para o conhecimento quanto para o planejamento de ações preventivas em mortalidade.

No caso da mortalidade por causas externas, é de grande importância que na DO conste a informação sobre o motivo que levou à ocorrência do evento, ou seja, a intencionalidade (acidente, suicídio, agressão, dentre outros). Para isto, foi criado o campo 58, no bloco VIII da DO. Neste campo, o/a médico/a deveria informar as prováveis circunstâncias da morte não natural e também a fonte da informação.

Vale salientar que são as circunstâncias que deram origem à afecção que levou ao óbito que devem ser selecionadas como causa básica do óbito. Partindo desse princípio, no caso das causas externas, as causas básicas deveriam ser sempre a causa externa que originou a lesão, ou seja, a agressão, o suicídio, o acidente, entre outros, e nunca a própria lesão (traumatismo, fratura, hemorragia).

De acordo com Mello Jorge (2002), a importância dessa orientação está relacionada ao fato de que do ponto de vista da prevenção, não adianta conhecer a natureza da lesão (por exemplo, traumatismo, hemorragia, fratura), é necessário conhecer a origem e a intencionalidade da causa externa que deu origem às lesões (por exemplo, atropelamento por ônibus, acidente de motocicleta, agressão por arma de fogo, queda de própria altura, etc.) para, assim, propor medidas para prevenção.

Apesar da importância para as estatísticas de saúde do conhecimento sobre a origem dos eventos que levaram ao óbito, muitas DO de causas externas não possuem informações detalhadas sobre o tipo específico de causa que provocou a lesão fatal, subestimando-as e elevando a proporção

de mortalidade por causas externas cuja intenção é indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID 10ª revisão) (ANDRADE E MELLO-JORGE, 2001).

A grande proporção de óbitos por causas externas classificadas como “eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” (códigos – y10 a y34 da CID 10ª revisão) é indicativa da baixa qualidade da informação gerada pelo SIM. Essa classificação deveria ser utilizada somente quando o/a médico/a que atestou o óbito não dispusesse de informação suficiente para dizer se o fato ou evento que desencadeou o processo que levou à morte teve origem de uma agressão, um acidente ou um ato auto-infligido (NJAINÉ E REIS, 2005).

Apesar dos problemas relacionados ao preenchimento da DO, Njaine e Reis (2005), em estudo realizado sobre a qualidade da informação sobre acidentes e violências no Brasil, observou que entre as décadas de 1980 e 1990, houve diminuição da proporção de eventos de intenção indeterminada na maioria das capitais. De acordo com os dados do estudo, em Belo Horizonte, essa proporção passou de 12% em 1980, para 9% em 1990, sendo a melhoria da informação ainda mais expressiva em Campo Grande, onde a proporção passou de 24% em 1980 para 5% em 1990. Essas autoras apontam como fatores determinantes para a melhoria da qualidade da informação obtida no SIM, a melhoria do preenchimento da DO, a capacitação dos/as codificadores/as e a busca ativa de informações sobre os eventos em outras fontes como IML e Delegacias de Polícia.

2.2. A Polícia Civil como fonte de informação sobre mortalidade por causas externas³

No Brasil, além do SIM, existem outras fontes oficiais importantes de informações sobre causas externas de morbi-mortalidade: o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT); o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o Departamento de estradas de Rodagem,

³ A construção deste item da revisão de literatura, foi orientada pelo Doutor Fernando Antonio Nogueira Galvão da Rocha, Juiz Civil do Tribunal de Justiça Militar de MG e considerou informações obtidas junto aos profissionais da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa e em consulta ao Código de Processo Penal brasileiro (CPP) (Brasil, 1941).

através da comunicação de acidentes de trânsito e as Polícias Civil e Militar através do boletim de ocorrência (BO).

No que se refere às estatísticas de mortalidade por causas externas, a Polícia Civil constitui-se uma importante fonte de dados complementares, uma vez que a ela estão vinculados os IML, serviços responsáveis pelos laudos periciais de mortes em que há suspeita de crimes e pela emissão da respectiva DO.

Os IML são serviços técnico-administrativos à disposição da Polícia e do Judiciário, cujos laudos emitidos constituem-se peças fundamentais nas investigações, inquéritos policiais e demais encaminhamentos jurídicos. Aos IML compete, assim, entre outras ações, a realização de perícias médico-legais requisitadas pelas autoridades policiais e/ou judiciárias quando há suspeita de morte criminosa, o que exclui, a princípio, as mortes devido aos incidentes não intencionais, como lesões por acidentes de trânsito, quedas e queimaduras, entre outros. Para os óbitos decorrentes de lesões devido a incidentes não intencionais a realização de necropsia depende da notificação do fato como suspeito às autoridades policiais.

Assim, para compreender como são construídos os dados sobre óbitos por causas externas produzidos pela Polícia Civil e pelos IML, é importante compreender quando o evento (óbito) passa a ser alvo de investigação policial, sendo, então, solicitada a realização de perícia, no caso em questão a necropsia.

O Código de Processo Penal brasileiro (CPP)⁴, foi criado em 1941, a partir do Decreto-Lei nº 3.689, e trata das ações relacionadas a todo o processo penal de crimes ocorridos em território nacional. O CPP está dividido em cinco Livros subdivididos em Títulos. O Título II do Livro I trata

⁴ O CPP está dividido em cinco Livros. O Livro I trata do processo em geral e está dividido em doze títulos que tratam: (I) das disposições preliminares; (II) do inquérito policial; (III) da ação penal; (VI) da ação civil; (V) da competência; (VI) das questões e processos incidentes; (VII) da prova; (VIII) do Juiz, do Ministério Público, do acusado e defensor; (IX) da prisão e da liberdade provisória; (X) das citações e intimações; (XI) da aplicação provisória de interdições de direito e medidas de segurança e (XII) da sentença. O Livro II trata dos processos em espécie e está organizado em três Títulos que tratam: (I) do processo comum; (II) dos processos especiais; (III) dos processos de competência do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais de Apelação. O Livro III trata das nulidades e dos recursos em geral e está organizado em dois Títulos que tratam: (I) das nulidades e (II) dos recursos em geral. O Livro IV trata da execução e está organizado em seis Títulos que tratam: (I) das disposições gerais; (II) da execução das penas em espécie; (III) dos incidentes da execução; (IV) da graça, do indulto, da anistia e da reabilitação; (VI) da execução das medidas de segurança. O último Livro (V) trata das relações jurisdicionais com autoridade estrangeira e está organizado em um único Título.

do inquérito policial e nos Art. 5º e 6º está descrito o papel das autoridades policiais na investigação de crimes, entre eles os óbitos decorrentes de eventos violentos. Estes artigos definem, ainda, quando e de que modo os inquéritos policiais serão iniciados e concluídos (BRASIL, 1941).

De acordo com o descrito no CPB (BRASIL, 1941), a investigação policial tem início com a informação sobre a suspeita do delito (crime) às autoridades policiais por meio de notificação escrita ou por telefone, podendo esta ser feita tanto pela autoridade judiciária (Ministério Público), quanto pela população. A partir do conhecimento da ocorrência do fato, a autoridade policial instaura inquérito e inicia as investigações de acordo com as determinações do/a delegado/a de polícia local e em concordância com o definido no Art. 5º do CPB (BRASIL, 1941).

Sobre a competência das autoridades policiais na investigação dos crimes em geral o que inclui os óbitos por causas externas, o Art. 70, Cap. I, Título V do CPP (BRASIL, 1941), determina que a responsabilidade é sempre da polícia do local onde o fato (delito) ocorreu. A realização da necropsia, será, assim, de responsabilidade dos/as peritos/as vinculados ao IML de referência da Delegacia de Polícia Civil responsável pela investigação do caso e a DO será preenchida pelo/a perito/a que realizar a necropsia.

A Figura 2 apresenta de forma sucinta o fluxo das informações desde a notificação do fato à Polícia Civil, até a conclusão do inquérito de investigação e encaminhamento do caso para julgamento.



Fonte: Polícia Civil, Viçosa-MG (Informação não publicada)

Figura 1: Fluxograma da informação sobre óbitos por causas externas com suspeita de crime.

É importante considerar, que além do CPP, existem outros documentos legais emitidos por outras instituições, como o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõem sobre a emissão de DO no caso de mortes suspeitas ou por causas externas. Apesar da existência de tais documentos, ainda existem dúvidas no que tange às responsabilidades dos/as médicos/as assistentes e dos/as peritos/as legistas na emissão das DO de vítimas de causas externas. No item a seguir, serão discutidos mais detalhadamente os documentos legais relacionados à emissão das DO, especialmente as de vítimas de causas externas e ao funcionamento do SIM no Brasil.

2.3. Marco legal sobre o registro de óbitos por causas externas

O governo brasileiro e o Conselho Federal de Medicina (CFM), ao longo da história, têm elaborado e promulgado uma série de Leis, Portarias e Resoluções a respeito da emissão de atestados médicos de óbito e da DO. A primeira Lei brasileira que tratou da emissão de atestados médicos de óbitos para fins de registro de mortalidade foi a Lei nº 6.015 de 31 de

dezembro de 1973⁵ (Alterada pela Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975), que dispõe sobre os registros públicos (BRASIL, 1975).

Uma das questões postas nessa legislação é a obrigatoriedade de registro do óbito no lugar onde ocorreu o falecimento, através de certidão de oficial de registro, sendo essa emitida em vista do atestado do médico, ou, no caso da inexistência de médico, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte (BRASIL, 1973). Essa legislação foi uma das primeiras tentativas de se garantir o registro dos dados sobre os eventos vitais (nascimento e óbitos) em todo território nacional sendo utilizada, posteriormente, como forma de garantir dados sobre óbitos para alimentar o SIM que foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 (MS, 2004).

Em 1976, o Ministério da Saúde passou a exigir que o atestado médico de óbito, necessário para lavratura de certidão oficial, fosse emitido no modelo padronizado de DO. No mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina, considerando a Lei nº 6.216/75, ou seja, a exigência legal do fornecimento do atestado médico de óbito, aprovou a Resolução CFM nº 743, que estabelecia a responsabilidade do/a médico/a assistente e/ou plantonista pelo fornecimento da DO (CFM, 1976).

A Resolução do CFM nº 743, não fazia menção ao fornecimento de DO por causas externas, apesar de existência, desde 1941, do Código de Processo Penal (CPP) (BRASIL, 1941) que, em seu Art. 159, determina que no caso de mortes com suspeita de delito (acidentes e violências), o exame do corpo, bem como a determinação da causa morte, devam ser feitos por peritos oficiais, no caso médico legistas. O §1º do mesmo artigo, determina que, na ausência de peritos oficiais, o exame será realizado por pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas, de preferência, entre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame. Sendo assim, no caso de mortes, qualquer médico que tiver verificado pessoalmente o óbito estará habilitado a fornecer a DO. O Art. 162 do CPP define, ainda, que no caso de morte por causas violentas bastará o

⁵ A Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, foi alterada pela Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975 em vigor no Brasil até os dias atuais. Apesar das alterações no que tange aos registros públicos em geral, não houve alterações na redação do Art. 78 que trata da obrigatoriedade do registro do óbito para fins de enterramento, a alteração ocorreu apenas na enumeração do Art 78 que na nova Lei passou a ser Art. 77 (Brasil, 1975).

simples exame externo do cadáver quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante. Ressaltamos que o CPP, por ter força de lei nacional ainda vigente, considerou a necessidade de não restringir a realização dos exames de corpo de delito, entre eles a necropsia, aos peritos oficiais. Isso porque, devido às diferenças regionais em termos de estrutura física e de pessoal, nem todas as regiões do país possuem Serviço Médico Legal (IML) (BRASIL,1941).

As resoluções do CFM posteriores à Resolução nº 743 (CFM, 1976), entre outras ações, disciplinaram o fornecimento de DO e regulamentaram a responsabilidade médica no seu fornecimento. Essas resoluções consideraram como norma que para as mortes por causas externas a DO deveria ser, obrigatoriamente, fornecida pelos serviços médico-legais. Apesar dessa obrigatoriedade, a Resolução CFM nº 1.601/2000 determinou que, em localidades onde existisse apenas um médico, esse seria o responsável pelo fornecimento da DO (CFM, 2000). A Resolução CFM nº 1.779/2005, atualmente em vigor, afirma a responsabilidade médica no preenchimento dos dados constantes na DO e mantém a obrigatoriedade do fornecimento das DO de causas externas pelos serviços médicos-legais. Da mesma forma que a resolução anterior (CFM nº 1.601/2000), a Resolução CFM nº 1779/2005, mantém a orientação de que em localidades onde existir apenas 01 (um) médico, este será o responsável pelo fornecimento da DO.

O Ministério da Saúde, por sua vez, apesar da existência do SIM desde 1976, somente no ano 2000, por meio da Portaria Funasa nº 474, definiu as responsabilidades no fornecimento da DO de causas naturais e não naturais e regulamentou a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o SIM. Sobre o fornecimento de DO de vítimas de causas acidentais ou violentas, a referida Portaria, em seu Art. 13, recomendava que deveriam ser fornecidas pelo médico legista do IML ou, nas localidades onde não existisse o IML, por perito designado para tal finalidade.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 20 que passou a regulamentar a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e, também, sobre os nascidos vivos para os

Sistemas de Informações em Saúde, a partir de então, sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde, contudo, não houve grandes alterações no que diz respeito às responsabilidades no fornecimento da DO e na destinação das três vias do documento.

Em 2009, a Portaria nº 20 foi revogada sendo implementada a Portaria GM nº 116. Esta Portaria, em vigor atualmente, representou alguns avanços no que tange ao fornecimento de DO a paciente em tratamento domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou em internação domiciliar. Com relação ao fornecimento das DO de vítimas de causas externas, a Portaria GM nº 116, não apresentou mudanças nas recomendações quando comparadas às portarias anteriores (BRASIL, 2009).

A partir da leitura e análise da Portaria GM nº 116/2009 e da Resolução CFM nº 1.779/2005, observamos que não há contradições entre as recomendações das instituições no que se refere às responsabilidades médicas no preenchimento de DO de causas naturais e de DO de vítimas de causas externas. Observamos, também, que ambas não contradizem o CPP (BRASIL, 1941), embora sejam mais restritivas no sentido de atribuir quase que exclusivamente ao médico legista a responsabilidade na emissão de DO de vítimas de causas externas independente da suspeita ou não de delito. Vale lembrar que o CPP (BRASIL, 1941) orienta que a responsabilidade do perito legista está em realizar a necropsia quando há suspeita de que a morte ocorreu devido a uma ação criminosa.

É importante considerar que a todo o arcabouço legal produzido sobre a obrigatoriedade da emissão da DO para todos os óbitos ocorridos no Brasil e sobre as responsabilidades médicas sobre as informações contidas no documento, não garantiu a qualidade das informações, sobretudo nos casos de óbitos por causas externas. Nesse sentido, outro ponto importante a ser considerado com relação à qualidade das informações geradas pelo SIM, são as questões subjetivas envolvidas no preenchimento da DO, que podem interferir na qualidade da informação registrada no documento e na sua utilização como instrumento de informação epidemiológica.

2.4. Abordagem social em epidemiologia e em estudos de mortalidade

A preocupação com a dimensão social do processo saúde e doença é anterior à consolidação da epidemiologia enquanto disciplina. Entretanto, diferentes formas de compreensão da participação do social no processo saúde e doença podem ser observadas conforme o período histórico e cultural vivenciado. Assim, já na Idade Antiga, Hipócrates (460-377 a.C), em seus estudos sobre a distribuição das epidemias e enfermidades, demonstrando a preocupação com a manutenção da harmonia entre os seres humanos e os ambientes, referia-se à necessidade de sanear os ambientes tornando-os mais salubres para a vida humana. Nessa época, contudo, a explicação da doença e da morte era predominante como resultado da introdução de maus espíritos e do castigo Divino (ALMEIDA FILHO e MEDRONHO, 2008).

Contudo, é a partir do final do século XVI e início do século XVII que a associação da ocorrência das doenças com aspectos sociais da organização das populações aparece de forma mais sistemática e fortalecida pela preocupação das nações européias, dominadas pelo clima do mercantilismo, com o estado de saúde de suas populações. Era necessário manter a quantidade de população ativa e de produção a fim de manter os fluxos comerciais e monetários entre as nações. Na França e na Inglaterra eram realizadas grandes contabilidades da população e o estabelecimento de tabelas de natalidade e mortalidade, com a simples preocupação de garantir o aumento da população. Na Alemanha, ao contrário, se desenvolveu uma *Política Médica de Estado* centrada na melhoria do nível de saúde das populações, objetivando a manutenção do poder econômico, político e social do Estado a partir de um movimento de normatização das práticas médicas (FOUCAULT, 1979).

No fim do século XVIII e início do século XIX, o novo cenário trazido pela revolução industrial, pelo capitalismo e pela urbanização, traz consigo o aumento da preocupação com as condições socioeconômicas e sua relação com a saúde e a doença. Nesse período, surgem programas de saúde voltados para o controle médico da população pobre, com vistas à proteção

das classes ricas por meio do controle dos eventos epidêmicos originados da classe pobre (FOUCAULT, 1979).

De acordo com Silva (1985), o desconhecimento, até então, dos microorganismos e da teoria microbiológica da causa das doenças, contribuiu para a associação entre as condições sociais e o nível de saúde das populações, apesar da coexistência de várias explicações sobre o processo saúde e doença (introdução de maus espíritos; castigo divino; causantes humanos; doutrina miasmática).

Vários estudos e investigações epidemiológicas desenvolvidos entre os séculos XVIII e XIX como os trabalhos de Louis Villermé sobre os problemas de saúde dos operários têxteis e de James Lind sobre a natureza do escorbuto na população de marinheiros apontam para uma preocupação com a relação entre os problemas de saúde desses trabalhadores e suas condições de trabalho, alimentação, vestuário, dentre outras.

Com o surgimento da teoria microbiológica e da fisiologia moderna no final do século XIX e início do século XX, a concepção do processo saúde-doença como um fenômeno predominantemente biológico tornou-se hegemônica, suplantando as determinações sociais da doença (ALMEIDA FILHO E MEDRONHO, 2008; SILVA, 1985; BARATA, 2005).

Nesse mesmo período, sob a influência de um pensamento positivista, a epidemiologia encontra na estatística o aporte teórico e matemático necessário para se afirmar enquanto disciplina científica moderna. A teoria das probabilidades e a estatística passam, então, a ser aplicadas em estudos de mortalidade e outros fenômenos em saúde. Um exemplo da utilização da estatística e da matemática positivista em epidemiologia foi o estudo de Pierre-Charles Alexandre Louis, publicado ainda em 1825 em Paris, para avaliação de 1960 casos de tuberculose (ALMEIDA FILHO E MEDRONHO, 2009).

Dentre as correntes de pensamento, o positivismo ainda é a corrente que mantém o domínio dentro das ciências da saúde, das ciências sociais e na relação entre as ciências sociais, medicina e saúde. Essa corrente de pensamento que tem origem no século XVIII, busca um conhecimento objetivo, neutro, livre de juízo de valores e de implicações político-sociais. As teses básicas do positivismo consideram que a realidade se constituem

essencialmente naquilo que se percebe e a ciência deve ocupar-se do fato, livrando-se de qualquer juízo de valor (MINAYO, 2008).

A busca da cientificidade marcada pelo positivismo contribuiu, assim, para o afastamento da epidemiologia das questões sociais e políticas relacionadas à explicação dos processos saúde/doenças. Essa discussão somente será retomada na segunda metade do século XX, quando a epidemiologia se aproxima das ciências sociais, sob influência, sobretudo, dos movimentos sociais e políticos ocorridos a partir dos anos 60, inaugurando o que se denominou de Epidemiologia Social (BARATA, 2005; ALMEIDA FILHO e MEDRONHO, 2009).

De acordo com Minayo (2008), as relações entre epidemiologia e ciências sociais vêm se construindo a partir de pelo menos três modelos de explicação das doenças: o organicista, o social e o ecossistêmico. O modelo organicista tem influência do positivismo e da teoria microbiológica de produção das doenças, considerando-as como fenômeno biológico e individual.

A reação ao biologicismo e ao tecnicismo da medicina e da epidemiologia contribuiu para o surgimento de um segundo modelo ou corrente de pensamento no campo da saúde que propunha pensar a saúde e a doença por meio de sua história social. Essa corrente, influenciada pelo pensamento marxista, propunha que os fenômenos de saúde e doença precisam ser tratados como processos fundamentados no modo de produção historicamente determinado, ou seja, consideram os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença. Consideram ainda que os campos da medicina e da saúde constituem-se em instâncias de poder econômico, político e ideológico constituindo-se em espaços de disputas de poder e interesse econômico (MINAYO, 1998; BARATA, 2005; MINAYO, 2008).

A abordagem ecossistêmica é considerada por Minayo (2008), como o terceiro modelo de explicação das doenças ou fenômenos em saúde. Esse modelo, baseado na teoria sistêmica ou do pensamento complexo, é influenciado por vários movimentos entre eles o feminista na busca pela equidade de gênero e o ambientalista na busca pelo desenvolvimento de conhecimentos sobre a relação saúde-ambiente.

De acordo com Morin (2010), o pensamento complexo considera a interação entre todos os aspectos relacionados aos fenômenos, buscando um conhecimento multidimensional sobre determinado fato. Nesse sentido, o autor considera que o desafio da complexidade está em articular os aspectos sociais, culturais, psicológicos, etc. dos fenômenos estudados de modo a respeitar suas diversas dimensões e não reduzi-los a um pensamento simplificante que separa esses diferentes aspectos em disciplinas, categorias cognitivas ou tipos de conhecimento.

Para Capra (1996), trata-se de um novo paradigma do pensamento em que o mundo passa a ser concebido não mais como a soma entre partes, numa visão cartesiana, mecanicista e reducionista, mas como um todo integrado, reconhecendo-se a interdependência fundamental de todos os fenômenos dentro de uma concepção holística. Nessa perspectiva, reconhece-se, também, que muitas de nossas estruturas sociais e econômicas estão arraigadas num sistema dominador de organização social (patriarcado, imperialismo, capitalismo e o racismo) que justifica as diferenças de gênero, raça/etnia, entre outras.

Na perspectiva da complexidade, Morin (2010), aponta a necessidade de se buscar um conhecimento multidimensional sobre os objetos ou fenômenos estudados. Isso não significa dar conta de todas as suas informações visto que ao aspirar a multidimensionalidade, o pensamento complexo considera as incertezas e incompletudes do conhecimento produzido.

É a partir do enfoque sistêmico, ecossistêmico ou do pensamento complexo que se pretendeu desenvolver o presente estudo acerca da mortalidade por causas externas em Viçosa-MG. Nesse sentido, buscou-se integrar dados construídos por meio da pesquisa quantitativa e da qualitativa; integrar a categoria gênero nas análises desenvolvidas e buscar a participação, na pesquisa, dos agentes envolvidos na produção dos dados sobre mortalidade por causas externas de modo a contribuir para a mudança da visão linear sobre a qualidade dos dados do SIM.

A opção pelo enfoque sistêmico e pelo uso das abordagens qualitativa e quantitativa está associada à própria natureza do objeto de estudo – a

mortalidade por causas externas, a produção e qualidade da informação - evento que não é somente biológico, mas social e econômico.

Nesse sentido, entendemos que a abordagem dialógica entre as metodologias quantitativas e qualitativas de pesquisa contribuem na construção de um conhecimento mais holístico acerca do objeto de estudo, contribuindo, conseqüentemente, na produção de um conhecimento epidemiológico que contribua na definição de intervenções para melhoria da qualidade das informações sobre causas externas e na definição de políticas de prevenção e controle desses eventos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da informação sobre óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa-MG, no período de 2000 a 2009 e compreender os significados e sentidos da declaração de óbito (DO) para os/as médicos/as responsáveis por seu preenchimento.

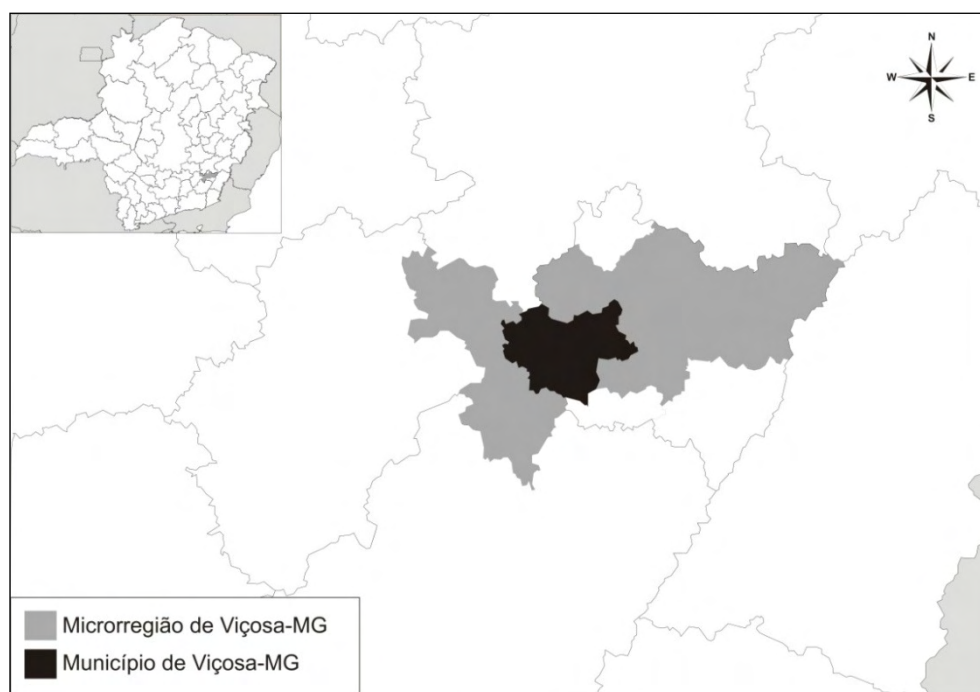
3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos óbitos por causas externas registrados no SIM, segundo as variáveis ano de ocorrência do óbito; tipo de causa externa; sexo, situação conjugal, cor/etnia, faixa etária, escolaridade, e local de residência das vítimas.
- Caracterizar o perfil dos óbitos por causas externas registrados pela delegacia de Polícia Civil de Viçosa, segundo as variáveis ano de ocorrência do óbito, tipo de causa externa e sexo das vítimas.
- Avaliar a sensibilidade do SIM em captar os óbitos por causas externas ocorridos no município e em identificar o tipo de causa externa.
- Verificar a concordância entre as informações sobre o tipo de causa externa registradas no SIM e os tipos de causas externas identificados após a investigação na delegacia de Polícia Civil.
- Avaliar o impacto da incorporação das informações obtidas a partir da investigação na delegacia de Polícia Civil na produção de estatísticas de mortalidade do município de Viçosa.
- Compreender os significados e sentidos atribuídos por profissionais médicos à declaração de óbito.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Área de estudo – o município de Viçosa

O município de Viçosa está situado na Zona da mata de Minas Gerais, com acesso pelas rodovias BR-120 e MG-280. Está dividido em quatro distritos, sendo Viçosa o distrito Sede e os demais denominados: Silvestre, São José do Triunfo e Cachoeira de Santa Cruz. É um dos mais importantes municípios da Zona da Mata e pólo da microrregião de assistência à saúde que engloba os municípios de Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras (Figura 2).



Fonte: adaptado do IBGE ⁶

Figura 2: Microrregião de Viçosa-MG.

⁶ disponível em: www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartogramas/microrregiao.html

A economia do município, historicamente, se baseia na agricultura de subsistência e na lavoura do café, introduzida na 1ª metade do sec. XIX. Com a instalação da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em 1929, a dinâmica física, social, cultural, econômica e política mudaram paulatinamente e a cidade passou a se desenvolver em razão da expansão da própria universidade, principalmente a partir da década de 1970 (CENSUS, 2004).

A expansão demográfica foi acompanhada por um acentuado processo da urbanização. Segundo dados do Censo (2004), em 1970, a taxa de urbanização de Viçosa, medida pela razão entre a população urbana e a população total, era igual a 65%, enquanto em 2000, essa taxa foi igual a 92%. Atualmente a população residente em Viçosa, é de, aproximadamente, 72.244 habitantes, sendo que os primeiros dados divulgados do Censo Demográfico de 2010 apontam que a população urbana do município está em torno de 67.337 habitantes e a rural em torno de 4.907 habitantes (IBGE, 2010).

Com relação à composição etária da população residente em Viçosa, os dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2010), apontaram diminuição proporcional da população de 0 a 19 anos e o aumento da população com 50 anos e mais, quando comparados os anos 2000 e 2010. O Quadro 1 apresenta dados sobre a população residente em Viçosa estratificada por faixa etária e sexo segundo o censo demográfico realizado no ano 2000 e o censo de 2010.

Quadro 1: População residente em Viçosa estratificada por faixa etária e sexo, segundo ano de realização do Censo Demográfico.

FAIXA ETÁRIA	2000				2010			
	MASCULINO		FEMININO		MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%	n	%	N	%
0 a 9	5.644	18	5.312	16	4.544	13	4.371	12
10 a 19	6.476	20	6.711	20	6.043	17	5.855	16
20 a 29	6.301	20	6.343	19	6.913	20	7.404	20
30 a 39	4.678	15	5.344	16	5.355	15	5.602	15
40 a 49	4.034	13	4.124	12	4.638	13	5.302	14
50 a 59	2.256	7	2.335	7	3.956	11	4.261	11
60 e mais	2.356	7	2.940	9	3.552	10	4.424	12
Total	31.745	100	33.109	100	35.001	100	37.219	100

Fonte: IBGE (2010).

No que se refere à segurança pública, o município de Viçosa possui uma Delegacia de Polícia Militar subordinada ao 21º Batalhão de Polícia Militar de Ubá e uma Delegacia de Polícia Civil subordinada à Delegacia Regional de Ubá, que compõe a regional do 4º Departamento de Polícia Civil de Juiz de Fora, MG.

A Delegacia de Polícia Civil de Viçosa está subdividida em delegacia de crimes contra o patrimônio e delegacia de crimes contra a pessoa, sendo responsável pelo atendimento dos bairros e distritos de Viçosa, além de outros cinco municípios da região (Cajuri, Coimbra, Paula Cândido, São Miguel do Anta e Canaã). A Delegacia de Polícia Civil é responsável pela investigação de todos os óbitos por causas externas notificados a ela como suspeitos de crimes, entre eles: acidentes de transporte, suicídios e agressões.

4.2. Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

Por se tratar de uma proposta de estudo que envolve seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV (ANEXO 2).

4.3. Estudo descritivo sobre a mortalidade por causas externas

Para cumprir os quatro primeiros objetivos propostos por esta pesquisa, foram utilizados dados sobre óbitos por causas externas de duas fontes de informação: SIM e registros de inquéritos policiais. No primeiro caso, os dados foram disponibilizados pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Viçosa e no segundo, os dados foram disponibilizados pela Delegacia de Polícia Civil do mesmo município. A coleta e a análise dos dados seguiram a metodologia descrita a seguir.

4.3.1. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Os dados sobre óbitos por causas externas registrados no SIM foram obtidos a partir da consulta ao banco de dados do SIM local, ou seja, do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Viçosa (SVE/SMS/PMV).

O Serviço de Vigilância Epidemiológica e o SIM foram implementados concomitantemente em Viçosa no ano de 1997 e, desde então, o município é responsável pela distribuição de DO aos dois hospitais e aos três Cartórios de Registro Civil da cidade; pela coleta das DO após utilização das mesmas; pela codificação das causas de óbito segundo a CID 10 e pela digitação das DO no SIM.

No período que compreendeu o estudo, duas versões do SIM foram utilizadas pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, pelo município de Viçosa. Sendo de 2000 a 2005, utilizada a versão Windows e no período de 2006 a 2009, a versão web. Para coleta dos dados para o estudo, foram utilizadas as duas versões, sendo gerada uma matriz de DBF (Data Base File) contendo todos os óbitos registrados no SIM Windows para o período de 2000 a 2005 e no SIM Web para o período de 2006 a 2009.

A partir das matrizes DBF completas, ou seja, contendo todos os óbitos ocorridos no município, foram filtrados todos os casos de óbitos ocorridos no município de Viçosa, com causa básica classificada como causa externa, conforme caracterização existente no capítulo XX da CID 10. Ressaltamos que foram excluídos do estudo os óbitos por causas externas de residentes que ocorreram em outros municípios ou estados (dados retroalimentados).

A partir da matriz de DBF, foi criada uma planilha do programa Microsoft Office Excel contendo os seguintes dados: número da DO; tipo de óbito; data do óbito; nome; data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade; ocupação; endereço; local de ocorrência do óbito; endereço da ocorrência; causa básica; assistência médica; exame; cirurgia; necropsia; tipo de causa externa; circunstancia do óbito; acidente de trabalho; fonte de informação.

À planilha criada a partir da matriz DBF, foram adicionadas três colunas: (I) descrição sobre o registro ou não do óbito também nos Livros de

Registro de Inquérito da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa⁷; (II) descrição sobre o tipo de causa externa segundo as informações da Delegacia de Polícia Civil no caso de haver registro do óbito na instituição; (III) classificação da causa básica de óbito segundo tipo de causa externa (acidentes de transporte, outros acidentes, suicídio, agressões, eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada e outras causas de externas de lesão). Vale ressaltar que a definição do tipo de causa externa foi realizada manualmente pela pesquisadora a partir da identificação da causa básica de óbito conforme a descrição constante no Quadro 2. A planilha criada a partir dos dados do SIM foi denominada ‘SIM’.

Quadro 2: Classificação do tipo de causa externa, códigos CID 10 utilizados para a classificação e descrição das circunstâncias que compreendem cada tipo de causa externa (continua).

TIPOS DE CAUSAS EXTERNAS	CÓDIGO NA CID 10	DESCRIÇÃO
Acidentes de transporte	V01-V99	Inclui pedestre, ciclista e motociclista traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de um triciclo, automóvel, caminhonete, ônibus e veículos de transporte pesado; outros acidentes de transporte terrestre; acidentes de transporte por água, transporte aéreo e espacial e outros acidentes de transporte não especificados
Outros acidentes	W00 – X59	Inclui outras causas externas de traumatismos acidentais: quedas; exposição a forças mecânicas animadas ou inanimadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição a corrente elétrica, a radiação e as temperaturas e pressões extremas do ambiente; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; contato com uma fonte de calor ou com outras substâncias quentes; contato com animais e plantas venenosas; exposição às forças da natureza; envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a substâncias nocivas; excesso de esforços, viagens e privações e exposição a outros fatores e aos não especificados
Suicídio	X60-X84	Inclui suicídios por auto-intoxicação e lesões auto-provocadas
Agressões	X85-Y09	Inclui homicídio por uso de drogas, medicamentos, pesticidas, produtos químicos e corrosivos, enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, agressão por meio de impacto de um veículo a motor, negligência e abandono, agressão por meios não especificados, entre outros conforme CID 10

Fonte: OMS (1993).

⁷ Utilizamos como variáveis chaves o nome, o sexo e a data do óbito no pareamento dos casos de óbitos por causas externas registrados no SIM/SMS e dos casos de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa.

Quadro 3: Classificação do tipo de causa externa, códigos CID 10 utilizados para a classificação e descrição das circunstâncias que compreendem cada tipo de causa externa (conclusão).

TIPOS DE CAUSAS EXTERNAS	CÓDIGO NA CID 10	DESCRIÇÃO
Intenção indeterminada	Y10-Y34	Inclui envenenamentos, enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, quedas, impacto com veículo a motor e outros eventos cuja intencionalidade não foi possível identificar.
outras causas de externas	Y35-Y36; Y40-Y84; Y85-Y89; Y90-Y98	Inclui outras causas externas constantes na CID 10

Fonte: OMS (1993).

4.3.1.1. Análise dos dados

Os dados contidos no banco 'SIM', foram utilizados para caracterizar o perfil dos óbitos por causas externas registrados no SIM, segundo as variáveis ano de ocorrência do óbito, tipo de causa externa, sexo, faixa etária, situação conjugal, raça/cor, escolaridade e local de residência das vítimas. Para isso, foram construídos gráficos e tabelas de frequências dos óbitos ocorridos em Viçosa, segundo as variáveis acima descritas considerando as categorias constantes no Quadro 3.

Quadro 4: Variáveis e categorias utilizadas na análise dos dados do SIM (continua).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Tipo de causa externa	1. Acidente de transporte 2. Outros acidentes 3. Suicídio 4. Agressões 5. Intenção indeterminada 6. Outras causas de externas
Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Faixa etária	0-9 anos; 10-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos e 60 anos e mais ⁸
Raça/cor	1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Indígena 5. Não informado

⁸ A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008), sugere como categorias de análise das causas externas, nove faixas etárias (0-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 anos e mais). Nesse estudo, utilizamos seis faixas etárias: 0-9 anos; 10-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50 anos e mais. Essas faixas etárias foram construídas a partir da junção de algumas faixas proposta pela RIPSA.

Quadro 5: Variáveis e categorias utilizadas na análise dos dados do SIM (conclusão).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Situação conjugal	1. Solteiro/a 2. Casado/a 3. Viúvo/a 4. Separado/a 5. Ignorado 6. Não informado

O local de residência também foi uma das variáveis de escolha para a caracterização das vítimas, embora fosse mais interessante trabalhar com informações sobre o local de ocorrência da violência. Optamos pela utilização da informação sobre a residência da vítima, por ser esta uma informação disponível na maioria das DO, diferentemente da informação sobre o local de ocorrência violência que é raramente preenchido apesar da existência, na DO, de campo específico para isso.

Assim, para a análise das informações sobre o local de residência das vítimas foram definidas regiões do distrito sede do município de Viçosa conforme proposto por Censur (2010). Foram ainda definidas outras três regiões a fim de contemplar os demais distritos de Viçosa e a zona rural (Quadro 4).

Quadro 6: Descrição da variável 'local de residência' conforme bairros e áreas integrantes, Viçosa-MG, 2011 (continua).

LOCAL DE RESIDÊNCIA	BAIRROS INTEGRANTES E LIMITES
Centro	Ramos, Clélia Bernardes, Belvedere e Centro. Este último limitado pelas ruas: Gomes Barbosa, Ladeira dos Operários, José Antonio Rodrigues, Dos Estudantes, av. P.H. Rolfs (da linha férrea até a esquina com a av. Castelo Branco), av. Marechal Castelo Branco, (até o trevo do Belvedere), Geninho Lentine, Dr. Milton Bandeira, Dona Gertrudes, Tenente Kummel, av. Bueno Brandão e Floriano Peixoto
Bom Jesus	Integrada pelos bairros: Bom Jesus, Bela Vista, Sagrada Família, Estrelas e Conceição
Nova Viçosa	Integrada pelos bairros: Nova Viçosa e Posses
Fátima	Integrada pelo Bairro de Fátima
Lourdes	Integrada pelos bairros: Betânia, Santa Clara (parte baixa, limitada pela av. JK até a rua Joaquim Andrade), Lourdes e Alameda Fábio Ribeiro
Santa Clara	Integrada pelos bairros: JK, Santa Clara (parte alta), Maria Eugênia e São Sebastião
Passos	Integrada pelos bairros: Fuad Chequer, Sagrado Coração (Rebenta Rabicho) e pela área limitada pela rua dos Passos (do Hospital S.J. Batista até a esquina com a Dona Gertrudes), Rua Dr. Brito, Rua Santana, Álvaro Gouveia e Dr. José Norberto Vaz de Melo

Fonte: Adaptado de Censur (2010).

Quadro 7: Descrição da variável 'local de residência' conforme bairros e áreas integrantes, Viçosa-MG, 2011 (conclusão).

LOCAL DE RESIDÊNCIA	BAIRROS INTEGRANTES E LIMITES
Santo Antônio	Integrada pelos bairros: Julia Molla, Santo Antônio (do Belvedere até o trevo de Coimbra)
Nova Era	Integrada pelos bairros: Nova Era, Vale do Sol e União (Morro do Café)
Amoras	Integrada pelos bairros: Barrinha, Cidade Nova, Arduino Bolívar (Amoras), Laranjal (São José), Boa Vista, Vau-Açú, Inácio Martins e Floresta
Silvestre	Integrada pelos bairros: Liberdade, Violeira Recanto da Serra, João Brás, Inconfidência, Parque do Ipê, Silvestre e Novo Silvestre
Acamari	Integrada pelos bairros: Romão dos Reis, Rua Nova, Acamari, Vila Alves, Jardim do Vale e Quinta dos Guimarães
São José do Triunfo	Distrito São José do Triunfo e bairro João Mariano
Cachoeira de Santa Cruz	Distrito de Cachoeira de Santa Cruz
Zona Rural	Zona Rural de Viçosa

Fonte: Adaptado de Census (2010).

Além da distribuição proporcional dos óbitos ocorridos em Viçosa segundo as variáveis selecionadas, foram calculados, também, os coeficientes de mortalidade por causas externas segundo o ano do óbito para os residentes em Viçosa. Para cálculo do coeficiente de mortalidade por causas externas segundo o ano do óbito, foi considerado o total de óbitos por essas causas entre residentes por ano e a população residente no município no mesmo ano segundo o IBGE. Os coeficientes encontrados foram padronizados pelo método direto de padronização, considerando a população brasileira para cada ano da série.

O banco 'SIM' foi utilizado, ainda, para avaliação da qualidade das informações das DO e do SIM. Para isso foram calculadas as proporções de campos com a opção 'ignorado' preenchida, campos deixados em branco, e, também, a proporção de causas básicas de óbito classificadas como 'eventos cuja intenção foi indeterminada' (códigos y10 a y34 da CID 10^a revisão).

Consideramos valores acima de 10% de causas básicas de óbito classificadas como eventos cuja intenção foi indeterminada, como indicativo de baixa qualidade da informação gerada pelo sistema, conforme o que vem sendo proposto em estudos que avaliam a qualidade da informação sobre

mortalidade por causas externas (DRUMOND *et al.*, 1999; NJAINE e REIS, 2005).

4.3.2. Dados da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa

Para coleta de dados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, foram consultados os livros de registros de inquéritos do período compreendido entre os anos 2000 e 2009. Os livros de registros de inquérito consistem em livros tipo ata em que são registrados dados sobre todos os crimes ocorridos no município para os quais foram instaurados inquéritos de investigação. Nesses livros são registrados o número do inquérito policial, data do evento (crime), tipo de ocorrência, nome da vítima e nome dos indiciados.

Segundo informações da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, o registro do inquérito é realizado quando um inquérito policial é instaurado e uma investigação criminal iniciada. Portanto, nos livros constavam todos os crimes ocorridos em Viçosa investigados pela Polícia Civil local. É importante assinalar que as informações sobre os crimes são registradas nos livros tão logo a investigação é iniciada. Sendo assim, podem ocorrer diferenças entre as informações registradas no livro e as informações obtidas após a conclusão da investigação e o encerramento do inquérito que é, então, enviado ao Juiz ou Ministério Público para julgamento do caso.

A opção pela consulta aos livros de registros se deu pela inacessibilidade aos boletins de ocorrência (BO) que, ainda segundo informações da delegacia de polícia local, fazem parte da investigação policial sendo anexados ao inquérito não estando disponíveis para consulta, já que as delegacias de polícia não mantêm cópias dos inquéritos enviados ao Ministério Público⁹.

Foram consultados quatro livros de registro de inquérito que foram lidos na íntegra pela pesquisadora com objetivo de identificar a ocorrência de casos de óbitos por causas externas. Os casos identificados de: suicídio,

⁹ A partir de maio de 2009, a Polícia Civil de Minas Gerais passou a trabalhar com o Registro de Eventos de Defesa Social (REDS). Trata-se de um sistema informatizado de notificação de ocorrências policiais cujo acesso é possível a partir de qualquer delegacia de Minas Gerais. A partir da implementação do REDS, os registros de ocorrência passaram a ser informatizados, permitindo o acesso mais fácil e imediato às informações constantes no BO. Contudo, como em nossa pesquisa optamos pelo estudo de óbitos por causas externas ocorridos antes da implementação do REDS, não foi possível a utilização desta ferramenta para coleta e seleção dos dados.

morte suspeita, afogamento, acidente de trânsito e agressão, tiveram informações referentes ao número do inquérito, data do fato e nome da vítima, transcritas para um diário de campo.

Ressaltamos que nos casos de acidente de trânsito, muitas vezes constava no livro de registro de inquérito “Art. 302 do Código de Trânsito Brasileiro – CTB¹⁰”, como um código para acidente de trânsito. O mesmo ocorreu para casos de mortes por homicídio ou agressão. Os policiais registravam no livro “Art. 121 do Código Penal Brasileiro – CPB¹¹”, como um código para se referirem aos casos de agressão.

A partir das informações registradas em diário de campo, foi criada uma planilha do programa Microsoft Office Excel contendo os seguintes dados: data do óbito; nome; sexo; tipo de causa externa. À essa planilha, foram adicionadas quatro colunas: (I) descrição sobre o registro ou não do óbito também no SIM¹²; (II) descrição sobre o tipo de causa externa segundo as informações do SIM no caso de haver registro do óbito neste sistema de informação; (III) classificação da causa básica de óbito segundo tipo de causa externa¹³ segundo os dados da Delegacia de Polícia Civil e (IV) classificação da causa básica de óbito segundo tipo de causa externa segundo os dados do SIM. A planilha criada a partir dos dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil foi denominada ‘Polícia Civil’.

A definição do tipo de causa externa segundo os dados da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, seguiu a classificação proposta no Quadro 5.

É importante considerar que para estabelecimento do sexo nos registros policiais foi utilizada a variável nome, uma vez que a fonte de dados pesquisada (livro de registros de inquéritos) não dispunha de informações sobre o sexo das vítimas.

¹⁰ O referido artigo compõe a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro e prevê penalidades a quem praticar homicídio culposo (sem intenção de matar) na direção de veículo automotor.

¹¹ O Artigo 121 compõe o Capítulo I, Título I, parte especial do Código Penal Brasileiro que data de 1940. Nesse artigo, estão descritas as penalidades impostas a quem pratica homicídio simples, qualificado ou culposo.

¹² Utilizamos como variáveis chaves o nome, o sexo e a data do óbito no pareamento dos casos de óbitos por causas externas registrados no SIM/SMS e dos casos de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa.

¹³ Acidentes de transporte (V01-V99); outros acidentes (W00 – X59); lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84); agressões (X85-Y09); eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34); outras causas de externas de lesão (Y35-Y36; Y40-Y84; Y85-Y89; Y90-Y98).

Quadro 8: Caracterização da variável ‘tipo de causa externa’ para os dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa-MG

TIPOS DE CAUSAS EXTERNAS	DESCRIÇÃO
Acidentes de transporte	Inclui todos os tipos de acidentes de transporte
Outros acidentes	Inclui outras causas externas de traumatismos acidentais: quedas; afogamento; exposição a corrente elétrica, à fumaça, ao fogo; envenenamento (intoxicação) acidental
Suicídio	Inclui suicídios por auto-intoxicação ou lesões auto-provocadas
Agressões	Inclui homicídio por meios especificados ou não (enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, agressão por meio de impacto de um veículo a motor, etc.)
Intenção indeterminada	Inclui mortes suspeitas por envenenamentos, enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, quedas, impacto com veículo a motor e outros eventos cuja intencionalidade não foi possível identificar.

Fonte: Delegacia de Polícia Civil, Viçosa-MG.

4.3.2.1. Análise dos dados

Os dados contidos no banco ‘Polícia Civil’ foram utilizados para caracterizar o perfil dos óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, segundo as variáveis ano de ocorrência; tipo de causa externa e sexo das vítimas. Para caracterização do perfil das vítimas de causas externas foram construídos gráficos e tabelas de frequências dos óbitos segundo as variáveis de escolha. A definição das categorias tipo de causa externa e sexo seguiu a proposta descrita no Quadro 6.

Quadro 9: Variáveis e categorias utilizadas na análise dos dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa-MG

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Tipo de causa externa	1. Acidente de transporte 2. Outros acidentes 3. Suicídio 4. Agressões 5. Intenção indeterminada
Sexo	1. Masculino 2. Feminino

4.3.3. Dados agrupados: SIM e Delegacia de Polícia Civil

Depois de trabalhados separadamente, os dados coletados a partir do SIM e dos registros da Delegacia de Polícia Civil, foram reunidos e comparados utilizando o programa Microsoft Office Excel.

A partir da análise comparativa entre o banco 'SIM' e o banco 'Polícia Civil', foram construídos outros quatro sub-bancos de dados conforme descrito a seguir e sintetizado na figura 2:

- Banco 1 – denominado 'SIM': construído a partir dos registros de óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa-MG no período de 2000 a 2009, existentes no Sistema de Informação em Mortalidade - SIM (391 registros).
- Banco 2 – denominado 'Polícia Civil': construído a partir dos registros de óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa-MG no período de 2000 a 2009 existentes nos livros de registros de inquéritos da Delegacia de Polícia Civil do município (288 registros).
- Sub-banco 1 – denominado 'Exclusivos do SIM': construído considerando os óbitos por causas externas existentes no SIM no período do estudo, porém não registrados pela Polícia Civil (207 registro).
- Sub-banco 2 – denominado 'Exclusivos da Polícia Civil': construído considerando os óbitos por causas externas existentes nos livros de registros de inquéritos da Polícia Civil no período do estudo, porém não registrados no SIM (104 registros).
- Sub-banco 3 - denominado 'Dados da pesquisa': construído considerando os óbitos por causas externas registrados no SIM e na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas nas DO originais e imprensa local (495 registros).
- Sub-banco 4 – denominado 'Kappa': construído a partir do sub-banco 3 'dados da pesquisa' considerando somente os óbitos

cujo registro foi feito ao mesmo tempo pela Delegacia de Polícia Civil e no SIM (184 registros).

Para a construção do sub-banco 3 'Dados da pesquisa', além do banco 'SIM' e do banco 'Polícia Civil', a imprensa escrita local e as declarações de óbito originais foram utilizados como fontes de informação complementar sobre o tipo de violência que levou ao óbito. A classificação final do tipo de violência para o sub-banco 3 foi definida comparando-se o tipo de violência descrito no banco 'SIM' e no banco 'Polícia Civil'. Quando havia diferenças entre as informações constantes nas duas bases de dados, buscamos informações da imprensa local¹⁴ para esclarecimentos. Quando não havia informações na imprensa local sobre o evento, as DOs originais foram consultadas a fim de se verificar a existência de outras informações não inseridas no SIM. Quando mesmo depois da consulta à imprensa local e às DO originais, as diferenças se mantiveram foram consideradas as informações da Delegacia de Polícia Civil para definição do tipo de causa externa que levou ao óbito. A opção pela definição da informação obtida na Delegacia de Polícia Civil se deu pelo fato de acreditarmos que esta instituição possui mais informações sobre as circunstâncias do óbito por realizarem a investigação do caso.

4.3.3.1. Análise dos dados

Os dois bancos de dados e os quatro sub-bancos construídos foram utilizados para a comparação das informações sobre óbitos por causas externas registradas no SIM e na Delegacia de Polícia Civil. Para isso, foram elaboradas tabelas e gráficos de frequência utilizando o programa EpiInfo versão 3.4.3 (CDC, 2008) e o Microsoft Office Excel.

Para a avaliação da confiabilidade do SIM com relação às informações sobre o tipo de causa externa que levou ao óbito, foi utilizado o Coeficiente Kappa (K). O cálculo do K considerou os dados da sub-base

¹⁴ Foram consultados recortes de jornais sobre óbitos por causas externas dos arquivos do Serviço de Vigilância Epidemiológica de Viçosa, do período de 2000 a 2004. Adicionalmente, foram consultados os arquivos do Jornal Folha da Mata (circulação semanal), do período de 2000 a 2009.

'Kappa', uma vez ela que continha somente os óbitos por causas externas registrados tanto pela Delegacia de Polícia Civil, como pelo SIM.

Os dados foram organizados em uma tabela de contingência (5 x 5) contendo nas colunas o número de óbitos segundo o tipo de causa segundo registro na Delegacia de Polícia Civil complementados com informações obtidas nas DO originais e imprensa local e nas linhas o número de óbitos segundo o tipo de causa externa registrados no SIM. Foram consideradas cinco categorias de análise: acidentes de transporte, outros acidentes, suicídios, agressões e intenção indeterminada.

O cálculo do Coeficiente Kappa foi realizado através do programa EpilInfo versão 6.04 (CDC, 2008). A interpretação dos valores calculados de k seguiu a classificação proposta por Shrout (1998) citado por Simões e Reichenheim (2001), em que o valor 1 é tido como indicativo de concordância perfeita, valores próximos de zero superficial ou pobre e valores inferiores a zero nenhuma concordância (Quadro 7).

Quadro 10: Tipos de concordância para valores de k, segundo Shrout (1998)

VALOR DE k	CONCORDÂNCIA
K<0,1	Concordância virtualmente ausente
K=0,10 a 0,40	Concordância fraca (slight)
K=0,41 a 0,60	Concordância discreta (fair)
K=0,61 a 0,80	Concordância moderada
K=0,81 a 1,0	Concordância substancial

4.4. Estudo qualitativo sobre os significados e sentidos da declaração de óbito

4.4.1. Construção de dados

O adequado exercício da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, sobretudo da vigilância dos acidentes e violências, pressupõe a existência de um sistema de informação alimentado com qualidade suficiente para permitir a monitorização e avaliação dos casos pelos técnicos e o planejamento de ações e a tomada de decisão pelos

gestores no que tange a diminuição da morbimortalidade por acidentes e violência.

No entanto, as ferramentas científicas, legais e de gestão que são utilizadas para garantir a qualidade do preenchimento dos documentos que alimentarão os sistemas de informação nem sempre são adequadas ou suficientes para atender aos padrões e as metas propostas.

No caso específico das causas externas e do SIM, o que se observa é um grande número de casos notificados considerando-se apenas a natureza da lesão e não as circunstâncias da morte violenta. Isso contribui para desqualificação dos dados, mascarando a realidade da violência e dificultando a tomada de decisão e a formulação de políticas afirmativas de prevenção de novos casos.

Como o preenchimento das declarações de óbito (DO), ou seja, do instrumento de notificação das mortes violentas é um ato médico, é essencial identificar a percepção deste grupo a respeito da DO, agregando o conhecimento técnico normatizador ao conhecimento dos agentes diretamente envolvidos na produção da informação, ou seja, os médicos e médicas.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa por meio da técnica da entrevista semi-estruturada foi eleita como metodologia na busca da compreensão sobre as concepções dos médicos sobre a declaração de óbito. Vale salientar que na pesquisa qualitativa, a entrevista é considerada um importante instrumento de produção/construção de dados objetivos e subjetivos por possibilitar a participação direta dos sujeitos envolvidos no processo, ou seja, pesquisador e pesquisado. Minayo (1996) considera a entrevista um instrumento privilegiado para a coleta de informações para a pesquisa qualitativa, que visa apreender os pontos de vista dos atores sociais.

É importante ressaltar que a entrevista é um instrumento de pesquisa que estabelece uma relação reflexiva entre pesquisador/a e entrevistado/a. Nesse sentido, a narrativa construída pela pessoa entrevistada envolve uma elaboração mental sobre o tema proposto que traz consigo a determinação da pessoa que entrevista. Tratar o texto produzido na entrevista como narrativa significa que aquele é compreendido como realizando a produção

de sentido e a descrição de significados tanto da DO quanto do seu preenchimento. É um relato que exprime um fazer social, o modo como indivíduo se relaciona com esse objeto e com esse fazer, ou seja, descreve a dimensão da subjetividade na produção da informação. Assim, podemos considerar a entrevista como uma construção social e não apenas como um instrumento de coleta de informações, como no caso de um questionário ou outras formas de produção de material de campo (MINAYO, 2008).

Nessa pesquisa foi utilizada a forma semi-estruturada, individual, que consiste em uma das técnicas de entrevista e, como tal, visa obter descrições contidas na fala dos participantes. Na entrevista semi-estruturada, não existe um questionário pronto a ser respondido pelo informante, mas um roteiro de perguntas que permite ao pesquisador explorar e aprofundar os tópicos levantados no decorrer da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada como método para construção de dados subjetivos pertinentes à realidade vivenciada pelos sujeitos. Para tanto, foi elaborado um roteiro com perguntas utilizadas pela pesquisadora a fim de subsidiar as discussões sobre o tema abordado (ANEXO 3).

Minayo (2008) considera que o roteiro de entrevista deve ser como uma lista de temas que permitam guiar uma conversa, e aponta algumas condições para sua elaboração:

(...) “(a) cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõe o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.” (MINAYO, 2008).

Nesse sentido, o roteiro de perguntas foi construído de modo a permitir que as médicas e os médicos entrevistados fossem levados a refletir sobre seu dia a dia profissional no preenchimento das declarações de óbito. Cada questão proposta teve o intuito de evitar respostas monossilábicas e permitir a livre narração sobre o tema.

Para elaboração do roteiro, foram realizadas reuniões entre a pesquisadora, a orientadora e co-orientadora de modo a construir um roteiro

que melhor se adequasse ao estudo, ou seja, que estimulasse as narrativas dos entrevistados/as garantindo que todas as questões fossem abordadas. Depois de elaborado, o roteiro foi pré-testado e aprovado.

A escolha dos/as entrevistados/as levou em consideração que, a princípio, todos os/as médicos/as preenchem declaração de óbito e, portanto, possuem experiência prática e concreta sobre o objeto de investigação. Partindo dessa premissa, buscamos selecionar um grupo de profissionais cuja participação contribuísse na compreensão da diversidade do processo e das questões imbricadas no preenchimento da DO.

Como o estudo trata das DO de causas externas, foi importante privilegiar sujeitos que atuassem cotidianamente com o instrumento de notificação dos óbitos acidentais ou violentos: legistas, médicos/as plantonistas de serviços da urgência e emergência e médicos/as de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Foi importante, também, selecionar médicos/as assistentes que preenchem cotidianamente a DO, mas eventualmente lidam com o óbito por causas externas. Dessa forma, buscamos assegurar a abrangência e a diversidade das experiências, buscando compreender o papel de cada um dos sujeitos na produção da informação.

A escolha dos sujeitos foi orientada pela técnica snowball ou indicação interpessoal, em que o primeiro participante indica o segundo a participar do estudo e assim por diante. Saliento que ao indicar participantes para as próximas entrevistas, os/as médicos/as entrevistados/as preocupavam-se em indicar profissionais com maior facilidade de contato, procurando indicar aqueles mais acessíveis dentro das instituições trabalhadas.

O princípio adotado para seleção dos/as médicos/as foi interessante, pois se tornou um mecanismo reconhecido pelos próprios/as médicos/as como confiável.

Foram entrevistados/as três médicos/as legistas do IML, cinco médicos/as que atendem em unidades de terapia intensiva e dois/duas médicos/as que atendem em esquema de plantão de emergência nos dois hospitais do município de Viçosa. Cada informante foi entrevistado uma única vez após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido

(ANEXO 4). Quando autorizado, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas textualmente pela própria pesquisadora.

Foram entrevistados/as três, dos/as seis legistas que atendem na região de Viçosa, Ubá e Ponte Nova. Os/as demais legistas que atuam na região não foram entrevistados/as, pois estavam de férias ou licença no momento da realização das entrevistas. Outros/as quatro legistas de outras regionais da Polícia Civil não consentiram em participar do estudo.

Do total de entrevistados/as, sete eram homens e três mulheres. As entrevistas tiveram duração média de 22 minutos (10-46) e o dimensionamento da quantidade de entrevistas realizadas considerou o critério de saturação, conforme proposto por Minayo (2008). Segundo a autora, a saturação acontece quando o/a pesquisador/a considera ter compreendido a lógica interna do grupo em estudo, a partir das narrativas obtidas no trabalho de campo.

Nesse estudo, a saturação foi atingida com a décima entrevista, o que significa que a partir do exame do material produzido pelas dez entrevistas foi possível reconhecer o objeto reconstruído a partir das falas dos sujeitos. Algumas informações se repetiram, validando os dados obtidos nas entrevistas anteriores, e outras, inesperadas ou singulares, foram consideradas produtivas para a análise do objeto.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos/as informantes, ou seja, em hospitais, policlínicas e salas de emergência nos municípios de Viçosa, Ponte Nova e Ubá. Foram entrevistados legistas dos municípios de Ubá e Ponte Nova, pois nas duas cidades existem delegacias regionais de Polícia Civil e Instituto Médico Legal (IML) que prestam ou prestaram, em algum momento, atendimento aos casos de Viçosa¹⁵. Com relação ao ambiente em que foram realizadas as entrevistas, quatro foram realizadas em local tranquilo, após os/as informantes terem encerrado todos os atendimentos. As demais entrevistas ocorreram no intervalo entre consultas o que comprometeu a disponibilização de tempo para a reflexão e discussão sobre as questões sugeridas no roteiro. Nesses casos a consulta

¹⁵ Até 2007, a Delegacia de Polícia de Viçosa era subordinada à Delegacia de Ponte Nova, a partir de 2008 a referência passou a ser a Delegacia Regional de Ubá e, conseqüentemente, todos os casos de morte por causas externas (violentas e acidentais) antes enviados ao IML de Ponte Nova para necropsia, passaram a ser enviados ao IML de Ubá.

ao relógio pelo/a informante foi constante o que me inibiu enquanto pesquisadora.

Vale ressaltar que as discussões sobre o uso da entrevista enquanto instrumento de pesquisa perpassam questões como credibilidade dos informantes e sobre o lugar social do/a pesquisador/a. Essas discussões conceituais são pertinentes, o que exige constante contextualização e problematização das situações de pesquisa.

Bourdieu (2002) afirmou que a situação da investigação contribui inevitavelmente para determinar o discurso, sobretudo porque consiste na apresentação pública desse discurso, o que implica em aumento de coações e censuras específicas.

Szymanski (2004) aponta que a entrevista possui o caráter de interação social e por isso está submetida às condições da relação face a face entre entrevistador/a e entrevistado/a influenciando tanto o curso da entrevista como a informação que surge a partir dela. Nessa perspectiva, a autora considera que nas situações de pesquisa com uso da entrevista, a construção dos significados está associado à intencionalidade, às emoções e aos sentimentos por parte tanto de quem entrevista como de quem é entrevistado/a.

Nesse contexto, um fato importante de ser considerado é que o acesso às dependências dos hospitais, policlínicas e IML foi facilitado porque, além de estudante de mestrado, sou profissional do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Porém, se por um lado ser profissional facilitou meu acesso aos/as informantes, por outro o poder de polícia atribuído à vigilância epidemiológica e o conhecimento de alguns dos/das informantes da minha atuação profissional pode ter dificultado o acesso às representações sociais sobre a declaração de óbito que era o objetivo inicial deste estudo. Embora não tenha sido possível acessar as representações sociais sobre a DO, as entrevistas permitiram compreender os significados e sentidos deste instrumento para os profissionais entrevistados.

Os tópicos levantados durante as entrevistas abordaram questões sobre a declaração de óbito e seu preenchimento. A partir da análise dos depoimentos foi possível identificar temas, recorrentes ou não, que apontaram questões preciosas para o estudo. Esses temas foram agrupados

em quatro categorias: (I) significados e sentidos da declaração de óbito; (II) o/a médico/a como sujeito social e político e o preenchimento da DO; (III) o lugar de fronteira: as causas externas de mortalidade e (IV) a questão de gênero.

4.4.2. Análise dos dados

O tratamento e a análise do material produzido durante o trabalho de campo seguiu a proposta da análise de conteúdo, baseado nas modalidades da análise temática e análise da enunciação.

Segundo Bardin (1977:42), a análise de conteúdo consiste em

“(...) Um conjunto de técnicas de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (BARDIN, 1977).

Embora a análise do conteúdo tenha suas raízes no positivismo e na busca pelo rigor matemático, tal qual utilizado pela pesquisa quantitativa, nesse estudo considera-se a crítica à quantificação como critério de objetividade e cientificidade. Assim, adotamos a análise de conteúdo partindo do pressuposto de que enquanto técnica de análise das narrativas busca, de forma sistemática e objetiva, analisar os dados qualitativos produzidos pela pesquisa de campo, permitindo apreender sobre o objeto algo além do senso comum e do *subjetivismo*, utilizando-se, para isso do processo de inferência (MINAYO, 2008).

Como dito anteriormente, narrativa nesse estudo é compreendida como uma produção subjetiva, textual, sobre os significados e sentidos da experiência dos sujeitos sobre um determinado fato ou história que se produz numa relação social estabelecida entre entrevistado e entrevistador (LANE, 2006).

Nesse contexto, a análise do material seguiu as seguintes etapas: (i) ordenação do material; (ii) pré-análise; (iii) exploração do material e (iv) tratamento dos resultados e interpretação.

A ordenação do material iniciou com a transcrição integral de todas as entrevistas. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora que considerou valioso o registro de elementos da comunicação como pausas de reflexão, dúvidas, risos, silêncios. Na transcrição de cada entrevista, a pesquisadora acrescentou anotações referentes à entrevista, ao local de realização, à postura e comportamento do/a entrevistado/a, e sobre a sua própria experiência enquanto pesquisadora.

Vale ressaltar que das dez entrevistas realizadas, apenas duas não foram gravadas, por solicitação do/a entrevistado/a. Nos casos em que a gravação não foi autorizada, o registro das informações foi realizado no caderno de campo da pesquisadora e reescrito imediatamente após as entrevistas. Assim, buscou-se garantir a maior produtividade e recuperação das informações dadas pelos/as entrevistados/as durante a entrevista.

Na etapa da pré-análise foi realizada leitura em profundidade de todo material produzido. Nessa perspectiva, buscou-se estabelecer o movimento entre as narrativas individuais em sua totalidade, as partes dessa narrativa e o retorno ao todo, como o que foi proposto por Dahlberg *et al.* (2001) e Ramalho de Oliveira (2003).

A partir da análise individual das narrativas, buscou-se compreender o conjunto da história produzida por aquele grupo de sujeitos sociais, sem deixar, entretanto, de levar em conta a singularidade da história produzida por cada um dos participantes da pesquisa.

Na terceira fase do processo de sistematização, iniciou-se a exploração do material construído na pesquisa de campo. Nessa fase, buscou-se focalizar os significados dos grandes temas abordados nas narrativas que compreendem: sentimentos, crenças, comportamentos e sentidos da experiência presente nas falas de cada um dos sujeitos da pesquisa. Buscou-se, ainda, encontrar expressões e palavras que expressassem sentimentos e características comuns de modo a compor categorias. Tais categorias são compreendidas por Minayo (2008:317), *“como expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas será organizado”*.

A última etapa do trabalho consistiu no tratamento e interpretação dos resultados. Nessa etapa, os resultados obtidos a partir das entrevistas foram

relacionados à teorias interpretativas, permitindo à pesquisadora fazer inferências e compreender os significados e sentidos dos conflitos e contradições expressos nas narrativas desenvolvidas pelos/as entrevistados/as a respeito da experiência da produção das declarações de óbito.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

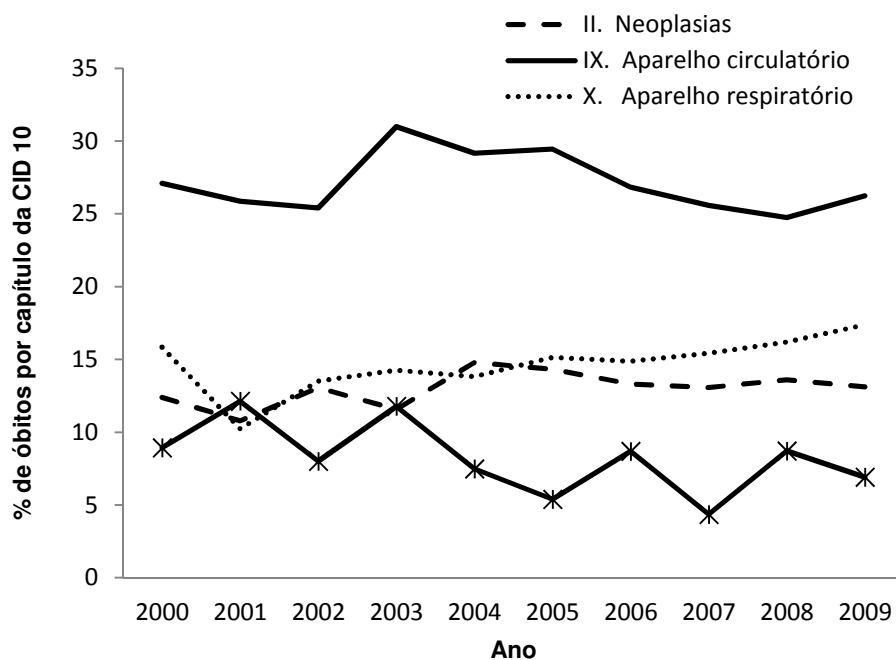
5.1. Mortalidade por causas externas em Viçosa-MG: caracterização dos óbitos e avaliação da sensibilidade e confiabilidade do SIM

5.1.1. Caracterização do perfil dos óbitos por causas externas em Viçosa segundo o SIM

No período de 2000 a 2009, observamos o registro, no SIM, de 391 óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa, o que representou 8% do total de óbitos ocorridos no município no mesmo período (n=4849). As causas externas apareceram como 4^a principal causa de óbito, precedida das neoplasias (Capítulo II da CID 10), doenças do aparelho respiratório (Capítulo X da CID 10) e doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID 10) (Tabela 1 e Figura 3).

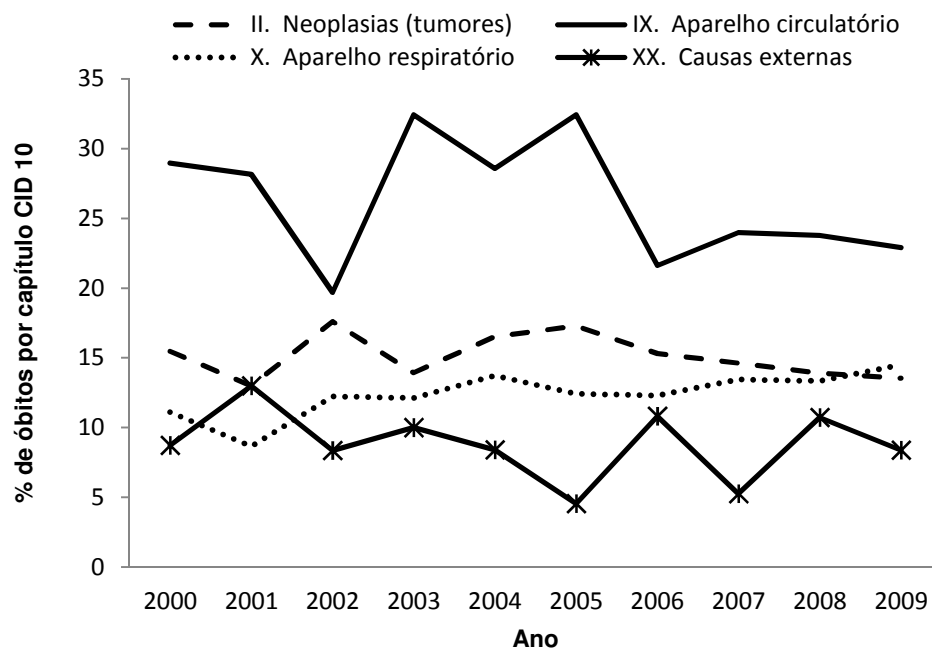
Do total de óbitos ocorridos em Viçosa, 281 foram em residentes, o que representou 9% do total de óbitos entre residentes (n= 3211 óbitos). Ao analisarmos a mortalidade proporcional por capítulos da CID 10, entre os residentes, verificamos comportamento semelhante ao observado para todos os óbitos ocorridos no município, ou seja, quando excluímos as causas mal definidas, as causas externas apareceram como 4^a principal causa de óbito entre residentes, precedida, apenas, das doenças do aparelho respiratório, neoplasias e doenças do aparelho circulatório (Tabela 2 e Figura 4).

A análise da tendência da distribuição proporcional das quatro principais causas de óbito no município não foi possível, visto a irregularidade dos dados apresentados. Vale lembrar que foi alto o percentual de óbitos com causa mal definida apresentado, o que pode ter contribuído para a irregularidade nas informações sobre as demais causas de óbito.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa.

Figura 3: Distribuição proporcional das quatro principais causas de mortalidade (capítulo CID 10) registradas, segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa.

Figura 4: Distribuição proporcional das quatro principais causas de mortalidade (capítulo CID 10), entre residentes, segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Tabela 1: Frequência e proporção de óbitos registrados, segundo capítulos da CID 10 e ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

CAPÍTULO CID-10	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Infeciosas e parasitárias	16	5	16	4	11	3	13	3	14	3	20	4	22	4	18	3	18	3	25	4	205	4
II. Neoplasias	43	12	40	11	57	13	56	12	77	15	69	14	69	13	72	13	78	14	74	13	752	16
III. Sangue e transtornos imunitários	3	1	2	1	3	1	5	1	1	-	2	-	4	1	3	1	6	1	5	1	40	1
IV. Endócrinas, nutricionais e metab.	22	6	21	6	24	5	31	6	31	6	29	6	21	4	38	7	27	5	27	5	323	7
V. Mentais e comportamentais	3	1	6	2	12	3	3	1	3	1	8	2	9	2	9	2	7	1	14	2	87	2
VI. Sistema nervoso	5	1	6	2	5	1	10	2	7	1	4	1	17	3	14	3	18	3	19	3	122	3
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
IX. Aparelho circulatório	94	27	96	26	111	25	150	31	152	29	142	29	139	27	141	26	142	25	148	26	1560	32
X. Aparelho respiratório	55	16	38	10	59	14	69	14	72	14	73	15	77	15	85	15	93	16	98	17	848	17
XI. Aparelho digestivo	11	3	16	4	19	4	14	3	26	5	24	5	25	5	42	8	33	6	28	5	281	6
XII. Pele e do tecido subcutâneo	1	-	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-	-	-	1	-	5	1	2	-	18	-
XIII. Osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	1	-	-	-	3	1	3	1	3	1	1	-	8	1	3	1	5	1	31	1
XIV. Aparelho geniturinário	4	1	5	1	8	2	11	2	13	2	14	3	12	2	17	3	11	2	18	3	132	3
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4	-
XVI. Afecções perinatais	21	6	24	6	27	6	24	5	27	5	25	5	24	5	25	5	25	4	18	3	288	6
XVII. Malf congenitas e anomalias	7	2	7	2	5	1	5	1	4	1	6	1	5	1	4	1	3	1	1	-	57	1
XVIII. Causas mal definidas	31	9	46	12	60	14	31	6	50	10	35	7	47	9	50	9	55	10	43	8	534	11
XX. Causas externas	31	9	45	12	35	8	57	12	39	7	26	5	45	9	24	4	50	9	39	7	391	10
TOTAL	347	100	371	100	437	100	484	100	521	100	482	100	518	100	551	100	574	100	564	100	4.849	100

Fonte: SIM/SMS, Viçosa-MG.

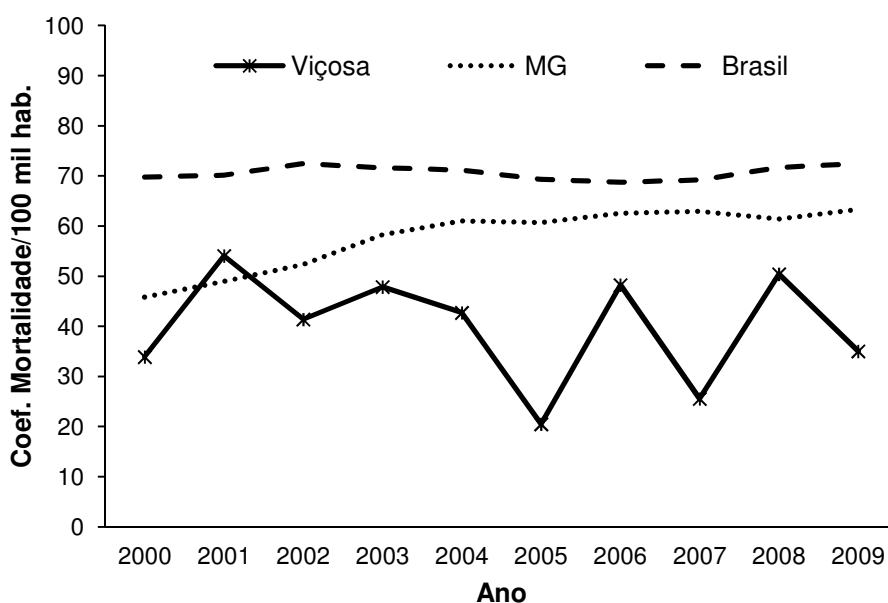
Tabela 2: Frequência e proporção de óbitos registrados entre residentes, segundo capítulos da CID 10 e ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

CAPÍTULOS CID 10	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Infeciosas e parasitárias	11	4	11	4	12	4	9	3	6	2	13	4	12	4	12	4	12	3	9	3	107	3
II. Neoplasias	39	15	36	13	59	18	46	14	59	17	57	17	51	15	50	15	48	14	42	14	487	15
III. Sangue e transtornos imunitários	2	1	1	-	1	-	2	1	2	1	1	-	2	1	2	1	3	1	2	1	18	1
IV. Endócrinas, nutricionais e metab.	11	4	15	5	15	4	17	5	22	6	22	7	14	4	20	6	17	5	14	5	167	5
V. Mentais e comportamentais	2	1	5	2	10	3	3	1	3	1	7	2	6	2	5	1	5	1	9	3	55	2
VI. Sistema nervoso	6	2	5	2	7	2	11	3	5	1	2	1	13	4	11	3	12	3	13	4	85	3
IX. Aparelho circulatório	73	29	78	28	66	20	107	32	102	29	107	32	72	22	82	24	82	24	71	23	840	26
X. Aparelho respiratório	28	11	24	9	41	12	40	12	49	14	41	12	41	12	46	13	46	13	45	15	401	12
XI. Aparelho digestivo	5	2	9	3	19	6	8	2	12	3	12	4	13	4	21	6	13	4	15	5	127	4
XII. Pele e do tecido subcutâneo	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	3	1	2	1	10	-
XIII. Osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	4	1	1	-	2	1	-	-	6	2	2	1	1	-	16	-
XIV. Aparelho geniturinário	3	1	4	1	4	1	4	1	7	2	5	2	4	1	8	2	8	2	9	3	56	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
XVI. Afecções perinatais	13	5	12	4	18	5	14	4	15	4	13	4	23	7	15	4	14	4	21	7	158	5
XVII. Malf congenitas e anomalias	10	4	3	1	2	1	3	1	2	1	3	1	4	1	3	1	1	-	1	-	32	1
XVIII. Causas mal definidas	27	11	36	13	53	16	27	8	41	11	29	9	42	13	42	12	42	12	30	10	369	11
XX. Causas externas	22	9	36	13	28	8	33	10	30	8	15	5	36	11	18	5	37	11	26	8	281	9
TOTAL	252	100	277	100	335	100	330	100	357	100	330	100	333	100	342	100	345	100	310	100	3.211	100

Fonte: SIM/SMS, Viçosa-MG.

Assim como na mortalidade proporcional por causas externas, quando avaliamos o coeficiente de mortalidade pela mesma causa entre residentes em Viçosa, verificamos um comportamento irregular ao longo da série estudada, não sendo observadas tendências na ocorrência desse evento no período. Ao contrário do que foi observado no município, a mortalidade por causas externas no Brasil e em Minas Gerais apresentou comportamento mais regular, sendo que, para o Brasil observamos a tendência constante da ocorrência do evento, enquanto em Minas Gerais, observamos tendência de crescimento do evento no período analisado (Figura 5).

É importante lembrar que para fins de comparação, os coeficientes calculados para Viçosa e Minas Gerais foram padronizados para a população brasileira, apesar da semelhança na composição etária das referidas populações.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa e Datasus.

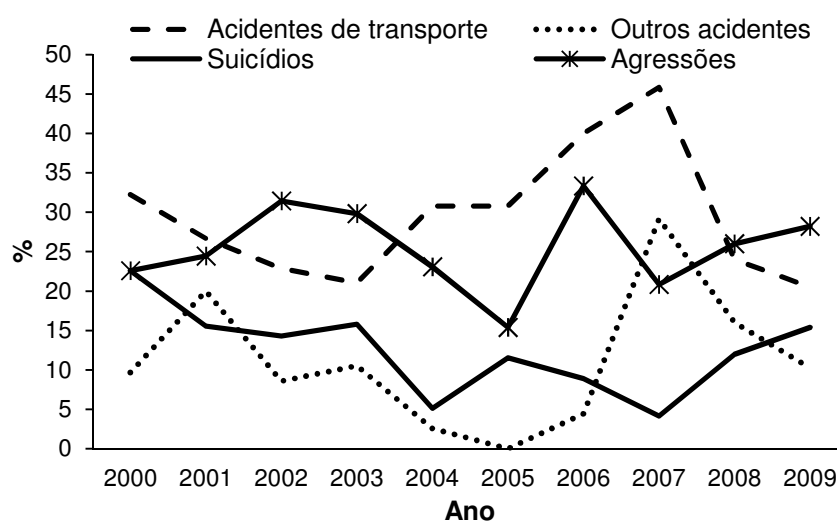
Figura 5: Coeficiente de Mortalidade por causas externas/100.000 hab., segundo ano de ocorrência do óbito e local de residência, 2000 – 2009.

Retomando a análise de todas as causas externas ocorridas em Viçosa, verificamos que os acidentes de transporte e as agressões foram responsáveis por 54% do total de mortes violentas ocorridas no município. Os suicídios representaram 13% e as demais categorias (outros acidentes e

outras causas externas) representaram 12% do total de causas externas registradas. Ressalta-se, que no período estudado os eventos de intenção indeterminada representaram 21% do total de causas externas registradas, indicando problemas na qualidade dos dados produzidos (Figura 6 e Tabela 3).

Enquanto em Viçosa a proporção de óbitos cuja causa é classificada como eventos (fatos) de intenção indeterminada mantêm-se alta (21%), estudos apontam a diminuição desse tipo de evento tanto no Brasil como em algumas capitais, passando de 14,8% nos anos 1980 para 11,4% na década de 1990. A grande proporção de óbitos classificados como *eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada* (códigos – y10 a y34 da CID 10ª revisão) é indicativa de baixa qualidade da informação gerada pelo SIM (Njaine e Reis, 2005). Também é importante considerar que o desconhecimento sobre a intencionalidade da causa externa prejudica a tomada de decisão e o planejamento das ações e políticas de prevenção e controle de novos casos.

Apesar das irregularidades dos dados apresentados, observamos que as causas externas assumem um lugar importante no perfil da mortalidade em Viçosa, o que nos remete a pensar sobre o processo de interiorização da violência. O alto percentual de agressões e acidentes de transporte (54%), em relação às demais causas externas de mortalidade em Viçosa, reforçam a ocorrência de tal fenômeno.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 6: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo o ano de ocorrência, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Tabela 3: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa, o sexo, a faixa etária, a raça/cor e a situação conjugal da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009

(Continua...)

VARIÁVEIS E CATEGORIAS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TIPO DE CAUSA EXTERNA																						
Acidente transporte	10	32	12	27	8	23	12	21	12	31	8	31	18	40	11	46	12	24	8	21	111	28
Outros acidentes	3	10	9	20	3	9	6	11	1	3	-	-	2	4	7	29	8	16	4	10	43	11
Suicídios	7	23	7	16	5	14	9	16	2	5	3	12	4	9	1	4	6	12	6	15	50	13
Agressões	7	23	11	24	11	31	17	30	9	23	4	15	15	33	5	21	13	26	11	28	103	26
Intenção indeterminada	4	13	6	13	8	23	12	21	15	38	10	38	6	13	-	-	11	22	10	26	82	21
Outras causas externas	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
TOTAL	31	100	45	100	35	100	57	100	39	100	26	100	45	100	24	100	50	100	39	100	391	100
SEXO																						
Masculino	28	90	32	71	29	83	48	84	31	80	16	62	35	78	22	92	39	78	30	77	310	79
Feminino	3	10	13	29	6	17	9	16	8	21	10	39	10	22	2	8	11	22	9	23	81	21
TOTAL	31	203	45	184	35	206	57	207	39	218	26	204	45	191	24	192	50	200	39	203	391	100
FAIXA ETÁRIA																						
0-9	3	10	4	9	5	14	-	-	1	3	1	4	2	4	1	4	1	2	-	-	18	5
10-19	1	3	4	9	3	9	1	2	2	5	1	4	1	2	2	8	4	8	2	5	21	5
20-29	8	26	9	20	8	23	16	28	8	21	4	15	19	42	7	29	12	24	10	26	101	26
30-39	7	23	8	18	13	37	9	16	5	13	8	31	6	13	5	21	4	8	8	21	73	19
40-49	6	19	6	13	2	6	13	23	8	21	2	8	8	18	4	17	11	22	5	13	65	17
50 - 59	2	6	6	13	-	-	8	14	5	13	4	15	4	9	3	13	9	18	2	5	43	11
60 anos e mais	4	13	8	18	4	11	10	18	10	26	6	23	5	11	2	8	9	18	11	28,9	69	18
TOTAL	31	100	45	100	35	100	57	100	39	100	26	100	45	100	24	100	50	100	38	100	390	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

Tabela 3: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa, o sexo, a faixa etária, a raça/cor e a situação conjugal e da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009
(Conclusão)

VARIÁVEIS E CATEGORIAS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RAÇA/COR																						
Branca	17	55	20	44	20	57	21	37	17	44	16	62	13	29	9	38	20	40	18	46	171	44
Preta	5	16	5	11	2	6	10	18	4	10	3	12	6	13	3	13	6	12	3	8	47	12
Parda	9	29	20	44	12	34	25	44	16	41	2	8	21	47	4	17	14	28	14	36	136	35
Indígena	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Não informado	-	-	-	-	-	-	1	2	2	5	5	19	5	11	8	33	10	20	4	10	35	9
TOTAL	31	100	45	100	35	100	57	100	39	100	26	100	45	100	24	100	50	100	39	100	391	100
SITUAÇÃO CONJUGAL																						
Solteiro	6	19	16	36	15	43	23	40	19	49	5	19	21	47	11	46	16	32	15	38	147	38
Casado	19	61	18	40	5	14	26	46	14	36	14	54	12	27	11	46	12	24	9	23	140	36
Viúvo	-	-	6	13	4	11	4	7	2	5	3	12	2	4	-	-	2	4	4	10	27	7
Separado	2	6	1	2	2	6	-	-	1	3	3	12	1	2	-	-	2	4	4	10	16	4
Ignorado	1	3	1	2	4	11	4	7	2	5	-	-	7	16	2	8	16	32	3	8	37	9
Não informado	3	10	3	7	5	14	-	-	1	3	1	4	2	4	-	-	2	4	4	10	21	5
TOTAL	31	100	45	100	35	100	57	100	39	100	26	100	45	100	24	100	50	100	39	100	391	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

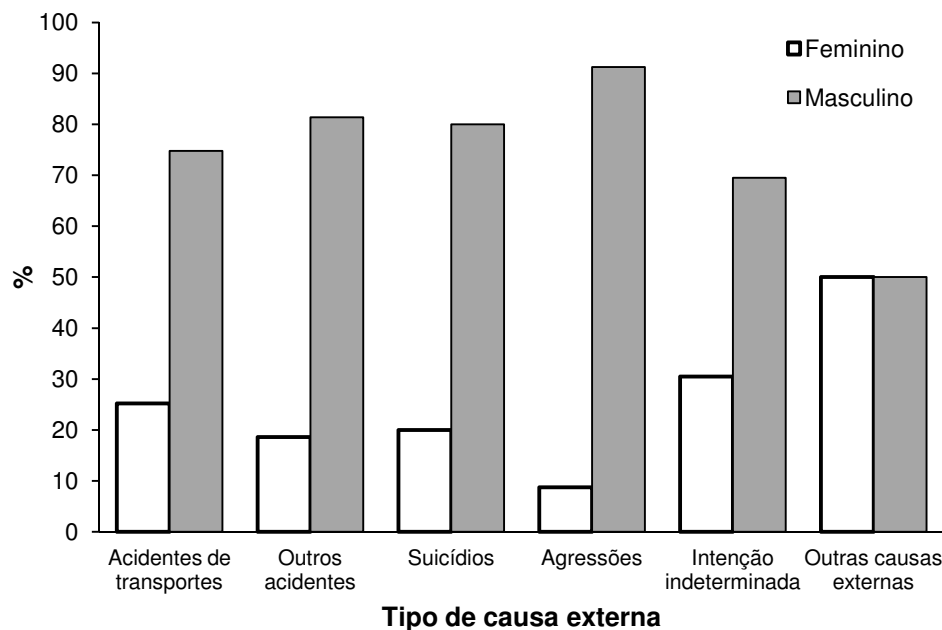
Considerando a variável sexo, observou-se que 79% dos óbitos ocorridos no período de 2000 a 2009 foram em indivíduos do sexo masculino e 21% do sexo feminino. Estudo realizado por Souza (1993), também identificou maiores proporções de óbitos em homens do que em mulheres, contudo, enquanto em Viçosa o número de óbitos entre homens foi, aproximadamente, quatro vezes maior que entre as mulheres, no referido estudo, para o total das causas externas a autora observou uma proporção de óbitos entre homens 8 vezes maior que entre as mulheres. Observamos, também, que para todos os tipos de causas externas com exceção das outras causas externas¹⁶, foi maior o número de óbitos entre homens do que entre as mulheres. Ao avaliarmos a razão entre o total de óbitos masculinos e o total de óbitos femininos segundo o tipo de causa externa, observamos que a diferença foi menor para acidentes de transporte e maior para agressões, indicando que, apesar da importância dos dois tipos de causas externas como causa de óbito para ambos os sexos, os acidentes de transportes acometem de forma mais equânime homens e mulheres, enquanto as agressões acometem 10 vezes mais homens do que mulheres (Tabela 4 e Figura 7).

Tabela 4: Frequência, proporção e razão de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

TIPO DE CAUSA EXTERNA	SEXO				RAZÃO
	FEMININO		MASCULINO		
	n	%	n	%	
Acidentes de transportes	28	25	83	75	3
Outros acidentes	8	19	35	81	4
Suicídios	10	20	40	80	4
Agressões	9	9	94	91	10
Intenção indeterminada	25	30	57	70	2
Outras causas externas	1	50	1	50	1
TOTAL	81	-	310	-	4

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

¹⁶ Foram registrados apenas dois óbitos por outras causas externas no período, sendo um masculino e outro feminino.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 7: Distribuição proporcional de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

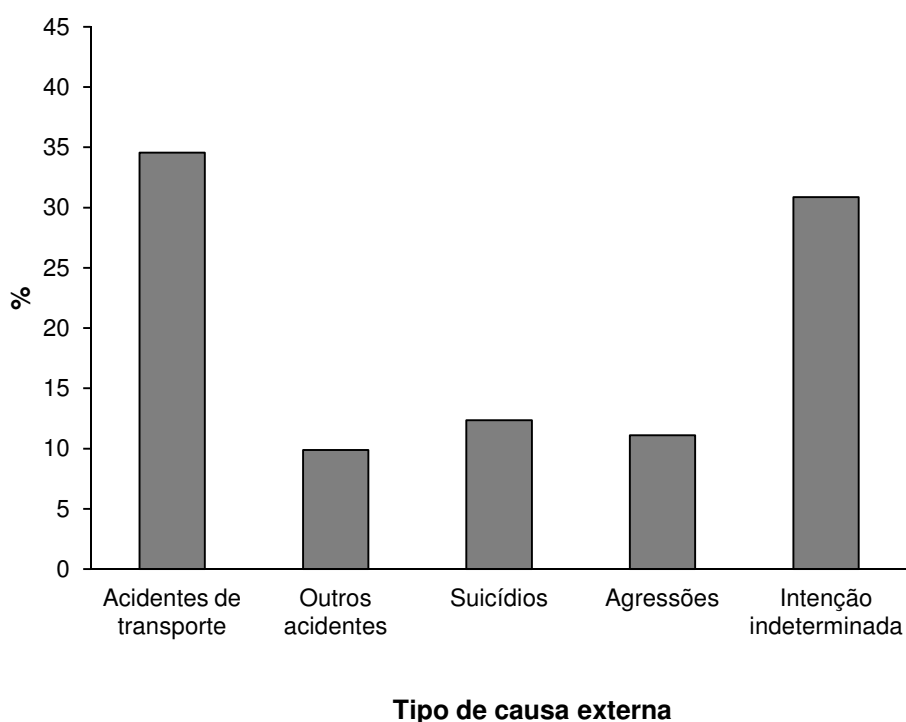
Quando avaliamos distribuição proporcional por tipo de causa externa no total de óbitos por estas causas em homens, a causa mais importante de óbito foram as agressões (30%), seguido dos acidentes de transporte (27%). No caso das mulheres, a causa mais importante de óbito foram os acidentes de transporte (35%) seguido dos suicídios (12%) e das agressões (11%).

Uma questão importante e que não deve ser desconsiderada está relacionada ao evento feminicídio. As causas externas classificadas como fatos (eventos) cuja intenção foi indeterminada podem ocultar casos de violência contra a mulher. Tal hipótese é sustentável pelo tipo de evento que integra a categoria que inclui envenenamentos, enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, quedas, e outros eventos cuja intencionalidade não foi possível identificar. Ressaltamos que a proporção de óbitos por causas externas com intenção indeterminada foi alta nas mulheres (31%) quando comparada às demais causas, indicando, assim, tanto problemas na qualidade dos dados, quanto a possibilidade de ocultação de casos de violência contra a mulher (Tabela 5, Figura 8 e 9).

Tabela 5: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

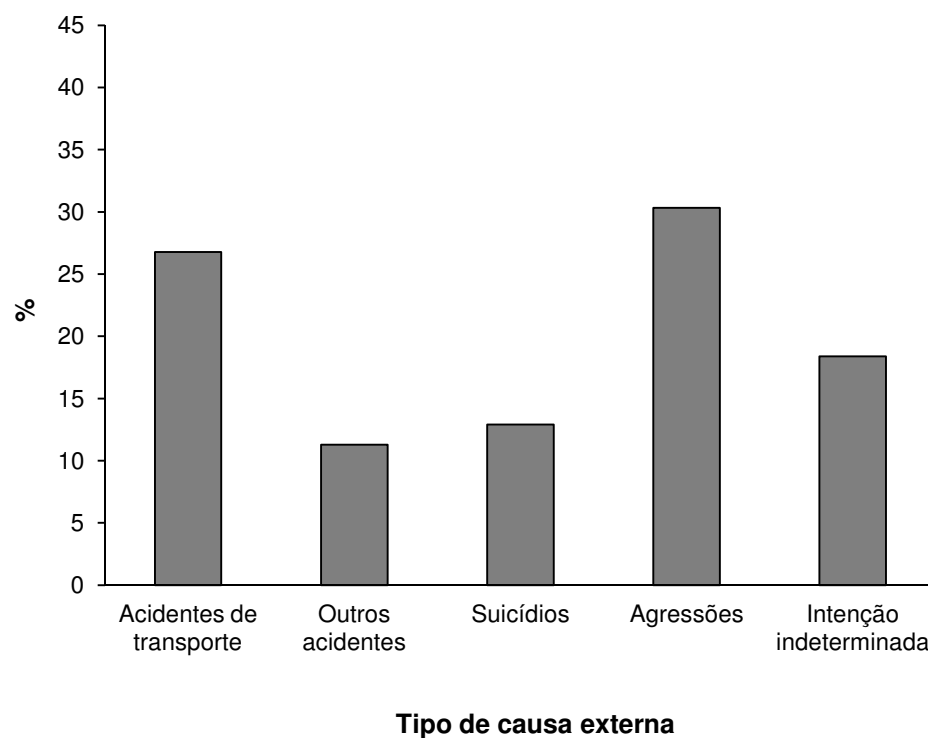
TIPO DE CAUSA EXTERNA	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
Acidentes de transportes	28	35	83	27	111	28
Outros acidentes	8	10	35	11	43	11
Suicídios	10	12	40	13	50	13
Agressões	9	11	94	30	103	26
Intenção indeterminada	25	31	57	16	82	21
Outras causas externas	1	1	1	0	2	1
TOTAL	81	100	310	100	391	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 8: Distribuição proporcional dos óbitos femininos por causa externa segundo o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

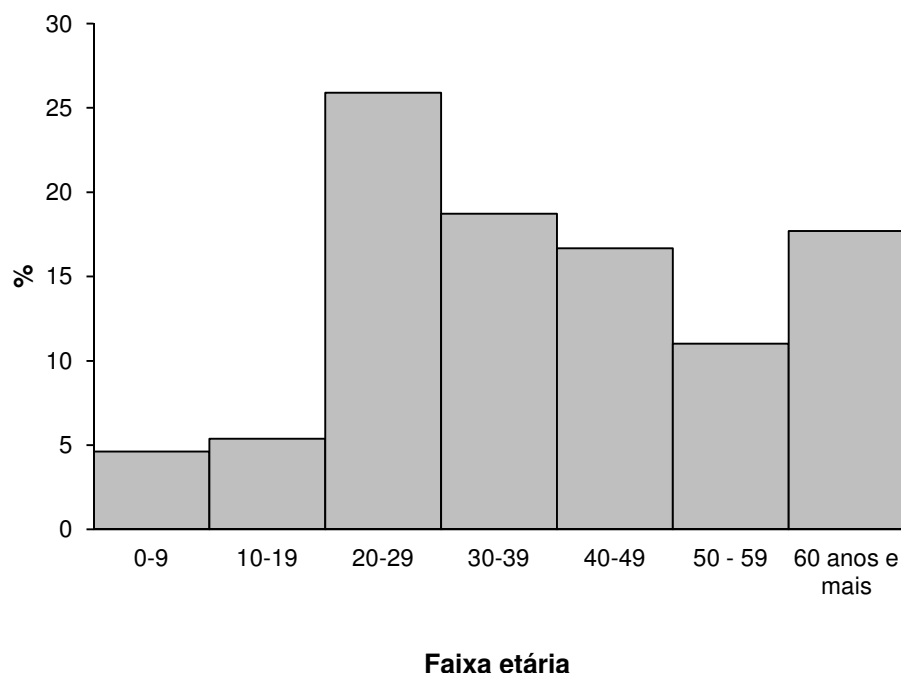


Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 9: Distribuição proporcional dos óbitos masculinos por causa externa segundo o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Com relação à faixa etária, no período de 2000 a 2009, foram encontrados 390 óbitos com idade conhecida entre os 391 casos registrados no SIM. A média de idade no período foi de 40 anos (desvio padrão 20,8) e a mediana foi de 37 anos (1-95) anos. A faixa etária 20 a 29 anos apresentou a maior proporção no total de óbitos por causas externas registrados no período do estudo (26%), seguido da faixa etária 30 a 39 anos (19%)(Figura 10), resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado por Matos *et al.* (2007) em Belo Horizonte, MG.

Os resultados encontrados para os óbitos ocorridos em Viçosa indicam que as causas externas, de um modo geral, atingem adultos jovens, impactando no aumento dos anos potenciais de vidas perdidos (APVP), por causas que seriam evitáveis, conforme proposto por Malta *et al.* (2007), por ações de promoção da saúde, prevenção e atenção aos acidentes e violências.



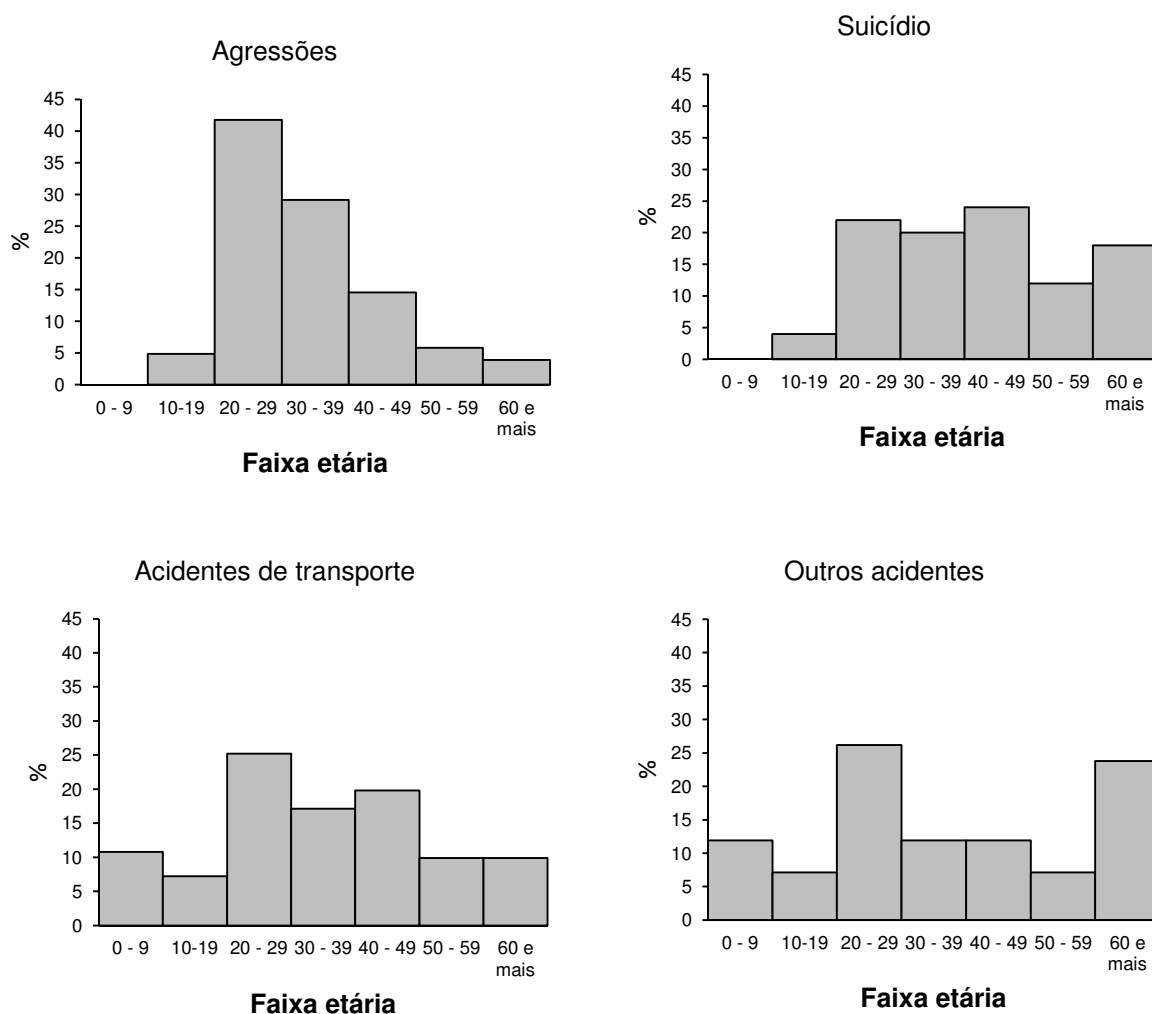
Fonte: SIM/SMS/Viçosa

Figura 10: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

A análise da frequência dos tipos de causas externas segundo a faixa etária da população acometida demonstrou diferenças. A frequência de óbitos na população de 20 a 29 anos foi maior para todos os tipos de causas externas, com exceção dos suicídios cuja frequência foi maior na população de 40 a 49 anos. Foi interessante notar que 71% das agressões aconteceram em pessoas entre 20 e 39 anos, confirmando a informação de que as violências acometem principalmente a população de jovens e adultos jovens (Figura 11 e Tabela 6).

Ao analisarmos cada tipo de causa externa separadamente, observamos que os suicídios ocorreram em todas as faixas etárias com exceção dos menores de 10 anos. Chamou a atenção a proporção de suicídios ocorridos em maiores de 60 anos, visto que a população nessa faixa etária representa, apenas, 10% da população total (Figura 11). Em estudo realizado por Minayo e Cavalcante (2010), a partir de uma revisão de literatura, fica evidente que a mortalidade por suicídios em idosos é um problema sério de saúde pública no mundo e no Brasil; um fenômeno

complexo que tem como fatores contribuintes problemas físicos, neurobiológicos, psicológicos e sociais. Apesar da importância do problema do ponto de vista da saúde, as autoras do artigo supracitado afirmaram não ter encontrado estudos sobre a realidade brasileira nas bases de dados consultadas, ressaltando a importância de se desenvolver pesquisas mais específicas sobre a temática no Brasil.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

Figura 11: Distribuição proporcional dos óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

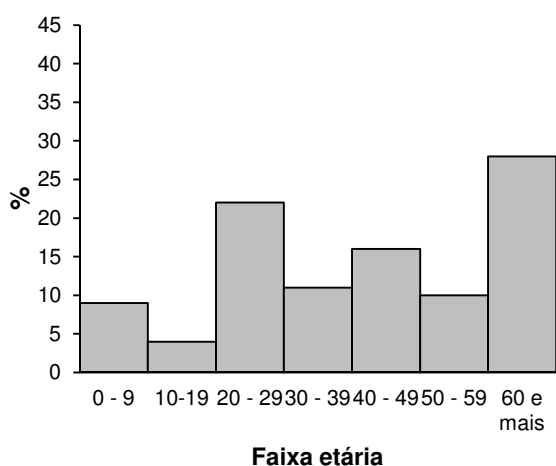
Tabela 6: Frequência e proporção de óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a faixa etária da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

FAIXA ETÁRIA	ACIDENTES TRANSPORTES		OUTROS ACIDENTES		SUICÍDIO		AGRESSÕES		INTENÇÃO INDETERMINADA		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 – 9	12	11	5	12	-	-	-	-	1	1	-	-	18	5
10-19	8	7	3	7	2	4	5	5	3	4	-	-	21	5
20 – 29	28	25	11	26	11	22	43	42	8	10	-	-	101	26
30 - 39	19	17	5	12	10	20	30	29	9	11	-	-	73	19
40 - 49	22	20	5	12	12	24	15	15	11	13	-	-	65	17
50 - 59	11	10	3	7	6	12	6	6	16	20	1	50	43	11
60 e mais	11	10	10	24	9	18	4	4	34	41	1	50	69	18
TOTAL	111	100	42	100	50	100	103	100	82	100	2	100	390	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

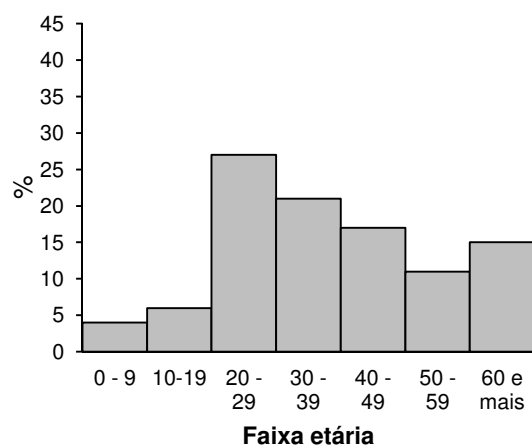
Com relação à faixa etária e o sexo, observamos que nas mulheres, as maiores proporções de óbitos por causas externas ocorreram na faixa etária acima de 60 anos (28%), sendo os acidentes de transporte (17%) a principal causa externa de óbito entre mulheres idosas em Viçosa, excluindo-se os eventos de intenção indeterminada. Como abordado anteriormente, o elevado percentual de óbitos cuja intenção foi indeterminada, sobretudo nas mulheres idosas (70%), além de representar a baixa qualidade das informações geradas, impediram a realização de análises adequadas sobre as causas de óbitos, principalmente nesse grupo etário (Figura 12 e Tabela 7).

No caso dos homens, as maiores proporções de óbitos ocorreram entre os jovens de 20 a 29 anos (27%), sendo que para essa faixa etária, as agressões foram as principais causas externas de óbito (49%) (Figura 13 e Tabela 10). Essa informação confirma o que foi dito anteriormente e acrescenta a informação de que as causas externas vitimizam mais homens jovens e as agressões são responsáveis pelo maior percentual de mortes nesse grupo.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

Figura 13: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas em homens, segundo a faixa etária, Viçosa-MG, 2000 – 2009.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

Figura 12: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas em mulheres, segundo a faixa etária, Viçosa-MG, 2000 – 2009.

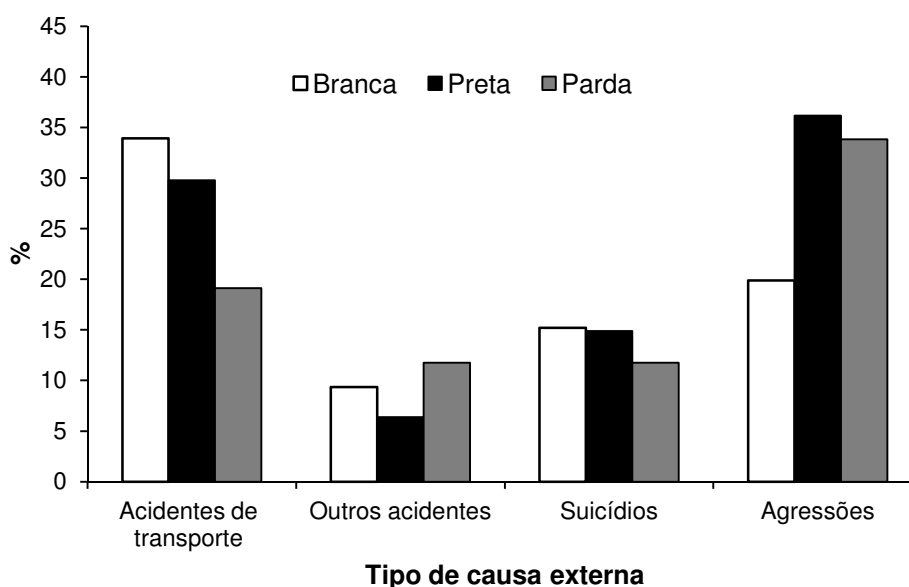
Tabela 7: Frequência e proporção de óbitos por causa externa segundo o tipo de causa, a faixa etária e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

FAIXA ETÁRIA	ACIDENTE TRANSPORTE		OUTROS ACIDENTES		SUICÍDIO		AGRESSES		INTENÇÃO INDETERMINADA		OUTRAS CAUSAS EXTERNAS		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
FEMININO													
0 - 9	5	71	2	29	-	-	-	-	-	-	-	-	7
10-19	1	33	1	33	-	-	1	33	-	-	-	-	3
20 - 29	8	44	2	11	3	17	2	11	3	17	-	-	18
30 - 39	3	33	-	-	3	33	2	22	1	11	-	-	9
40 - 49	5	38	-	-	2	15	3	23	3	23	-	-	13
50 - 59	2	25	-	-	2	25	1	13	2	25	1	13	8
60 e mais	4	17	3	13	-	-	-	-	16	70	-	-	23
TOTAL	28	35	8	10	10	12	9	11	25	31	1	1	81
MASCULINO													
0 - 9	7	64	3	27	-	-	-	-	1	9	-	-	11
10-19	7	39	2	11	2	11	4	22	3	17	-	-	18
20 - 29	20	24	9	11	8	10	41	49	5	6	-	-	83
30 - 39	16	25	5	8	7	11	28	44	8	13	-	-	64
40 - 49	17	33	5	10	10	19	12	23	8	15	-	-	52
50 - 59	9	26	3	9	4	11	5	14	14	40	-	-	35
60 e mais	7	15	7	15	9	20	4	9	18	39	1	2	46
TOTAL	83	27	34	11	40	13	94	30	57	18	1	-	309

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Com relação à raça/cor, para todas as causas externas os negros e pardos somaram 47% do total de vítimas e os brancos representaram 44% (Tabela 3). Apesar da irregularidade dos dados apresentados, foi possível observar a tendência de piora da informação sobre raça/cor no período.

Quando analisamos a raça/cor dos indivíduos e os tipos de causas externas, observamos que nos brancos, foram maiores as proporções de óbitos por acidentes de transportes (34%), já nos pretos e pardos, os óbitos por agressões, foram mais freqüentes (70%) (Figura 14). A diferença entre os modos de morrer entre brancos, pretos e pardos indicam, também, diferenças sociais uma vez que os eventos não intencionais ou acidentais acometem mais os primeiros, enquanto a violência vitimiza mais os pretos e pardos.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG

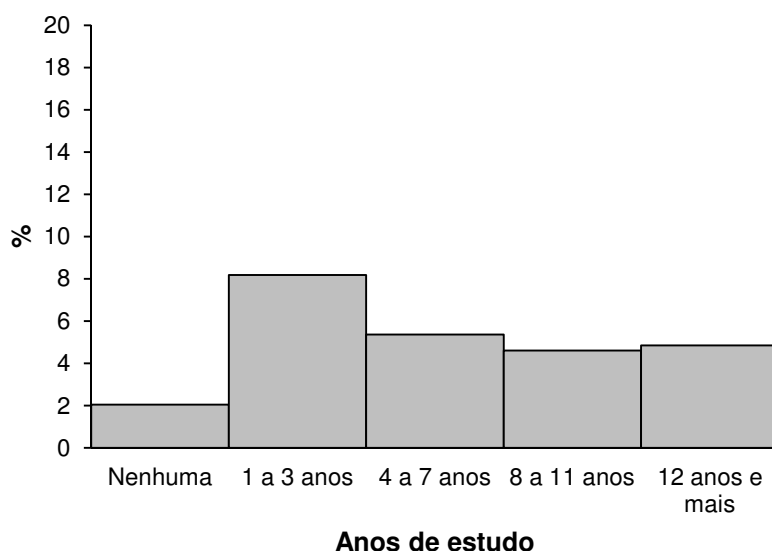
Figura 14: Distribuição proporcional dos óbitos por causa externa segundo o tipo de causa e a raça/cor da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

A distribuição dos óbitos por causas externas segundo anos de estudo das vítimas, demonstrou que a maior proporção de óbitos com escolaridade conhecida ocorreu entre indivíduos com menos de 7 anos de estudo (15%). Observamos, contudo, que 75% dos registros de escolaridade no período foram ignorados ou não preenchidos, o que impossibilitou as análises descritivas adequadas sobre a escolaridade (Tabela 8 e Figura 15).

Salientamos que a informação ignorada ou não preenchida do item referente à escolaridade dos falecidos foi recorrente em todo período analisado.

Uma das hipóteses levantadas para explicar o alto percentual de campos ignorados e não preenchidos no SIM, foi a indisponibilidade de informações detalhadas sobre as vítimas nos IML ou hospitais onde são preenchidas as declarações de óbito das vítimas de causas externas.

No Anexo 5, apresentamos o modelo do documento que é preenchido pelo Delegado de Polícia Civil para solicitação de diligência médico-legal, entre elas a necropsia nos casos de ocorrência de óbito violento ou suspeito. Nesse documento, que é enviado junto ao corpo para necropsia, constam campos para anotação dos dados sobre cor, estado civil, ocupação e endereço da vítima, descrição do local de ocorrência do óbito e do tipo de ocorrência. Entretanto, além de não haver um campo específico para a informação sobre a escolaridade, os demais campos podem não ser preenchidos adequadamente. A não existência da informação no documento que é encaminhado junto ao corpo para realização da necropsia pode dificultar o preenchimento de informações na DO já que, muitas vezes, é o único documento disponível no momento da necropsia e da emissão da DO pelo médico legista.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 15: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo a escolaridade da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Tabela 8: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo a escolaridade da vítima e o ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

ANO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)														TOTAL
	NENHUMA		1 A 3		4 A 7		8 A 11		≥ 12		IGNORADO ⁽¹⁾		NÃO INFORMADO ⁽²⁾		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2000	2	6	1	3	4	13	-	-	1	3	19	61	4	13	31
2001	2	4	5	11	2	4	2	4	2	4	29	64	3	7	45
2002	-	-	3	9	1	3	1	3	-	-	25	71	5	14	35
2003	2	4	3	5	-	-	3	5	-	-	48	84	1	2	57
2004	-	-	1	3	1	3	1	3	1	3	34	87	1	3	39
2005	1	4	2	8	2	8	3	12	3	12	9	35	6	23	26
2006	-	-	1	2	6	13	2	4	3	7	28	62	5	11	45
2007	-	-	3	13	-	-	2	8	-	-	15	63	4	17	24
2008	1	2	6	12	4	8	3	6	6	12	20	40	10	20	50
2009	-	-	7	18	1	3	1	3	3	8	17	44	10	26	39
TOTAL	8	2	32	8	21	5	18	5	19	5	244	62	49	13	391

Notas: (1) A informação sobre a escolaridade da vítima foi preenchida como ignorada. (2) Não constava informação sobre a escolaridade da vítima no SIM.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Sobre a situação conjugal, observamos que a maior parte dos óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa foram entre solteiros/as (38%) e casados/as (36%), sendo semelhantes as proporções de óbitos entre os dois estados civis.

Ao analisar a tendência da distribuição proporcional dos óbitos entre indivíduos solteiros e casados ao longo do período, observamos o comportamento irregular dos dados que não informaram nenhuma tendência de aumento ou decréscimo (Tabela 3).

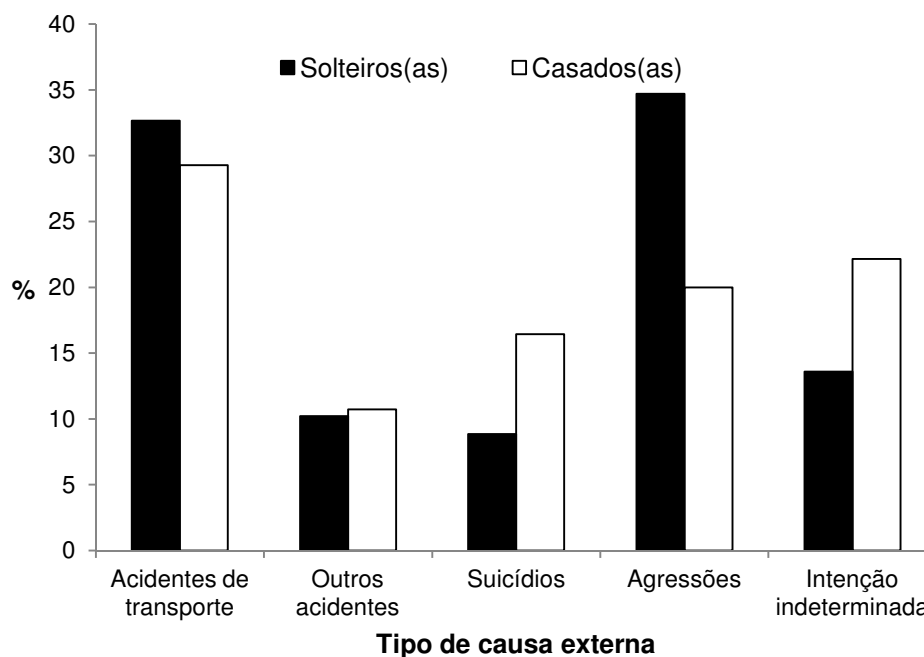
Ao contrário do que ocorreu em Viçosa, em estudo realizado por Souza (1993), os dados sobre a situação conjugal das vítimas apresentaram maior regularidade, sendo quase três vezes maiores os percentuais de óbitos entre solteiros (72%) em relação aos casados (25%).

Ao analisar o estado civil das vítimas e o tipo de causa externa, observamos que entre os/as solteiros/as, o maior percentual de óbitos ocorreu por agressões (35%), seguido dos acidentes de transporte (33%). Para os casados, as maiores proporções de óbitos ocorreram por acidentes de transporte (29%), seguido dos eventos de intenção indeterminada (22%) (Tabela 9 e Figura 16).

Tabela 9: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo a situação conjugal da vítima e o tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

TIPO DE CAUSA EXTERNA	SOLTEIROS/AS		CASADOS/AS	
	n	%	n	%
Acidentes de transporte	48	33	41	29
Outros acidentes	15	10	15	11
Suicídios	13	9	23	16
Agressões	51	35	28	20
Intenção indeterminada	20	14	31	22
Outras causas externas	0	0	2	1
TOTAL	147	100	140	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.



Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

Figura 16: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e a situação conjugal da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Ressaltamos que, assim como para os dados sobre raça/cor e escolaridade, foi alta a proporção de óbitos por causas externas cujo estado civil foi ignorado ou não informado (16%), o que contribuiu para a diminuição da qualidade dos dados gerados, dificultando a realização de análises adequadas sobre a variável.

Com relação ao local de residência das vítimas, observamos que a maior parte dos óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa, no período de 2000 a 2009, foi de residentes no município de Viçosa, nas zonas urbana (60%) e rural (8%). Aproximadamente 28% das vítimas residiam em outros municípios e em 5% dos casos não foi possível definir o local de residência por falta de informações no SIM (Tabela 10).

Dentre os locais de Viçosa com maior percentual de residentes que foram a óbito por causas externas, entre elas as agressões (14%) e o suicídio (14%), destacou-se o Bom Jesus (Tabela 10). Esta região, além de ser uma das mais populosas do município de Viçosa, possui algumas características que indicam a situação de vulnerabilidade social dos seus residentes e que podem estar associadas à maior ocorrência de óbitos por causas violentas. De acordo com dados do Censo (2004), o Bom Jesus é a

região do município com maior número de domicílios classificados como cômodo ou cortiço, maior número de pessoas responsáveis por domicílios vivendo com até um salário mínimo e meio e maior número de domicílios com 10 ou mais moradores.

Já os acidentes de transporte, excluindo os ocorridos entre residentes em outros municípios, foram mais frequentes em residentes na zona rural de Viçosa (11%) e no Silvestre (10%). A região denominada Silvestre, que engloba os bairros Novo Silvestre, João Brás, Inconfidência, entre outros, está localizada na entrada principal do município de Viçosa e possui um número significativo de residências e pontos comerciais, além de empresas e faculdades privadas, o que gera um fluxo intenso de pessoas e veículos. Além disso, é uma região cortada pela BR 120 que dá acesso à Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Essas características sinalizam que, no caso dos acidentes de transporte, o local de residência das vítimas pode ser igual ou próximo do local de ocorrência do acidente de transporte (Tabela 10).

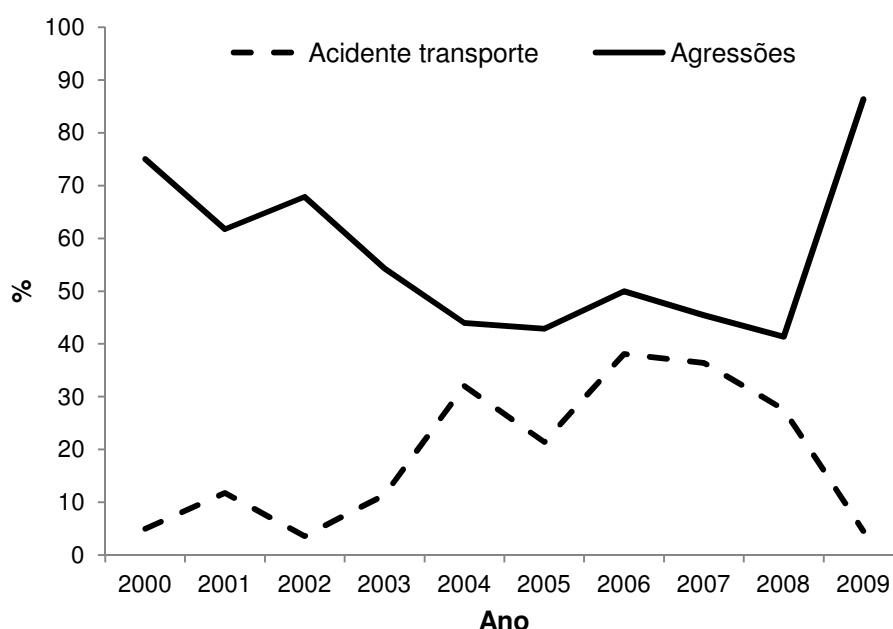
Tabela 10: Frequência e proporção de óbitos por causas externas segundo o tipo de causa e a região de residência da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

LOCAL DE RESIDENCIA	ACIDENTE TRANSPORTE		OUTROS ACIDENTES		SUICÍDIO		AGRES-SÕES		INTENÇÃO INDETERMINADA		OUTRAS C. EXTERNAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acamari	3	3	-	-	2	4	-	-	1	1	-	-	6	2
Arduino Bolivar	5	5	4	9	-	-	12	12	2	2	-	-	23	6
Bom Jesus	9	8	3	7	7	14	14	14	9	11	-	-	42	11
Centro	5	5	-	-	7	14	5	5	8	10	-	-	25	6
Fátima	1	1	-	-	-	-	2	2	1	1	-	-	4	1
Lourdes	1	1	-	-	-	-	-	-	2	2	1	50	4	1
Nova Era	5	5	2	5	2	4	5	5	4	5	-	-	18	5
Nova Viçosa	2	2	3	7	1	2	10	10	3	4	-	-	19	5
Passos	-	-	1	2	-	-	4	4	-	-	-	-	5	1
Santa Clara	4	4	1	2	4	8	6	6	1	1	-	-	16	4
Santo Antônio	7	6	5	12	1	2	6	6	2	2	-	-	21	5
Silvestre	11	10	1	2	2	4	8	8	5	6	-	-	27	7
São Jose do Triunfo	3	3	-	-	4	8	5	5	2	2	-	-	14	4
Cach. Santa Cruz	4	4	1	2	1	2	2	2	1	1	-	-	9	2
Zona Rural	12	11	4	9	4	8	5	5	5	6	-	-	30	8
Ignorado	3	3	1	2	4	8	9	9	1	1	1	50	19	5
Outros municípios	36	32	17	40	11	22	10	10	35	43	-	-	109	28
TOTAL	111	100	43	100	50	100	103	100	82	100	2	100	391	100

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG.

5.1.2 Caracterização do perfil dos óbitos por causas externas em Viçosa segundo dados da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa

Considerando os resultados envolvendo os dados coletados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, foram identificados 288 óbitos por causas externas, sendo a maior proporção por agressões (56%), seguida dos acidentes de transporte (19%). Apesar da irregularidade dos dados apresentados no período, observamos uma leve tendência de crescimento dos registros da Polícia Civil de mortes por acidentes de transporte, ao mesmo tempo em que se manteve constante a tendência de registros de mortes por agressão (Figura 17).



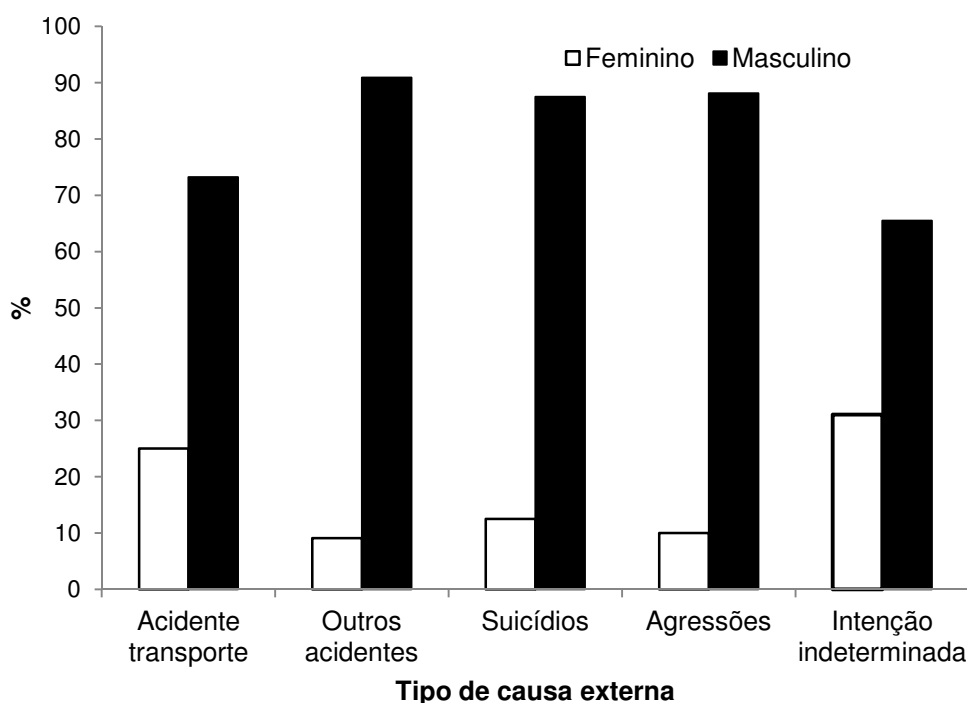
Fonte: Livros de registro de inquérito/Delegacia de Polícia Civil/ Viçosa/MG.

Figura 17: Distribuição proporcional dos óbitos por acidentes de transporte e agressão segundo ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

De forma semelhante ao observado nos dados do SIM, o registro de óbitos violentos foi maior para os homens (83%), do que para as mulheres (15%) para todos os tipos de causas externas registrados no período, entretanto, a diferença entre as proporções de óbitos entre homens e mulheres foi menor na base de dados do SIM. Ou seja, enquanto na base de dados da Polícia Civil o número de registros de óbitos em homens por todas as causas externas foi, aproximadamente, seis vezes maior que o número

de registros em mulheres, na base de dados do SIM o número de óbitos em homens foi, aproximadamente, quatro vezes maior do que o número de notificações de óbitos em mulheres (Tabela 11).

Quando avaliamos as diferenças nas proporções de registros de óbitos em homens e em mulheres segundo o tipo de causa externa, observamos que nos eventos de intenção indeterminada e nos acidentes de transporte a diferença no registro de óbitos em mulheres em relação aos registros de óbitos em homens foi menor, enquanto que para os outros acidentes e agressão a diferença foi maior, resultado, também semelhante ao observado na análise da base de dados do SIM (Figura 18 e Tabela 12).



Fonte: Livros de registro de inquérito/Delegacia de Polícia Civil/Viçosa-MG.

Figura 18: Distribuição proporcional dos óbitos por causas externas, segundo o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

Tabela 11: Frequência e proporção de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil, segundo o ano de ocorrência, o tipo de causa e o sexo da vítima, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

VARIÁVEIS	ANO																					
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de causa externa																						
Acidente transporte	1	5	4	12	1	4	4	11	8	32	9	21	16	38	4	36	8	28	1	5	56	19
Outros acidentes	1	5	2	6	2	7	-	-	-	-	2	5	1	2	2	18	1	3	-	-	11	4
Suicídios	3	15	4	12	2	7	6	17	5	20	5	12	1	2	-	-	5	17	1	5	32	11
Agressões	15	75	21	62	19	68	19	54	11	44	18	43	21	50	5	45	12	41	19	86	160	56
Intenção indeterminada	-	-	3	9	4	14	6	17	1	4	8	19	3	7	-	-	3	10	1	5	29	10
TOTAL	20	100	34	100	28	100	35	100	25	100	42	100	42	100	11	100	29	100	22	100	288	100
Sexo																						
Feminino	1	5	8	24	2	7	5	14	4	16	8	19	6	14	3	27	4	14	3	14	44	15
Masculino	19	95	26	76	24	86	30	86	21	84	34	81	36	86	7	64	25	86	17	77	239	83
Ignorado	-	-	-	-	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9	-	-	2	9	5	2
TOTAL	20	100	34	100	28	100	35	100	25	100	42	100	42	100	11	100	29	100	22	100	288	100

Fonte: Livros de registro de inquérito/Delegacia de Polícia Civil/Viçosa-MG.

Tabela 12: Frequência e proporção de óbitos por causas externas registrados na Delegacia de Polícia Civil, segundo o sexo da vítima tipo de causa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

TIPO DE CAUSA EXTERNA	FEMININO		MASCULINO		IGNORADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidente transporte	14	25	41	73	1	2	56	19
Outros acidentes	1	9	10	91	-	-	11	4
Suicídios	4	13	28	88	-	-	32	11
Agressões	16	10	141	88	3	2	160	56
Intenção indeterminada	9	31	19	66	1	3	29	10
TOTAL	44	15	239	83	5	2	288	100

Fonte: Livros de registro de inquérito/Delegacia de Polícia Civil/Viçosa-MG.

5.1.3. Comparando as bases de dados e reconstruindo as estatísticas de mortalidade

Nos itens anteriores, foi apresentada a caracterização do perfil dos óbitos por causas externas em Viçosa segundo as duas principais instituições produtoras de informações sobre esse tipo de evento: Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade, e a Delegacia de Polícia Civil, por meio do Livro de Registro de Inquéritos.

A seguir, serão apresentadas análises comparativas entre o banco de dados do SIM, o banco de dados da Polícia Civil, e o banco de dados construído a partir da associação das informações obtidas nos dois bancos de dados consultados e complementados com informações da imprensa local e das declarações de óbito originais.

A partir da comparação dos bancos de dados, verificamos a ocorrência de 104 óbitos cujos registros foram exclusivos da Polícia Civil (Tabela 13). A existência de óbitos registrados na polícia e não registrados no SIM revela o sub-registro de óbitos e a inadequada cobertura do sistema oficial de estatística vital, o SIM. Indica, ainda, a possibilidade da existência de cemitérios clandestinos, uma vez que podem estar ocorrendo sepultamentos sem a emissão da DO e sem o devido registro do óbito. É importante lembrar que a digitação das DO é feita no município de ocorrência do óbito e, por isso, todos os óbitos registrados pela Polícia local deveriam estar informados no SIM.

Em relação aos registros exclusivos da Polícia Civil, verificamos que 30% do total de óbitos registrados apenas na Polícia Civil ocorreram no ano

de 2005. Nesse mesmo ano, a base oficial SIM registrou apenas 63% do volume esperado de óbitos por causas externas no ano quando considerado o tamanho da população¹⁷.

O ano de 2005 foi um ano atípico para a Vigilância Epidemiológica de Viçosa, refletindo na cobertura do SIM. Nesse ano, foi interrompida a busca ativa de óbitos por causas externas, realizada pelos profissionais da Vigilância Epidemiológica, nos cemitérios do município, jornais locais e em contato com o IML. A interrupção dessas atividades foi decorrente de alterações na dinâmica do serviço, relacionadas, entre outros fatores, a mudanças na gestão municipal, ocorrida em 2005 devido às eleições; troca das coordenações do serviço; substituição de profissionais contratados por novos profissionais concursados, ainda sem treinamento, e redução do corpo técnico do Serviço de Vigilância Epidemiológica de 06 para 04 profissionais não treinados. Esteve relacionada, também, à suspensão da assinatura semanal de um jornal local utilizado na busca ativa de óbitos por causas externas; à saída do codificador devidamente treinado para codificação de causas básicas de óbito e ao falecimento do técnico responsável pelo cemitério municipal onde ocorrem os sepultamentos da maioria das vítimas de causas externas, importante fonte de notificação de óbitos e de sepultamentos sem o devido registro.

Diferentemente do que ocorreu no SIM, o fato de haver 207 óbitos por causas externas não registrados pela Polícia Civil de Viçosa, não constitui um problema, porque nem todos os óbitos decorrentes de causas não naturais serão alvo de investigação policial. É importante lembrar que, de forma geral, são alvo de investigação policial os óbitos decorrentes de causas externas em que haja suspeita de que sua ocorrência esteja associada a um crime. Além disso, constam no SIM, os óbitos por causas externas que ocorreram em Viçosa, independente do local de ocorrência da violência. Nesse sentido, óbitos por causas externas registrados no SIM local, podem ter sido investigados pela polícia da localidade onde o crime ocorreu.

¹⁷ Cálculo realizado conforme modelo proposto por Melo Junior (2008).

Tabela 13: Frequência e proporção de óbitos por causas externas, segundo o banco de dados consultado e o ano de ocorrência do óbito, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

ANO	SIM		POLÍCIA CIVIL		EXCLUSIVOS SIM		EXCLUSIVOS POLÍCIA CIVIL		PESQUISA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	31	8	20	7	16	8	5	5	36	7
2001	45	12	34	12	22	11	11	11	56	11
2002	35	9	28	10	15	7	8	8	43	9
2003	57	15	35	12	33	16	11	11	68	14
2004	39	10	25	9	22	11	8	8	47	9
2005	26	7	42	15	15	7	31	30	57	12
2006	45	12	42	15	16	8	13	13	58	12
2007	24	6	11	4	16	8	3	3	27	5
2008	50	13	29	10	25	12	4	4	54	11
2009	39	10	22	8	27	13	10	10	49	10
TOTAL	391	100	288	100	207	100	104	100	495	100

Fonte: SIM/SMS e Polícia Civil, Viçosa-MG.

Com relação ao tipo de causa externa, quando comparamos os dados do SIM com os dados exclusivos da Polícia Civil, observamos que de todas as causas externas de óbito que não foram registradas no SIM, as maiores proporções foram de óbitos por agressões (58%), indicando que os problemas na captação de óbitos pelo SIM, foram principalmente para os decorrentes das agressões (Tabela 14).

Tabela 14: Frequência e proporção de óbitos, segundo o banco de dados consultado e o tipo de causa externa, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

TIPO DE CAUSA EXTERNA	SIM		POLÍCIA CIVIL		EXCLUSIVOS SIM		EXCLUSIVOS POLÍCIA CIVIL		PESQUISA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acidentes transporte	111	28	56	19	60	29	14	13	126	25
Outros acidentes	43	11	11	4	27	13	4	4	41	8
Suicídio	50	13	32	11	27	13	7	7	62	13
Agressões	103	26	160	56	22	11	60	58	172	35
Intenção indeterminada	82	21	29	10	69	33	19	18	92	19
Outras causas externas	2	1	-	-	2	1	-	-	2	-
TOTAL	391	100	288	100	207	100	104	100	495	100

Fonte: SIM/SMS e Polícia Civil, Viçosa-MG.

Considerando a variável sexo, observamos que a razão entre as proporções de óbitos de homens em relação às mulheres nas bases estudadas variou, sendo maior para os registros exclusivos da Polícia Civil (5,6) e menor nos registros exclusivos do SIM (3,0). Isso significa que dependendo do banco de dados estudado será traçado um perfil diferente dos óbitos por causas externas segundo o sexo (Tabela 15).

Tabela 15: Frequência e proporção de óbitos por causas externas, segundo sexo e o banco de dados consultado, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

BASE DE DADOS	MASCULINO		FEMININO		IGNORADO		TOTAL	INDICE
	n	%	n	%	n	%	n	Razão
SIM	310	79	81	21	-	-	391	3,8
Polícia Civil	239	83	44	15	5	2	288	5,4
Exclusivos SIM	155	75	52	25	-	-	207	3
Exclusivos Polícia Civil	84	81	15	14	5	4,5	104	5,6
Pesquisa	394	80	96	19	5	1	495	4,1

Fonte: SIM/SMS e Polícia Civil, Viçosa-MG.

Além da sensibilidade do sistema de informação com relação à captação dos óbitos ocorridos no município, é relevante compreender se há concordância entre as informações do SIM com as informações obtidas a partir da pesquisa em outros bancos de dados. Para isso, foi calculado o Coeficiente Kappa a partir dos dados sobre óbitos por causas externas registrados ao mesmo tempo no banco de dados do SIM (informações originais) e no banco construído a partir da pesquisa (informações pós-investigação). A base de dados construída pela pesquisa a partir da investigação foi considerada padrão ouro para fins de comparação.

O cálculo do Coeficiente Kappa indicou concordância de 0,80, considerada moderada segundo Shrout (1998), entre os dados do SIM sobre os tipos de causas externas e os obtidos a partir da pesquisa (Tabela 16). Apesar do valor encontrado, é importante considerar que trata-se de um banco de dados oficial sobre estatística vital e que, por isso, as diferenças apresentadas entre os dados originais e os dados obtidos após investigação em outras fontes de dados, podem ser consideradas significativas.

Tabela 16: Concordância entre tipos de causas externas de óbitos definidos após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*					TOTAL
		Acidentes de transporte	Outros acidentes	Suicídios	Agressões	Intenção indeterminada	
SIM	Acidentes de transporte	48	-	-	3	-	51
	Outros acidentes	1	10	2	3	-	16
	Suicídios	-	-	20	3	-	23
	Agressões	-	-	3	78	-	81
	Intenção indeterminada	2	1	3	4	3	13
	TOTAL	51	11	28	91	3	184

Teste Z = 17,90. Valor de p < 0,00. Coeficiente Kappa = 0,80 (0,75 – 0,85). Erro padrão do Kappa = 0,045.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

Detalhado a análise da concordância, observamos que o cálculo do Kappa para cada tipo de causa externa mostrou diferenças importantes. A maior concordância foi observada nos óbitos por acidentes de transporte (K=0,92) e agressão (K=0,83) (Tabela 17 e 20). A maior concordância para os acidentes de transporte pode estar relacionada à natureza do evento, uma vez que tratar-se de uma fatalidade cuja intencionalidade, além de ser mais facilmente identificável, não há tabus em se falar sobre ela. Por outro lado, a menor concordância observada para os suicídios (K=0,75) (Tabela 19), pode estar relacionada aos fatores socioculturais relacionados ao evento e que podem contribuir para a ocultação da sua intencionalidade, tanto pelos médicos que declaram o óbito quanto pelas famílias das vítimas que podem preferir não falar sobre o suicídio.

Ainda sobre a análise da concordância por tipo de causa externa, observamos que a menor concordância calculada foi para os óbitos cuja intenção foi indeterminada (K= 0,36) (Tabela 21). Isso indica que dos 13 óbitos classificados na base de dados do SIM como de intenção indeterminada, 10 foram reclassificados em outras categorias. Tal resultado

indica a possibilidade de melhora dessa informação a partir da investigação do óbito em outras fontes de informação através da busca ativa realizada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Além da qualidade dos dados do SIM, a melhoria da cobertura desse sistema de informação é um fator primordial para avaliações adequadas da mortalidade por causas externas. A incorporação ao SIM dos dados obtidos por meio da investigação promovida pela pesquisa trouxe contribuições qualitativas e quantitativas.

Do ponto de vista qualitativo, a investigação de casos contribuiu para a reclassificação de 10 dos 13 óbitos por intenção indeterminada registrados no SIM. Do ponto de vista quantitativo, a investigação evidenciou a existência de 104 óbitos por causas externas cujos registros constavam apenas na Polícia Civil, caracterizando o sub-registro de tais óbitos no sistema oficial de estatística vital – o SIM.

Ressaltamos que o sub-registro de óbitos identificados no estudo podem ser de pessoas residentes tanto em Viçosa quanto em outros municípios, uma vez o estudo considerou todos os óbitos ocorridos no município independente do local de residência do falecido. Isso indica que os problemas relacionados à qualidade da informação podem ser extrapolados para outros municípios, principalmente, os que integram a microrregião, tendo Viçosa como referenciam para ações de saúde, educação e comércio.

A existência de sub-registro de informações sobre óbitos acidentais ou violentos enfraquece as possibilidades de construção de políticas públicas de prevenção e controle adequadas às características do evento na população.

Tabela 17: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (acidente de transporte) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*		
SIM		Concordam	Não concordam	TOTAL
	Concordam	48	3	51
	Não concordam	3	130	133
	TOTAL	51	133	184

Teste Z = 12,46. Valor de $p < 0,001$. Coeficiente Kappa = 0,92 (0,85 – 0,99). Erro padrão do Kappa = 0,073.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

Tabela 18: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (outros acidentes) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*		
SIM		Concordam	Não concordam	TOTAL
	Concordam	10	6	16
	Não concordam	1	167	168
	TOTAL	11	173	184

Teste Z = 9,98. Valor de $p < 0,001$. Coeficiente Kappa = 0,72 (0,65 – 0,79). Erro padrão do Kappa = 0,072.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

Tabela 19: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (suicídio) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*		
SIM		Concordam	Não concordam	TOTAL
	Concordam	20	3	23
	Não concordam	8	153	161
	TOTAL	28	156	184

Teste Z = 10,24. Valor de $p < 0,001$. Coeficiente Kappa = 0,75 (0,68 – 0,82). Erro padrão do Kappa = 0,073.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

Tabela 20: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (agressões) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*		
		Concordam	Não concordam	TOTAL
SIM	Concordam	78	3	81
	Não concordam	13	90	103
	TOTAL	91	93	184

Teste Z = 11,27. Valor de p < 0,001. Coeficiente Kappa = 0,83 (0,76 – 0,90). Erro padrão do Kappa = 0,073.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

Tabela 21: Concordância entre o tipo de causa externa de óbito (intenção indeterminada) definido após pesquisa (dados da pesquisa) e registrados no SIM, Viçosa-MG, 2000 a 2009.

		POLÍCIA CIVIL*		
		Concordam	Não concordam	TOTAL
SIM	Concordam	3	10	13
	Não concordam	0	171	171
	TOTAL	3	181	184

Teste Z = 6,33. Valor de p < 0,001. Coeficiente Kappa = 0,36 (0,30 – 0,42). Erro padrão do Kappa = 0,06.

Fonte: SIM/SMS/Viçosa-MG e Dados finais da pesquisa.

* Dados obtidos na Delegacia de Polícia Civil, complementados com informações obtidas em consulta à imprensa escrita local (jornais) e às DO originais.

5.1.4. Considerações parciais

O presente estudo apresentou algumas limitações entre elas o pequeno número de óbitos por causas externas registrados no período. Ou seja, por se tratar de um município de médio porte, com aproximadamente 72.244 mil habitantes, verificou-se que os óbitos por causas não naturais representou de 4 a 12% do total de óbitos registrados entre os anos de 2000 a 2009 com número absoluto de óbitos variando de 24 a 57 óbitos/ano se considerada a base de dados do SIM e de 28 a 57 óbitos/ano se considerada os dados da pesquisa.

Nesse sentido, ao se fragmentar os dados com o objetivo de analisar as diferentes variáveis e, em algumas delas, diferentes categorias, verificamos a impossibilidade de se realizar uma análise adequada visto que muitas vezes uma diferença igual a 50%, na verdade, referia-se a uma única

vítima. Isso dificultou a realização de inferências relacionadas ao aumento ou diminuição do percentual de casos, ou de diferenças entre sexos, ou faixas etárias, situação conjugal, cor/etnia ou mesmo de um ano ao outro.

Outra limitação do estudo diz respeito aos dados policiais. Como não havia informatização dos dados gerados pela Polícia Civil local até o momento da realização do estudo, a busca de dados restringiu-se à leitura dos livros de registros de inquéritos onde são registrados os números dos inquéritos de investigação, a data do fato, o nome da vítima, o tipo de evento e o nome dos indiciados. Não há referências sobre idade, cor/etnia, escolaridade, situação conjugal e local de residência das vítimas, nem mesmo sobre o local de ocorrência do fato. Os dados sócio-demográficos das vítimas e sobre o local e circunstâncias de ocorrência do fato são trabalhados pela polícia durante as investigações, sendo consolidados no inquérito policial que, depois de concluído, é enviado junto ao laudo de necropsia e ao boletim de ocorrência para julgamento do crime em questão, não estando disponíveis para consulta.

Apesar das limitações, o presente estudo apresentou contribuições sobretudo no sentido de demonstrar a fragilidade do SIM no que tange tanto à qualidade dos dados nele registrados quanto à sensibilidade no que se refere à captação dos óbitos por causas externas ocorridos no município.

O estudo apresentou contribuições, também, no sentido de demonstrar aos técnicos responsáveis pela gestão das informações no âmbito da Secretaria de Saúde e às autoridades policiais, a necessidade de se construir um diálogo entre o setor saúde e o setor de segurança pública de modo a contribuir para a melhoria da qualidade da informação gerada por ambas as instâncias.

5.2. Significados e sentidos da declaração de óbito e as implicações na qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas em Viçosa-MG

5.2.1. Significados e sentidos da declaração de óbito

Nessa primeira categoria de análise buscamos compreender os significados e sentidos que a declaração de óbito tem para os/as profissionais responsáveis pelo seu preenchimento, ou seja, para os/as médicos/as.

Para tanto, consideramos os conceitos de significados e sentidos propostos por Lane (2006). Para a autora, significado são formas de representação da realidade produzidas historicamente e partilhadas social e culturalmente e sentidos são os significados elaborados na experiência do sujeito, ou seja, é a experiência do vivido.

A partir da análise das entrevistas, observamos que a declaração de óbito foi qualificada pelos/as entrevistados/as como um documento importante, sendo utilizados diferentes elementos para explicar a função atribuída a esse documento.

Em uma das dimensões identificadas e que denominamos 'senso comum', observamos a não utilização de elementos técnicos ou da linguagem especializada para abordar ou descrever o documento. A definição da DO utilizando elementos do senso comum indicam que profissionais que trabalham cotidianamente com a o documento desenvolvem uma visão prática, funcional e fragmentada do mesmo.

“Pra mim a DO é que nem a Identidade. Tem que ter. Só que a identidade é pra falar que o sujeito existe e a DO e pra falar que acabou. Não existe mais. Pra dar baixa na pessoa. Para os médicos é só um papel, não tem função. Só que pra família deve ter, né? Você já procurou saber? Acho que isso vai pro INSS, seguro... É também um documento pra epidemiologia. Pra saber sobre a gravidade e a quantidade de doença que tem, né? Acho que deve ser importante, mas eu não sei. Eu não trabalho com isto. Acho que deve ser importante pra epidemiologia.” (inf.3, F, 52 anos)

Na fala acima, a informante assumiu que a DO não tem função alguma para os profissionais que a preenchem, no caso o médico. Contudo,

apontou a importância prática e funcional assumida pelo documento para as pessoas mais próximas aos falecidos, ou seja, as famílias, já que é um instrumento necessário para a solicitação de seguros e benefícios. É a partir dessa idéia burocratizada da DO que a entrevistada aponta a importância do documento como instrumento de notificação de doenças para fins epidemiológicos.

O caráter funcional e burocratizado da DO, foi um elemento identificado nas falas de praticamente todos os/as entrevistados. A declaração de óbito foi apresentada como um documento de três vias de destino certo, necessário para enterrar os corpos, notificar o óbito e produzir estatísticas. As falas abaixo exemplificam esta visão burocratizada da DO:

“A declaração de óbito ela é um documento, né? Necessário, né? Para se fazer a “inumação” do corpo, de qualquer corpo. Um via segue com o corpo pra fazer o registro no cartório de óbito, cartório de registro civil, né? O mesmo cartório que faz a certidão de nascimento depois ele vai lavrar a certidão de óbito, o documento final da vida para fins legais e vai, como se diz, o encerramento da vida do cidadão. Ta certo? A terceira via fica arquivada no local onde é emitida essa declaração, no caso hospital ou IML, no caso nosso e a primeira via ela segue para a secretaria de saúde (aqui funciona assim), onde são feitas as estatísticas de saúde com relação à morte daquela pessoa.” (Inf. 08, Masc, 44 anos)

“O nosso modelo é baseado em três vias. Tem a via branca, que é a primeira via. A via amarela, que é a segunda via. E a via rosa, que é a terceira via. A via branca ela é sempre destinada à secretaria municipal de saúde. A via amarela é entregue à família, ou à funerária que aqui no caso representa a família, para que seja feito o registro no cartório. E a via rosa fica sempre retida na entidade, na instituição que emitiu... no caso o hospital retém a via rosa no seu arquivo, no nosso caso o IML a gente fica com a via rosa.” (Inf. 09, Masc, 43 anos)

É interessante notar que alguns/mas entrevistados/as foram mais diretos/as e sucintos/as ao informar sobre o que é a declaração de óbito, utilizando-se para isto de frases ‘feitas’ cujo sentido é compartilhado com a interlocutora. A utilização desse tipo de narrativa indica que estes sujeitos se preocuparam mais em dizer o que acreditavam que a entrevistadora gostaria de ouvir do que em discutir o assunto, ou seja, trataram o tema de modo a economizar tempo, com superficialidade e indicando que não haveria muitas coisas a dizer sobre o objeto, bastando defini-lo.

“A declaração de óbito é meio pelo qual a gente informa para fins epidemiológicos, fins judiciais a causa mortis do paciente.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

“É um meio para informar ao estado do que o paciente foi a óbito. De que doença ele morreu. É pra informar principalmente ao Estado.” (Inf. 06, Fem., 36 anos)

O terceiro elemento identificado foi a função epidemiológica da declaração de óbito. Os médicos entrevistados apontaram a importância, tanto na construção de estatísticas quanto na prevenção de doenças e agravos. Houve a preocupação dos informantes em explicar e explicitar as funções da declaração de óbito para a epidemiologia e a estatística.

“Mas ela visa, a finalidade principal dela é pra efeito de vigilância epidemiológica. Não é? Então nela são descritos os dados da pessoa e algumas condições com relação à características da morte. Tem que ser descritas nela pra ser completa, completada e encaminhada.” (Inf. 08, Masc, 44 anos)

“A Declaração de óbito é um documento, que a gente tem que colocar como que fala, declarar, informar as doenças e a causa básica daquela causa mortis. Doenças ou trauma que levou a causa pra depois ter a certificação de óbito. A importância disso é tanto epidemiológica, por conta de se ter o contato dos familiares que, de repente teve contato com a doença que matou o indivíduo pode correr atrás pra saber se ta tendo um surto, uma epidemia, alguma coisa... e até pra estatística, ah o índice de mortes por acidentes de carro é grande, estas coisas.” (Inf. 02, Masc, 37 anos)

Em uma das narrativas acima descritas, observamos que o entrevistado buscou uma resposta afirmativa da pesquisadora sobre seu posicionamento com relação à importância da DO na construção de estatísticas. Contudo, não houve por parte deste entrevistado o desenvolvimento do raciocínio sobre o porquê da construção de estatísticas vitais e dos dados epidemiológicos.

Apenas um dos/as entrevistados/as apontou a importância da DO para a construção de estatísticas que tem como finalidade a elaboração de políticas públicas de saúde e segurança indicando que embora tenham uma noção da importância do documento do ponto de vista da epidemiologia,

para a maioria dos/as entrevistados/as predominava uma visão fragmentada e burocratizada.

“Declaração de óbito é o instrumento pelo qual, existe, né? Uma coleta de informações a respeito do óbito ocorrido, que é utilizada, no meu entendimento, pra documentação de causas e fatores implicados naquele óbito e, também, pra elaboração de políticas pra prevenção de outros eventos relacionados a determinadas causas. Então é um instrumento importante de investigação no meu ponto de vista.” (Inf. 02, Masc., 37 anos)

É interessante notar que uma das entrevistadas apontou a importância do documento para registro da história da doença e sua evolução, porém não informou em seu relato, porque seria importante a documentação dessa história.

“A declaração de óbito, pra mim, resume tudo que levou a morte o paciente. Ta? Desde o início da internação até o final. O que que levou ao final, né? A doença terminal e a morte. Então ali se resume tudo, né?! As causas, conseqüências e a finalização. Acho que o atestado de óbito é isso: pra esclarecer e pra fazer documentar o que que se passou com o paciente.” (Inf. 05, Fem., 50 anos)

A importância dada ao registro da história clínica do paciente e à evolução da doença veio de encontro à idéia do registro do que deu errado. Ou seja, da idéia de se registrarem as falhas ou fracassos das tecnologias médicas que não foram capazes de interromper o curso da doença e impedir a morte. Nas narrativas abaixo, é possível identificar a dimensão da declaração de óbito como ‘certificado de fracasso’ do médico diante da morte.

“A declaração de óbito? É um documento médico, ta. Emitido após a falência do tratamento ou não realmente conseguir o que o médico se propôs a fazer que era tentar salvar a vida do paciente. Mas é um documento de notificação a principio, pra mim.” (Inf.07, Masc., 42 anos)

“Infelizmente nos não somos preparados pra falar sobre a morte. Nós somos preparados pra curar, pra salvar vidas. A morte é quando não dá certo. Como lidar com o fracasso? Ninguém ensina pro médico a lidar com isso. É muito frustrante. Muitos preferem não falar do assunto. É difícil falar. É curto o tempo destinado a tratar sobre a morte. (...) na

verdade nem sempre é muito bem abordado isso na faculdade, né. E é pouca vivência que a gente tem na faculdade; mesmo nas aulas de medicina legal, o pouco tempo que a gente tem pra tá assimilando isso daí, praticando, né. Então a gente tem contato com isso por volta do oitavo período se eu não to enganado e, depois disso você só vai preencher de novo na prática. Então fica um hiato aí de algum tempo, de uns dois anos, dois anos e meio que acaba prejudicando.” (Inf. 10, Masc. 34 anos)

O informante em sua fala apontou que durante sua formação acadêmica, o tema morte não foi abordado. Segundo o informante, o médico é preparado, ‘treinado’ para salvar vidas, porém quando isso não é possível, é o médico responsável pelo paciente (pela vida do paciente) é quem tem que emitir a declaração de óbito, o que gera grande frustração. A declaração de óbito, nesse contexto, torna-se um documento médico cuja função é a de falar sobre a morte e sobre o fracasso médico.

Além das dimensões do senso comum, funcional/burocratizada, epidemiológica, e de registro da história da doença e do ‘fracasso médico’, que a declaração de óbito assume, as entrevistas apontaram, ainda, uma outra dimensão: a jurídico/legal.

É importante ressaltar que a dimensão jurídica que a DO assume ao informar sobre a ocorrência do óbito apareceu nas falas dos três médicos legistas entrevistados. A dimensão jurídica foi apresentada por essa categoria de médicos como algo ‘natural/familiar’. Não houve estranhamento em falar sobre o assunto. Isso nos remete a pensar no fato de que como os legistas lidam cotidianamente com as mortes violentas, questões judicial/legal e multidisciplinares exigidas no tratamento desse evento torna-se algo esperado e compreendido como inerente à atividade.

“Pro IML ele é um documento completo porque ele vai surgir como parte. O inquérito não vai se ater a ele, né? Ou seja, a gente vai ter outras coisas. O inquérito tem outras coisas que o delegado vai pedir. Tem outras informações que vão ser buscadas. Então assim, normalmente a gente preenche não pra... pra epidemiologia sim né, mas eu. Na minha parte eu julgo ele uma declaração bem completa. Mas eu não sei o pessoal da epidemiologia talvez pode ter uma outra ótica com relação a isso. Tá bom?” (Inf. 08, Masc., 44 anos)

Um dos legistas entrevistados reforçou que a DO não é um documento essencialmente jurídico, justificando que não é preciso ter ‘medo’ de preenchê-lo com informações que se julguem pertinentes. O entrevistado informou sobre o papel do/a médico/a em descrever as causas conhecidas ou presumidas do óbito independente da importância jurídico/legal que aquela informação pode ter.

“A DO é um documento pro cartório e pra epidemiologia. Não é pro delegado. Tem que acabar com o medo. Você tem que colocar na DO o que você sabe que aconteceu. Por exemplo: se a pessoa morreu de infarto, coloca infarto. Se você não sabe do que a pessoa morreu, coloca desconhecido.” (Inf.04, Masc., 35 anos)

Na fala dos demais profissionais a função legal da declaração de óbito somente apareceu no decorrer das entrevistas quando os médicos foram, então, questionados sobre seu posicionamento com relação ao óbito por causas externas ou violentas. Contudo, mesmo questionados a respeito do preenchimento das DO de causas externas, em várias situações os entrevistados se recusaram a falar sobre o tema.

A forma reducionista e fragmentada como a DO foi tratada pelos/as entrevistados/as reforça o fato de que se trata de um documento que assume diferentes significados conforme quem o ‘olha’ em nome de quem o faz. Ou seja, a DO é um papel (documento) que assume diferentes funções e com importâncias também distintas conforme a instituição que o utiliza. As narrativas apontam que para o médico que a preenche, a DO não tem importância direta, embora para alguns possa significar o fracasso da atuação profissional.

5.2.2. O/A médico/a como sujeito social e político e o preenchimento da DO

De acordo com a Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e a Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005, do Conselho Federal de Medicina, o

preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do/a médico/a que atestou a morte.

Todos os médicos e médicas entrevistados/as, sejam eles/as assistentes, plantonistas ou legistas, ao longo das entrevistas, indicaram que é o/a médico/a o/a responsável pelo preenchimento da declaração de óbito e pelas informações constantes no documento.

“Só o médico. É só o médico que preenche. De preferência o médico assistente, né? Quando o paciente está nas enfermarias, alas, apartamentos e no UTI também é o médico que tá assistindo o paciente. Sempre é o médico.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

“No caso do IML é o médico que examina o corpo, né? Mesmo nos hospitais, onde é emitida esta declaração ela deve ser preenchida sempre pelo médico. A responsabilidade das informações é do médico. Muito embora, às vezes, o médico não tem em suas mãos os dados que ele precisa (...) isso às vezes dificulta um pouco.” (Inf. 08, Masc., 44 anos)

Na modalidade da análise da enunciação proposta pela análise do conteúdo, a repetição das palavras ou de um tema dentro de um mesmo texto, pode indicar a importância do assunto que a palavra anuncia. Nesse sentido, podemos inferir que o papel do/a médico/a enquanto profissional responsável pelo preenchimento da DO foi, para o grupo de sujeitos entrevistados, algo importante de ser afirmado. Essa importância dada ao papel do médico no preenchimento da DO pode estar associada à necessidade desse grupo de profissionais manter o poder de informar sobre a vida e sobre a morte.

É interessante notar nas narrativas, que o paciente foi tomado como de propriedade do médico “*o meu paciente*”, e o médico como responsável pelo paciente “*cada um tem o seu*”, seja durante a doença e o seu tratamento, seja no momento da morte e do preenchimento da DO.

“O atestado de óbito é preenchido pelo médico assistente do paciente. Médico assistente é aquele médico que fica com o paciente da internação até a saída dele. Na UTI nos temos os médicos assistentes dos pacientes que internam lá, ta? Cada um tem o seu. No prontuário tem o nome do médico assistente. Já interna pra aquele médico assistente. Mas na UTI ficam os plantonistas. Mas quando ele vem a falecer o

plantonista da UTI pode dar o atestado de óbito, ou o médico assistente. Isso não é obrigatório o plantonista dar não. Mas geralmente na UTI a gente faz.” (Inf. 05, Fem., 50 anos)

A necessidade apontada pelos/as entrevistados/as de que as informações sobre o paciente sejam dadas e registradas pelo/a médico/a que o assiste, entre elas a informação sobre a morte e o registro do fato na Declaração de Óbito revelam, também, a fragilidade do sistema de notificação e registro de óbitos dentro da unidade hospitalar.

Na fala abaixo, o entrevistado aponta que na ocorrência de morte entre os pacientes internados sobre a sua responsabilidade, o médico de plantão realiza anotação do fato (óbito) em prontuário, deixando para que o médico assistente providencie posteriormente a DO.

“Olha, a declaração de óbito ela deve ser preenchida, de preferência, no caso de ambiente hospitalar, é pelo médico assistente do paciente. Por exemplo, paciente ta internado em meu nome e veio a falecer, então, ninguém melhor do que eu mesmo pra preencher o atestado de óbito, a declaração de óbito. Tanto é que na maioria das vezes o que ocorre... o médico plantonista ou que esteja no local e que tenha constatado o óbito, ele registra em prontuário, né; que constata aquele óbito e o médico assistente, que seria, né; no caso eu, ele vem no outro dia ou assim que possível preencher com dados; inclusive eu teria mais respaldo pra ta fazendo isso eu conheço o paciente, eu conheço mais dados a respeito do quadro do paciente e outros fatores que levaram, né; que desencadearam aquele óbito.” (Inf.10, Masc., 34 anos)

Considerando o fato acima relatado, podemos inferir que no município de Viçosa, corpos podem estar sendo velados e sepultados sem que tenha sido feito o devido registro do óbito, tal qual é exigido por lei. A identificação de 104 óbitos por causas externas registrados apenas na delegacia de Polícia Civil de Viçosa corrobora com esta afirmativa, evidenciando a fragilidade do sistema oficial de informação sobre estatísticas vitais no município.

Ainda sobre a responsabilidade do médico no preenchimento das declarações de óbito, é interessante notar que mesmo assumindo a responsabilidade pelas informações contidas no documento, os médicos afirmam que, muitas vezes, parte da declaração de óbito é preenchida por

outros profissionais, restando, apenas a parte referente às causas do óbito para serem preenchidas pelo médico.

“É o médico responsável pelo paciente. Aqui no hospital não tem problema; assim que a gente chega no hospital nem sabe que o paciente morreu e já tá lá a DO pra gente preencher. As meninas da recepção providenciam tudo; é só a gente preencher a parte do médico; não tem problema.” (Inf.03, Fem., 52 anos)

“Aqui no hospital, o cabeçalho já vem, às vezes, preenchido lá debaixo. As meninas preenchem o nome do paciente e outros dados... e tem uma parte que é específica do médico”. Você vê que já vem tudo preenchido, escolaridade, se é aposentado, tatá... a letra é totalmente diferente, tá vendo?. Essa parte aqui fica por conta do médico, aqui a gente mesmo preenche. A mesma que o Dr. X preencheu é o que eu tenho preenchido (o informante mostra na DO a parte referente as causas da morte). Eu por exemplo preencho tudo aqui e gosto de eu mesmo colocar o nome do paciente. Muitas vezes a gente vai confiar no que a secretária... eu não confio eu gosto de preencher. Eu chego até ser meio chato. Eu gosto de colocar isso aqui também, tá vendo? O horário do óbito, a data que aconteceu, se é causa fetal. Eu sempre vou preenchendo isto daqui. Agora endereço do falecido eu não preencho não. Porque geralmente quando o paciente entra no hospital lá já tem o cadastro dele com o endereço onde ele mora, telefone de contato, essas coisas todas. Aí eu venho pra cá, porque aqui é diferente, tem a descrição das doenças, da morte, a parte de doenças, causas, né? Morte e as doenças que tiveram levaram como consequência a morte dele. Preencho e coloco até aqui.” (Inf.10, Masc., 34 anos)

Sobre a importância das informações presentes no documento, foi questionado aos entrevistados/as sobre o que consideravam mais importante. Muitos afirmaram que todas as informações são importantes, reforçando a autoridade da DO como um documento. O sentido das falas aponta novamente para o caráter burocratizado que o documento assume perante os/as entrevistados/as, que o preenche cotidianamente mesmo desconhecendo a importância de cada informação contida na DO.

“Bem na verdade eu acho que todas as informações da declaração são importantes. Da identificação até a causa. Não tem nenhum item que não seja importante. Todos são importantes. Se não, não estaria ali. É um documento, né?” (Inf. 07, Masc., 42 anos)

Embora tenham considerado todas as informações importantes, os/as entrevistados/as consideraram que a causa de morte, ou como eles mesmos denominaram “parte médica” seria o mais importante se tivessem que ordenar em importância.

“As causas da morte. A parte médica da DO. As causas da morte. A parte I e II, mas principalmente a parte I.” (Inf.08, Masc., 44 anos)

“A causa imediata é a mais importante. Pra finalidade de prevenção imediata e pra estatística secundária e terciária. Porque aí você vai no A, B e C. o mais importante você cita aqui embaixo.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

A importância atribuída pelos entrevistados à “parte médica” em detrimento das demais informações contidas na DO, inclusive sobre as circunstâncias do óbito e a causa básica está associada à visão fragmentada e superficial do documento e, também, à idéia hegemônica da medicina tecnicista/positivista/funcionalista em que o papel do/a médico/a é o de dizer sobre a natureza da lesão ou as causas imediatas da doença, já que é esse o ‘mal’ que deve ser vencido de modo a combater a morte.

A importância atribuída à descrição da natureza da lesão pelos/as médicos/as responsáveis pelo preenchimento das DO de óbitos ocorridos em Viçosa, pode contribuir para a compreensão dos altos percentuais de campos relativos a informações sócio-demográficas das vítimas não preenchidos ou ignorados e, também, de óbitos classificados como eventos (fatos) cuja intenção foi indeterminada registrados no município.

Segundo Souza (1998), a busca vertical da correlação entre sintomas e lesão teve origem com a anatomia de Morgagni e a introdução da noção de tecido de Bichat, no século XVIII, quando partindo de uma preocupação clínica de definir a história patológica, estabeleceu-se como importante a definição da localização do fato patológico ou “*foco primitivo*”, independente da noção de causa.

Vale ressaltar que esta visão hegemônica da medicina positivista, em que busca-se uma correlação vertical entre sintomas e lesão, é ainda predominante nos dias atuais impactando, de forma negativa, a

compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e à doença e, conseqüentemente, à produção das declarações de óbito.

Ao se referirem ao item 'causas de óbito' como "parte médica", os/as entrevistados/as reafirmaram o poder médico de dizer sobre a morte e sobre o paciente, ao mesmo tempo que assumiram a dificuldade em falar sobre as demais informações constantes na DO. Essas informações de senso comum não exigem conhecimento técnico específico para preenchê-las, contudo, exige do/a médico/a conhecimento sobre o paciente e não somente sobre a história da doença do mesmo. Na narrativa abaixo, a entrevistada apontou o 'automatismo' presente no preenchimento das causas de óbito, indicando o quanto é 'familiar' para o médico falar sobre a doença do paciente.

"A gente vê aquelas causas ali no quadro que a gente já tem automático pra colocar. Aí você coloca a causa, o que que aconteceu no final. Embaixo: o que que pode ter levado ao de cima e a causa principal embaixo. Então são três...quatro linhas, né?" (Inf.05, Fem., 50 anos)

O poder médico ficou evidente quando os/as entrevistados/as assumiram considerar mais importantes as informações sobre as causas da morte, denominada pelos/as próprios/as entrevistados/as como parte médica, em detrimento das demais informações presentes na DO.

Mesmo no caso de DO de causas externas, foi interessante notar que os/as informantes consideraram mais importante descrever a natureza da lesão do que as circunstâncias em que as mesmas ocorreram.

"Muitas vezes só preenchamos a causa lá, por exemplo, politraumatismo. Nos não colocamos outras informações que podem ser importantes. Eu achava que só politraumatismo estava bom. Vendo o livreto (Ministério de Saúde, 2007) foi bom pra lembrar que é importante colocar outras causas, exemplo acidente de transporte, suicídio... as vezes, não sei, exemplo: o cara chega lá com um tiro. Eu não sei se ele levou um tiro, se é acidente, mas eu sei que é arma de fogo. Eu e meus colegas as vezes não colocamos a causa lá. Só politraumatismo. Acho que é mais prático rápido. Eu acho que é um pouco até de falta de informação. Às vezes é por prática, rotina de trabalho mesmo. Não sei. Acho que é mais prático. Eu achava que era importante saber: morreram X pessoas de politraumatismo. Eu não sabia que era importante saber que morreu de Traumatismo, laceração cerebral,

agressão por arma de fogo. Na verdade é até mais importante traumatismo e arma de fogo, né? Eu nem sei. Eu não sabia, mas lembrei no livrinho.” (Inf. 04, Masc., 35 anos)

O fato dos/as médicos/as informarem apenas a natureza da lesão que levou ao óbito pode estar relacionado à crença de que cabe à polícia a descrição das circunstâncias da morte e ao médico apenas a descrição da lesão. Ou seja, os/as médicos/as definem como campo de discurso de sua responsabilidade o orgânico como fato descolado de complexidade social. Nesse sentido, cada especialidade tem que dar conta de seus objetos, sendo que ao médico não cabe o trabalho de policial; e ao policial não cabe tratar de questões dos médicos. A interdisciplinaridade não é bem acolhida pelo discurso médico, pois a especialidade é uma das formas de reiteração do poder simbólico dos médicos do saber sobre a vida, a saúde, a doença e a morte.

A importância atribuída à natureza da lesão em detrimento das circunstâncias do óbito, pode estar relacionada, também, à uma visão equivocada do papel do/a médico/a no preenchimento das DO e de suas implicações do ponto de vista jurídico criminal. Nas entrevistas, o preenchimento do campo 8 (exclusivo para causas externas) não foi citado, o que reforça esta hipótese. Este campo, que trata das informações sobre as circunstâncias da morte não natural, é de uso estritamente epidemiológico e foi criado com objetivo de resguardar o profissional de responsabilidades jurídico criminais sobre a informação prestada neste campo.

“No caso dos óbitos violentos a informação mais importante é a causa imediata. Descrever a lesão, qual órgão foi acometido. E a menos importante e quem fez. Pra medicina. É importante pra parte legal. É importante saber quem fez.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

Ao falar sobre a informação mais importante e menos importante da DO, o entrevistado acima citou a questão da autoria do crime como informação menos importante, porém, essa não é uma questão solicitada em nenhuma das partes do documento. Os/as entrevistados/as ao serem questionados/as sobre a importância das informações da DO foram levados

a refletir sobre o documento o que lhes causou estranhamento. A entrevista colocou os/as médicos/as numa relação diferente com a declaração de óbito, ou seja, tirou-os/as de uma posição passiva em que o documento é visto como algo burocrático de preenchimento automático; e os/as colocou em uma posição de questionadores do papel da DO.

5.2.3. O lugar de fronteira: as causas externas de mortalidade

Embora considerado atribuição médica, falar sobre o preenchimento das DO de mortes não naturais ou externas causou, entre os/as entrevistados/as, estranhamento e insegurança. Nessa categoria, será apresentado, como as causas externas configuraram-se como lugar de fronteira entre o poder médico sobre dizer sobre o paciente e o medo de se comprometer com questões que extrapolam a dimensão biológica da vida e da morte.

Os/As informantes não abordaram sobre o preenchimento das declarações de óbito de vítimas de causas externas quando questionados sobre a responsabilidade no preenchimento da DO. Porém, ao longo das entrevistas, a questão surgiu marcada por discursos normatizados e sobre a dimensão jurídica da declaração de óbito.

“O conselho federal de medicina, contra... dá a norma de que nos não devemos preencher. Nos casos de morte violenta, acidentes e mortes suspeitas encaminha o corpo para IML ou pro Serviço de Verificação de Óbito. Essa é a norma.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

O poder normatizador da instituição apareceu, no discurso acima, como justificativa para o não preenchimento de declarações de óbito de vítimas de causas externas. O informante assumiu seu papel como médico deixando para o ‘outro’ o papel de investigador e responsável pelo preenchimento das DO de vítimas de violência.

“Eu não preencho. De causas externas mesmo eu não preencho. Eu já participei de vários inquéritos e a primeira pergunta do oficial: porque você não preencheu? Eu disse ó: porque eu não sabia do que o paciente morreu. Como é que

eu vou preencher? Ah porque tinha suspeita que alguém tinha tentado matar? Aí eu respondo: eu não sou policial. Eu sou médico. Eu trato da evolução normal da doença. Agora se a morte é suspeita quem vai me dizer a polícia não sou eu.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

Os/As médicos/as cuja especialidade não é a medicina legal, afirmaram não preencher a declaração de óbito de vítimas de causas externas alegando que esta é uma função legalmente designada aos peritos legistas. Por outro lado, os/as informantes reconhecem a inexistência de IML no município e as implicações existentes na utilização do serviço de referência em outro município.

“Na prática o município não dispõe e o único local que a gente tem é Ubá e a sobrecarga é imensa. E o próprio profissional que é disponibilizado lá, devido a sobrecarga evita ao máximo e assina o óbito como causa desconhecida para caso a família queira, né? Providenciar, então as providencias legais. Pra fins epidemiológicos, estatísticos, isso é péssimo. Hoje a melhor estatística médica é dos Estados Unidos porque 100% de autópsia. Quem assina o atestado de óbito nos Estados Unidos é o médico legista.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

As narrativas apontam para um problema grave que é a inexistência de serviços de referência no próprio município para encaminhamento dos corpos de vitimas de causas externas e a precariedade de funcionamento dos serviços existentes em outros municípios que não dão conta da demanda.

Nesse sentido, entendemos que embora os/as entrevistados tenham conhecimento sobre as portarias e resoluções que orientam que as DO de vitimas de causas externas sejam preenchidas por médicos legistas, a realidade exige destes profissionais uma postura contrária ao que é estabelecido criando um conflito.

É interessante notar que há uma contradição na fala de um dos informantes que ao mesmo tempo em que afirmou não preencher declarações de óbitos de causas externa e encaminhar direto ao IML, reconheceu a não existência do serviço no nível municipal.

“Casos suspeitos de mortes violentas ou brutal ou fatalidades: acidentes, né? No caso. Morte violenta. Ou envenenamento eu não preencho não. Eu encaminho direto pro serviço de

verificação de óbito que eu acredito que não tenha na cidade ou pro instituto médico legal que também não está disponível na cidade.” (Inf. 07, Mas., 42 anos)

Os/As informantes ao mesmo tempo em que afirmaram não preencher DO de causas externas em consonância com as resoluções e portarias vigentes, contradizem-se ao afirmar que não existe o serviço para o qual eles/elas devem encaminham os corpos para que o procedimento seja realizado.

As narrativas apontam para uma lacuna entre o ‘dito e o feito’, ou seja, os/as informantes (não legistas) afirmam não preencher a DO de causas externas assumindo que essa é uma responsabilidade exclusiva do perito legista. Por outro lado, os dados apontam que do total de óbitos por causas externas registrados em Viçosa, no período do estudo, aproximadamente 33% tiveram declarações de óbito emitidas por médicos assistentes, substitutos ou outros e não por IML.

Nesse sentido, entendemos que embora os informantes tenham conhecimento sobre as portarias e resoluções que orientam que as declarações de óbitos de vítimas de causas externas sejam preenchidas por médicos legistas, a realidade exige destes profissionais uma postura contrária ao que é estabelecido criando um conflito que muitas vezes é velado.

“O óbito violento a gente as vezes não dá o atestado. A gente prefere que o perito veja ou a medicina legal. Porque? Porque as vezes é, tem algo mais na história que a gente não fica sabendo. Ou então chega na emergência já em óbito, morte né? Aí a gente não pode dar um atestado sem saber direito da história. Então a morte violenta... se pode escrever no atestado de óbito morte violenta. E tem um parágrafo em baixo que fala “sinais externos de violência”. Mas geralmente a gente não dá não. Só se tiver muita certeza do que que aconteceu, né?” (Inf. 05, Fem., 50 anos)

“Agora DO de causa externa eu não sei. Porque eu não preencho. Acredito que eu seja até proibida. Acho que é atribuição do legista. Do IML. Porque o médico precisa saber direitinho do que que o cara morreu. Se envenenado... eu não sei. Eu não preencho.” (Inf. 03, Fem., 52 anos)

“No caso de causas externas a gente tem que ter um cuidado. Tá? Porque é uma situação de morte violenta. Tá? Se foi

morte violenta, a gente não deveria estar preenchendo esse atestado de óbito. Teria que ser, né, ou o Instituto Médico Legal ou o Serviço de Verificação de Óbito, né. Mesmo porque eu não tenho... eu vou tá, inclusive, impedido por lei de fazer essa declaração. Não é verdade?” (inf. 10, Masc., 34 anos)

“Olha, eu pelo menos não preencho. Se vem um paciente com uma morte suspeita, um acidente de transito, paciente ficou trinta dias na UTI, eu acompanhei aquilo ali, paciente faleceu, eu não preencho. Ele vai pra autoridade designada – é o médico legista.” (Inf. 01, Masc., 40 anos)

Esse fato nos remete a pensar, também, na pesquisa qualitativa como instrumento de reflexão sobre práticas e no poder desse método em provocar mudanças tanto no pesquisador, quanto no pesquisado. A resposta dada pelo informante nos leva a pensar que a pergunta feita pela pesquisadora o recolocou diante do objeto (DO), provocando uma reflexão sobre sua prática cotidiana e sobre o processo de trabalho trazendo à tona as contradições existentes e os problemas relacionados ao preenchimento das Declarações de Óbito.

O preenchimento da DO se tornou para aquele grupo de médicos/as um procedimento automatizado, burocratizado e fragmentado. Por isso, quando a partir da entrevista os sujeitos (médicos e médicas) são recolocados diante do objeto (DO) de uma forma nunca antes pensada, ou seja, na posição de questionadores sobre suas funções e importância, são revelados vários problemas relacionados ao seu preenchimento.

Estar na posição de questionadores do instrumento, causou estranhamento entre os/as entrevistados/as. Nas narrativas é possível observar que quando questionados sobre sugestões de mudança no modelo de DO, a maioria afirmou nunca ter parado para pensar e se surpreenderam com a questão.

“Sabe que eu nunca parei pra pensar nisso?! A DO pro médico não é importante, mas pra epidemiologia deve ser né? Se tá aí deve ser importante! Pra saber sobre as doenças... acho que não tem nada pra mudar não. Acho que o tempo da doença. Não vejo utilidade. Acho que não é obrigatório.” (Inf. 03, Fem., 52 anos)

“Que não consta na declaração de óbito? Num primeiro momento, assim, não me ocorre nada que poderia ser acrescentado. Até porque eu fui pego, assim, de surpresa, né? A princípio... Eu acho que poderia... a obrigatoriedade, por exemplo, desde que acesso ao número de CPF da pessoa, né?” (Inf. 09., Masc., 43 anos)

“Eu nunca parei pra pensar nisso, né (risos). até porque a gente foi educado num modelo de... nós tivemos que nos adaptar. Então, às vezes, é um pouquinho difícil a gente tentar fazer esse sequenciamento de eventos. Principalmente quando você não tem o hábito de fazer, né; principalmente o médico recém formado, né; ele tem um pouco mais de dificuldade.” (Inf. 10, Masc., 34 anos)

Em outras entrevistas o poder de reflexão sobre a realidade prática promovido pela pesquisa qualitativa pode ser evidenciado. Dois dos entrevistados, a partir das entrevistas, estabeleceram um diálogo consigo mesmos a respeito do preenchimento do documento. Foi como se o instrumento de notificação de óbitos (DO) fosse reapresentado a eles. Nesses momentos, a entrevista tornou-se um monólogo em que, por algum tempo, não se ouviu questionamentos ou ocorreram interrupções, era como se o/a médico/a conversasse consigo mesmo a respeito de cada tópico de um instrumento tão presente em seu cotidiano e ao mesmo tempo tão estranho.

Em outras falas, o estranhamento provocado pela entrevista ficou evidente. Por se tratar de um documento compreendido pelos/as médicos/as que o preenchem como burocrático não há reflexão sobre a sua importância e, também, sobre sua eficácia e suas limitações – É só burocracia. Quando questionados sobre o que mudariam na DO, os médicos apontaram nunca terem pensado nisso ou utilizaram expressões como “*você me pegou de surpresa*” para justificar o fato de não terem resposta para a pergunta.

“Sabe que eu nunca parei pra pensar nisso?! A DO pro médico não é importante, mas pra epidemiologia deve ser né? Se tá aí deve ser importante! Pra saber sobre as doenças... acho que não tem nada pra mudar não. Acho que o tempo da doença. Não vejo utilidade. Acho que não é obrigatório. Porque eu não preencho. Acho que ninguém preenche. Acho que não é obrigatório, porque quando é obrigatório e a gente não preenche a DO volta pra gente preencher. Acho que isso pode tirar, mas talvez pode ser importante pra seguro... O pessoal do seguro pega a gente com isso. Porque tem seguro

que não cobre se a pessoa já estivesse doente e como é que a gente vai saber a quanto tempo que a pessoa tinha a doença? A gente coloca a informação que a família deu. Se é certo... como é que vamos saber?” (Inf. 03, Fem., 52 anos)

Ao analisar as narrativas de um dos médicos acima citados, foi observado que em vários momentos durante a releitura dos itens da DO pelo entrevistado, vieram a tona lembranças de situações vividas durante sua atuação profissional, sobretudo durante o preenchimento das DO.

“(...) estado civil: solteiro, casado ou viúvo. Ai existe muito o problema deles falarem assim: ah, mas ele vivia em união estável. Mas aí eu coloco solteiro. Porque? Porque aí depois ele vai querer provar pra efeito de direitos, mas aí já vai ser o juiz que vai determinar se é de fato. Então pra gente aqui o que conta é a certidão. Até porque você tem muito problema de fornecer o atestado e isso aí já ocorreu com a gente lá. Ah mas eu sou a mulher dele. Aí você entrega sim... pra família, né? A outra... ela tem que ver lá como é que vai ficar lá depois.” (Inf. 08, masc., 44 anos)

A partir da análise, observamos, também, a existência de situações que remetem aos filmes policiais americanos e a tragédias divulgadas pela mídia em geral e que ocupa o imaginário coletivo incluindo o grupo aqui entrevistado.

“(...) se o óbito for menor de um ano, você vai preencher essa parte aqui, ó. Esse campo aqui ele é exclusivo para óbito fetal, ta vendo? Ou menor de um ano. Então aqui vai constar o que? A idade. A escolaridade. No caso da mãe, né? A ocupação atual da mãe. (...) Numero de filhos tidos vivos, nesse campo aqui. Aqui quantos filhos ela tem que nasceu morto. (...) Duração da gestação. As vezes a gente é obrigado a fazer por estimativa, né? Por exemplo, uma mulher, as vezes ela aborta e joga o feto no lixo. Ou tenta descartar ele de alguma outra forma então chega até a gente. Então a gente baseia no exame no feto, no peso e em tabelas. A gente tem algumas tabelas de estatura, baseado em osso longo, fêmur e tal. Entendeu? É pra preencher aqui. As vezes, também, você encontra uma ossada, você recebe um corpo pra saber alguma coisa com relação a isso. Idade de uma ossada (...)” (Inf. 08, masc., 44 anos)

Parece existir um problema em se definir o que é uma ‘morte suspeita’ e o que é uma ‘morte natural de causa desconhecida’. Os peritos legistas

contam com uma estrutura policial que conduz inicialmente a investigação de um evento e define se o óbito é ou não suspeito acionando o legista caso seja pertinente.

Para os médicos em geral, essa definição pode não ser tão simples uma vez que, devido à estrutura de trabalho dentro do hospital, têm que decidir sozinhos se trata-se ou não de um óbito suspeito.

“Então. Aí é que tá. Se por acaso acontece um óbito que não se sabe a causa ou um outro de causa violenta ou externa, sei lá, suspeita de intoxicação... quando não tá batendo, você é cardiopata e tem problema de coração, diabetes, sente uma dor no peito morre em casa é paciente meu já te conheço chega aqui é lógico que eu vou preencher. Agora teve um acidente de carro, tiro ou eu vejo uma marca de enforcamento ou então suspeito que ela pode ter tido uma intoxicação, eu então, não. A doença que ela tem não levou ao óbito, não foi disso que ela morreu. Tá estranho. Existe o serviço de verificação de óbito, não é isso? Então nesse caso a gente encaminha pro serviço de verificação de óbito. Então eles vão fazer registro e vão dar a causa mortis.” (Inf.02, Masc., 37 anos)

Embora exista dificuldade por parte dos/as entrevistados/as, sobretudo os não legistas, em definir quando se trata de uma morte suspeita e quando se trata de uma morte natural sem assistência médica, na análise da falas, observamos que há entre os/as informantes um consenso de que existe uma diferença essencial entre os dois eventos. Na morte natural, os/as médicos/as mantêm certo ‘controle’ sobre as causas. Por outro lado, nas causas externas de mortalidade o caráter social da violência aparece, exigindo do/a profissional extrapolar os muros do hospital para compreender o evento.

“Na morte violenta ou suspeita, tem que ser feita pericia no local do óbito para identificação de suspeita, por exemplo: se tinha garrafas quebradas (suspeita-se que houve uma briga no local), se tinha embalagens de medicamentos ou outros produtos (suspeita de intoxicação ou envenenamento), além de um exame minucioso do cadáver. Se for identificada suspeita de morte violenta, o legista será acionado. Caso contrário, o médico que prestava atendimento ao falecido deverá constatar o óbito e preencher a declaração. Se a morte for em localidade com PSF, o médico do PSF ou do serviço médico mais próximo. Em localidade sem médico, o SVO. Mas isso é problema porque não tem SVO. Eu só

conheço em SP. Tem também o cartório e duas testemunhas. Você vai lá e declara que morreu.” (Inf. 04, Masc., 35 anos)

As narrativas apontam que para os/as médicos/as assistentes, a notificação do óbito de um paciente ao qual já vinha se prestando atendimento é um processo técnico automatizado, solitário e, às vezes, sofrido por representar a falha do médico enquanto profissional responsável por salvar vidas.

“A gente vê aquelas causas ali no quadro que a gente já tem automático pra colocar. Aí você coloca a causa, o que que aconteceu no final. Embaixo: o que que pode ter levado ao de cima e a causa principal embaixo. Então são três...quatro linhas, né? Então assim: acima o óbito, o que que foi? Choque cardiogênico? Porque do choque cardiogênico? Pneumonia? Porque da pneumonia? Desnutrição? Então a causa principal é a debaixo. A que começou. E a causa principal fica debaixo. Foi o que começou. Então debaixo pra cima.” (Inf. 05, Fem., 50 anos)

Se para os/as médicos/as assistentes o preenchimento da DO é um processo automático e solitário, para os/as médicos/as legistas entrevistados/as, ao contrário, o preenchimento da declaração de óbito é parte de um trabalho que inicia com a investigação do óbito no local em que ele ocorreu pela equipe de polícia. Portanto, um trabalho que exige um olhar interdisciplinar pela complexidade inerente ao evento – causas externas de mortalidade. Ou seja, declarar o óbito de causas externas, para esse grupo de entrevistados/as, significa considerar o trabalho desenvolvido por diferentes atores como fator primordial para a elucidação dos fatos e para a produção de dados confiáveis sobre esse tipo de evento.

“No caso da medicina legal seria mais fácil. Eu considero mais fácil. Porque nosso caso já é direcionado. Geralmente os nossos procedimentos já começam com uma perícia de local que é feita pelos peritos criminais. Isso já dá pra gente uma pista, uma suspeita de que rumo a gente vai seguir. Isso ajuda bastante. Por exemplo, um encontro de cadáver numa casa e foi encontrado frasco com determinado veneno, agrotóxico, pesticida. Suspeita-se que possa ter havido a ingestão daquele pesticida. Então vamos colher material para toxicológico. Então, quer dizer, a gente tem um direcionamento maior do que a medicina assistencialista.” (Inf.09, Masc., 43 anos)

É interessante notar que os/as legistas consideraram mais fácil falar do óbito por causas externas. Primeiro por se tratar de uma morte que ocorre de modo abrupto cuja causa, em geral, é facilmente identificável. Segundo, por contarem com o apoio de uma equipe multidisciplinar que contribui na orientação para elucidação das circunstâncias da morte.

Essa diferença fica evidente na fala de um perito legista que também atua como médico assistente. O entrevistado considera difícil o preenchimento de DO no caso de morte natural, e essa dificuldade está relacionada ao fato de terem que decidir sozinhos, muitas vezes sem o apoio dos serviços de diagnóstico, sobre as causas de morte.

“Não é fácil. Na verdade dizer que é fácil preencher declaração de óbito. Não é. A gente na pratica a gente encontra certas dificuldades em definir a seqüência de eventos mórbidos. Principalmente no caso de morte natural, né? Você começar naquela seqüência bem delimitada de eventos mórbidos, não é tão simples assim. Então, por exemplo, chega com uma gripe e 2, 3 dias ele morre. Você não chegou a ter tempo de diagnosticar pneumonia, saber se é dengue porque os exames sorológicos ainda não ficaram prontos, demoram, né? Então quer dizer, tem casos que é difícil. Você coloca, as vezes, um termo vago: insuficiência respiratória como conseqüência... mas nem sempre é fácil.”
(Inf.09, Masc., 43 anos)

Quando os/as médicos/as assistentes acostumados/as a trabalhar sozinhos/as se vêem diante da necessidade de declarar um óbito por causas externas, configura-se o que Atlan (1992), referenciado por Minayo (2008), denominou de ruído. O autor considera que os ‘ruídos’ são elementos inesperados que atuam como fatores de distúrbio em uma situação de homeostase. Esses ruídos, então, tiram os/as médicos/as de uma situação familiar, usual e simples e os coloca diante de uma situação nova, estranha, e complexa. Nesse momento, a idéia de simplicidade e automatismo associado à morte natural e ao preenchimento da DO e substituída por uma idéia de complexidade que envolve as mortes por causas externas; a noção de estabilidade e regularidade é contraposta à noção de instabilidade e a crença na objetividade da, então, lugar à intersubjetividade na compreensão da realidade.

O mesmo acontece quando esse profissional tem que atestar um óbito de indivíduo para o qual não prestou assistência ou para o qual não houve tempo hábil para realização de exames que contribuiriam no esclarecimento das causas.

Souza (1998) considera que o crescimento do conhecimento na área médica, a especialização e o desenvolvimento da tecnologia são situações que contribuem para o aumento das exigências do médico na realização de suas escolhas e na tomada de decisões de forma prática, eficiente e pretensamente mais científica.

Nesse contexto, ao se depararem com uma história desconhecida sobre o processo mórbido ou com o evento que levou ao óbito e com a impossibilidade de realização de exames diagnósticos configura-se um conflito, pois tira o médico de uma situação de conforto para uma situação de provação em outros âmbitos que ultrapassam a saúde perpassando pelo âmbito jurídico/legal.

Nesse momento de contradições entre aceitar ou negar esse poder com relação ao preenchimento da DO e o poder de dizer sobre a morte por causas externas e acidentais surgem justificativas relacionadas à formação médica *“eu não fui preparado pra isso”* e à norma.

“O conselho federal de medicina, contra... dá a norma de que nos não devemos preencher. Nos casos de morte violenta, acidentes e mortes suspeitas encaminha o corpo para IML ou pro Serviço de Verificação de Óbito. Essa é a norma.” (Inf. 01, Masc., 40 anos).

“(...) ou prepara todo mundo dentro do curso de medicina ou então passa direto pro legista isso não era nem pra gente preencher. Eu pelo menos não preencho.” (Inf. 02, Masc. 37 anos)

Esse lugar de ambigüidade reflete o lugar de poder desse discurso médico quando ele está objetivado na DO. O documento materializa essa ambigüidade: quando preencher? Quem deve preencher?

Uma das informantes considerou, ainda, a necessidade de se criar um documento diferente para declarar as mortes violentas. Para ela, por se tratar de um óbito violento que tem, inclusive, implicações legais, é necessário que esta diferença fique evidente através da declaração de óbito.

“Causas externas. Então, deveria ter um atestado de óbito diferente. Porque toda vez a gente Poe isso: morte violenta, as mesmas coisas. Então teria um diferente pra mortes externas, mortes suspeitas, entendeu? Um impresso diferente. Um atestado diferente. Pra pessoa já ver que aquilo ali é uma morte diferente. Que ver, ó. Tem que bolar alguma coisa diferente. Eu acho que é muito... Aí você pega a DO e coloca lá: morte violenta. É paciente com hematoma, escoriações pneumotórax, hemotórax, então fica muito... eu acho que tinha que ser diferente. Até pra justiça, né? Pra coisa legal. Eu acho assim. Mas não tenho nenhum formulário na cabeça. Eu acho que tinha que ter uma diferença.” (Inf. 05, Fem., 50 anos)

A fala acima nos remete a pensar no quanto o instrumento burocratizado que se tornou a DO incomoda muitos profissionais que, às vezes, desconhecem a sua importância tanto do ponto de vista da epidemiologia quanto do ponto de vista legal.

5.2.4. A questão de gênero

Durantes as entrevistas, os/as informantes se referiram às causas externas de mortalidade como eventos associados a acidentes, sobretudo aos de ‘carro’, ‘agressões por arma de fogo’ ou ‘tiro’, como uma consequência do tráfico e uso de drogas e, em alguns casos, as quedas também foram consideradas como causas externas.

“(…) Morte violenta, normalmente, é droga. Tráfico de droga. Então você não sabe. Que profissão que esse sujeito tinha? Né? Muitas vezes você não consegue determinar, sabe?” (Inf.08, Masc., 44 anos)

Contudo, a questão do aborto e da morte de mulheres devido ao aborto ou à violência doméstica apareceu recorrentemente no discurso de um dos informantes. O informante (médico legista), em sua fala, cita diferentes situações de óbitos em mulheres devido ao aborto clandestino ou pela violência de gênero.

“(…) tem muito problema de óbito em mulher, (...) não só por causa do problema dela morrer com a gravidez não. Mas dela

ser morta em decorrência do fato de estar grávida, entendeu? Porque também existe isso. Ela tinha um sujeito. O sujeito ficou sabendo que ela ficou grávida e por isso ele quis matar ela. Pra não comprometer a outra família. Tem todo esse tipo de coisa aí. Parece coisa de revista, de novela, mas não é novela não. Existe mesmo. (...) Se o óbito foi decorrente do parto ou tentativa de aborto, né. Embora a legislação, também, não permite o aborto. Mas ele ocorre, né? Se ela não vai no hospital, ela vai na parteira. Compra um remédio aí, na farmácia aí, compra esses remédios que existe aí ai toma ele. Aí ocorre que ela morre, também. Se ela morreu durante o parto ou depois do parto, no caso do puerpério. Porque deu infecção decorrente, muitas vezes, infecção causada por método desses que não, foi... né? Porque a pessoa... a gente já viu... eu já vi coisas que... a mulher enfiar barbatana de guarda chuva... uma coisa horrível... a gente fica assim..." (Inf.08, Masc., 44 anos)

Continuando o relato, o informante aponta outras duas questões importantes: a primeira relacionada ao atendimento médico/hospitalar à mulher que realizou o aborto clandestino e a segunda com relação à existência de fraudes relacionadas à emissão de DO sem a evidência da morte e sem o diagnóstico de causa.

"(...) ocorre, também, casos da mulher, por medo, ela tentar, numa situação dessa ir na parteira e a parteira: não, toma uma chá. E ocorre até da dissimulação também. A pessoa tentar um atestado. Por isso a orientação de realmente não dar o atestado sem olhar a vítima, né? Mas existe, nesses cantões aí, a pessoa arrumar um atestado falando...com outra coisa. Antigamente existia um atestado que podia ser dado com testemunha só. Ele ainda pode ser dado, só que pra áreas onde não tem médico. Então tenta simular... nossa... muita coisa. A pessoa, então, por isso a gente tem que buscar... fazer a coisa o mais correta possível pra evitar esse tipo de coisa. No meu caso é por isso." (Inf.08, Masc., 44 anos)

Vale lembrar que 31% das causas externas de óbitos em mulheres registradas no SIM foram classificadas como fatos (eventos) cuja intenção foi indeterminada, podendo, como dito anteriormente, ocultar casos de violência contra a mulher, uma vez que esta categoria inclui envenenamentos, enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, quedas, e outros eventos cuja intencionalidade não foi possível identificar.

Vale lembrar, ainda, que em Viçosa, aproximadamente 6% dos atestados de óbito emitidos anualmente provém dos cartórios de registro civil existentes na cidade. Ressalta-se, que dos três cartórios de registro civil registrados no município, dois estão em áreas cobertas por equipes de saúde da família.

5.2.5. Considerações parciais

Nesse componente do estudo, o ponto de partida foi a DO porque o interesse era compreender a construção das estatísticas de mortalidade desde a notificação dos óbitos, completude dos dados, até a confiabilidade das informações, ou seja, o papel epidemiológico desempenhado pelo documento. A premissa inicial era a de que o relato oral da experiência médica no preenchimento da DO poderia dar indícios de problemas na utilização do documento. O instrumento de pesquisa (roteiro) foi, então, construído pautado nessa premissa.

Contudo, a partir das entrevistas, apareceram outras dimensões das declarações de óbito além da dimensão técnica ou epidemiológica, são elas a dimensão do 'senso comum', 'burocrático funcional', 'jurídico-legal' e de 'fracasso da atuação médica'. Associado às dimensões atribuídas à DO, surge um elemento inesperado que são concepções ou representações sobre a própria morte. As dimensões técnica/epidemiológica e jurídica legal da DO podem, também, ser extrapoladas para dimensões que a morte assume na sociedade, portanto, representações sobre a morte.

A morte assume significados diferentes na sociedade de acordo com as circunstâncias em que ocorre e quem ela acomete. Quando se fala da DO, se fala de óbito, ou seja, da certificação da causa morte ou do que a pessoa morreu e os significados da morte por causas externas são diferentes. As causas externas ou violentas envolvem aspectos mais complexos do que os aspectos relacionados à morte natural associada ao processo saúde e doença.

Nesse contexto, as causas externas de mortalidade assumem um significado importante: colocam em cheque o poder médico – o papel dele de ser o último a dizer ou 'determinar' o óbito. Ao mesmo tempo em que

preencher a DO significa poder, nesse momento, torna-se intimidador já que é um instrumento cuja importância está além da questão médica.

Preencher uma DO de morte por causa externa para os/as médicos/as entrevistados/as, significa comprometer-se com questões jurídico-legais. É um instrumento que incomoda por se tornar público, tendo que assumir ou se comprometer com que está escrito nela.

Os/As entrevistados/as abordam sobre a falta de capacidade técnica para preencher declarações de óbito de causas externas e que essa dificuldade é ainda maior visto que o município não conta com serviço de verificação de óbito e IML. Contudo, podemos dizer que o despreparo não é em relação a se atestar o óbito, já que todos/as têm a competência técnica para isso. O que ocorre é o despreparo para assumir o significado que esse ato (atestar) acaba tendo em função da forma como o óbito aconteceu.

Podemos considerar que o evento óbito, assim como a DO, tem várias dimensões. Para a o setor saúde, significa o fim do ciclo vital e conhecer o evento óbito e suas causas significa a possibilidade de intervenção para prevenção de novos casos. Para área do direito, a morte tem como significado o fim da personalidade civil da pessoa e o início dos efeitos jurídicos da morte na esfera civil (dissolução da comunhão de bens entre cônjuges, extinção do dever de alimentos, do usufruto, dentre outros). Para os médicos, o evento óbito e a DO assumem várias dimensões dentro de uma concepção fragmentada, reduzida e individualizada.

A compreensão fragmentada do evento óbito e do instrumento de notificação desse evento (DO), visto como funcional e burocrático, tem consequências negativas tanto para a saúde e a epidemiologia, comprometendo a produção de dados confiáveis de mortalidade; quanto para a área do direito, uma vez que se a DO não refletir a realidade dos fatos pode desencadear problemas judiciais.

6. CONCLUSÕES

A realização desse estudo permitiu conhecer o perfil dos óbitos por causas externas ocorridos em Viçosa, no período de 2000 a 2009, evidenciando que, de todos os óbitos ocorridos no município, as causas externas foram a 4ª principal causa, sendo suas vítimas, em sua maioria, homens (79%), jovens entre 20 e 29 anos (26%), de cor preta ou parda (47%), solteiros (38%), residentes, principalmente, em regiões populosas e vulneráveis do município de Viçosa. Ainda sobre os dados do SIM, chamou a atenção o alto percentual de óbitos com intenção indeterminada, sobretudo nas mulheres (31%), assim como de campos com informações socio-demográficas das vítimas não preenchidos ou ignorados, demonstrando problemas na qualidade dos dados do SIM e indicando a possibilidade de ocultação de casos de violência contra a mulher.

A utilização de dados dos Livros de Registros de Inquérito da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, como fonte de informação complementar sobre óbitos por causas externas ocorridos no município, revelou problemas tanto na qualidade do registro sobre as causas do óbito no SIM, quanto o sub-registro de óbitos no sistema oficial de estatísticas vitais (SIM). A comparação entre os dados do SIM e os obtidos nos registros da Polícia Civil demonstrou a ocorrência de um número significativo de óbitos registrados apenas na Polícia Civil (104), apontando a fragilidade do SIM em captar o total de óbitos ocorridos no município, e, conseqüentemente, problemas na construção de estatísticas confiáveis sobre óbitos por acidentes e violências ocorridos em Viçosa. A conclusão de que há sub-registro de óbitos, indica a necessidade de melhoria das ações de vigilância do evento, por meio da busca ativa de informações em jornais

de circulação local, cemitérios e, principalmente, através do estreitamento das relações da Vigilância Epidemiológica com a Polícia Civil e IML.

O estudo foi enriquecido pela utilização da pesquisa qualitativa realizada junto aos/às médicos/as responsáveis pelo preenchimento da DO e co-responsáveis pela produção da informação sobre mortalidade por causas externas.

As entrevistas revelaram que, para o grupo de médicos/as entrevistados/as, maior importância é atribuída à informação sobre a causa do óbito em detrimento das demais informações contidas na DO, inclusive aquelas relativas ao campo 'prováveis circunstâncias de morte não natural'. A compreensão de que cabe ao/à médico/a informar sobre a natureza da lesão, considerando apenas seu componente biológico, pode explicar o alto percentual de óbitos por causas externas com intenção indeterminada e, também, de campos não preenchidos ou ignorados da DO.

Alem disso, os resultados da pesquisa qualitativa indicaram que diferentes sentidos são atribuídos à DO de acordo com a forma como o óbito ocorreu; a função que a DO desempenha do ponto de vista funcional/burocrático, epidemiológico e legal; quem preenche a DO e a quem ou a que órgão ela é dirigida.

As narrativas apontaram, ainda, a existência de problemas relacionados à aplicabilidade das normas, resoluções e portarias que tratam das responsabilidades médicas no preenchimento das DO de vítimas de causas externas. Tais problemas estão relacionados, principalmente, à inexistência de IML em Viçosa e a dificuldade de utilização do serviço de referencia em outro município. A dificuldade dos médicos assistentes em lidar com as mortes por causas externas, seja pela inexistência do IML em Viçosa, seja pela precariedade do serviço de referencia pode explicar, pelo menos em parte, o sub-registro de óbitos por causas externas observado na comparação das bases de dados do SIM e da Polícia Civil.

A visão fragmentada e burocratizada da DO e a idéia hegemônica da medicina tecnicista que orienta a percepção do profissional médico sobre a doença, privilegiando essencialmente sua dimensão biológica, têm consequências negativas sobre a produção de dados e informação sobre mortalidade por causas externas, comprometendo a confiabilidade das

estatísticas e enfraquecendo as possibilidades de construção de políticas públicas de prevenção e controle adequadas às características desse evento na população.

Além de reforçar a importância da vigilância epidemiológica na busca de informações em outras fontes de dados como forma de melhorar qualidade dos registros do SIM, e garantir a cobertura do sistema oficial de estatísticas vitais, acreditamos que uma das principais contribuições da presente pesquisa foi a de evidenciar a importância do uso de diferentes metodologias para a compreensão dos fenômenos, sobretudo na compreensão da complexidade envolvida na produção de informação sobre mortalidade.

A integração das metodologias – quantitativa e qualitativa - possibilitou a compreensão mais holística sobre os aspectos envolvidos na produção da informação sobre mortalidade por causas externas em Viçosa, contribuindo, assim, para a produção de um conhecimento que contribuirá na definição de intervenções para melhoria da qualidade das informações e, conseqüentemente, na definição de políticas de prevenção e controle da mortalidade por acidentes e violências.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N; MEDRONHO, R. A. Formação histórica da epidemiologia. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2009. P. 3-12.

ANDRADE, S. M; MELLO-JORGE, M.H.P. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, nº6, p.1449-1456, 2001.

ARAÚJO, EM; COSTA, MCN, HOGAN, VK, MOTA, E.L.A; ARAUJO, T.M; OLIVEIRA, N.F. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, v.43, nº3, p.405-412, 2009

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, nº 1, p. 7-17, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2ª Ed. São Paulo: Santos, 2010, 213 p.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, M. e AMADA, J. (org). **Usos e abusos da história oral**. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002. p. 183-192.

BRASIL. Lei nº 6.015/1973, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 31 de dez. 1973, p. 13528. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015.htm. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portarias/Funasa/portaria_474_2000.PDF. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações

em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 12 de fev. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/PortariaMSSVS_2009_00116.pdf. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 06 de Nov. 2009. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impressao.pdf. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 9 de out. 2003, seção 1, p. 71. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria20.pdf>. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 16 de mai. 2001, seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília DF, 18 de mai. 2004, seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>. Acesso em: 07 set. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. **Diário oficial da União**. Poder Executivo, Rio de Janeiro RJ, 120º da Independência e 53º da República, 13 de out. 1941. Disponível em: <http://www.trems.gov.br/Legislacao/codigoprocessopenal.pdf>. Acessado em 20/04/2011.

CAPRA, F. **A Teia da Vida**. São Paulo: CULTRIX, 1996, 256p.

CARMO, E. H; BARRETO, M. L; SILVA JR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, nº2, p.63-75, 2003.

CENSUS. **Retrato Social de Viçosa I**. Viçosa: Minas Gerais. 2004.

CENSUS. **Retrato Social de Viçosa III**. Viçosa: Minas Gerais. Março de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.601 de 09 de agosto de 2000. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000, seção 1, p. 64. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1601_2000.htm. Acesso em: 07 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1290, de 08 de junho de 1989. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jun. 1989, p 9707. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1989/1290_1989.htm. Acesso em: 07 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1779, de 05 de dezembro de 2005. **Diário oficial da União**. Brasília DF, 05 dez, 2005, seção 1, p.121. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm. Acesso em: 07 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 743, de 11 de outubro de 1976. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 1976, seção 1, Parte II. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1976/743_1976.htm. Acesso em: 07 set. 2011.

DAHLBERG, K.; NYSTROM, M.; DREW, N. **Reflective lifeworld research**. Lund: Studentlitteratur; 2001.

DRUMOND J. M.; LIRA, M.M.T.A; FREITAS, M.; NITRINI, T.M.V; SHIBAO, K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção não determinada. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, nº3, p.273-80, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, 295p.

GAWRYSZEWSKI, VP, KOIZUMI, MS, MELLO-JORGE, MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, nº4, p. 995-1003, 2004..

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Características da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Censo demográfico 2010 (dados preliminares)**. Características da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. **Estimativas populacionais para períodos intercensitários**. Características da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 set. 2011.

LANE, S.T.M. **O que é psicologia social**. 22ªed. São Paulo: Brasiliense, 2006, 89p.

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C; ALMEIDA, M.F; DIAS, M.A.S.; NETO, O.L.M.; MOURA, L.; FERRAZ, W.; SOUZA, M.F.M. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, nº4, p.233-244, 2007.

MASCARENHAS, MDM, SILVA, MMA, MALTA, DC, MOURA, L, MACÁRIO, EM, GAWRYSZEWSKI, VP, NETO, OLM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, nº1, p.17-28, 2009.

MATHIAS, T.A.F.; MELLO-JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R.; AIDAR, T. Considerações sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residente no município de maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de 1979 a 1998. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, nº3, p.159-169, 2005.

MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. O Sistema de informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento: II – Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, nº2, p.212-223, 2002.

MELO JUNIOR, L. L. M. **Modelos espaço-temporais para óbitos por causas externas** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

MINAYO, M. C. e CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v.44, nº4, p. 750-7, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de doenças. **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 40p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, 2001. 36p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações de Saúde [dados na internet]. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 26/03/2012)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Legislação relativa aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, 2004. (Versão preliminar)

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Alexandre, M. D. e Sampaio, M.A.D (trad.). 14ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 350p.

NJAINE, K e REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violência. In: **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde: 2005. p: 314 – 335.

NJAINE, K; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.. A produção de (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, nº3, p.405-414,1997.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.9, p.509-358, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **49ª Assembleia Mundial de Saúde**. Genebra, Suíça, 20-25 de maio, 1996. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. Acesso em: 07 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão: CID 10**. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Informe sobre La Violência y La Salud**. KRUG, E. G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Ed.). Publicación Científica y Técnica nº 588. Washington, D.C. E.U.A. 2003.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical carpractice** [tese]. Minneapolis: Graduate School, University of Minnesota; 2003.

RIPSA. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI). **Natalidade e Mortalidade**. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

SILVA, L. J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v.19, p.377-383, 1985.

SIMÕES, E.M.S e REICHENHEIM, M.E. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbitos por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, nº3, p.521-531, 2001.

SOUZA, A. R. N. D. **Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.** Rio de Janeiro: UFRJ, IPUB, 1998. xiv, 290 f. Tese: Doutorado em Medicina (Psiquiatria).

SOUZA, E.R. Violência velada e revelada: Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, nº1, p. 48-64,1993.

SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, L.R. e BRANDINI, R. C.A.R. (org). **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva.** Brasília: Líber, 2004, p. 9-57.

VERMELHO, L.L; COSTA, A.J.L; KALE, P.L. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. (ed). **Epidemiologia.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009, p.31-82.

WAISELFISZ, J. **Mapa da Violência III (síntese).** Brasil: UNESCO, fevereiro, 2002, 28 p.

ANEXOS

ANEXO 1 – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1) Cartório <input type="text"/> Código <input type="text"/> 2) Registro <input type="text"/> 3) Data <input type="text"/>	
	Identificação	4) Município <input type="text"/> 5) UF <input type="text"/> 6) Cemitério <input type="text"/>	
	Residência	7) Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal <input type="checkbox"/> 8) Óbito Data <input type="text"/> Hora <input type="text"/> 9) Cartão SUS <input type="text"/> 10) Naturalidade <input type="text"/>	
II	Identificação	11) Nome do falecido <input type="text"/>	
	Residência	12) Nome do pai <input type="text"/> 13) Nome da mãe <input type="text"/>	
	Ocorrência	14) Data de Nascimento <input type="text"/> 15) Idade Anos completos <input type="text"/> Menores de 1 ano Meses <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 16) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. 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	
III	Residência	18) Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorciado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 20) Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
	Ocorrência	21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) <input type="text"/> Código <input type="text"/> Número <input type="text"/> Complemento <input type="text"/> 22) CEP <input type="text"/>	
	Local de ocorrência	23) Bairro/Distrito <input type="text"/> Código <input type="text"/> 24) Município de residência <input type="text"/> Código <input type="text"/> 25) UF <input type="text"/>	
IV	Local de ocorrência	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 Outras <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 27) Estabelecimento <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
	Ocorrência	28) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) <input type="text"/> Número <input type="text"/> Complemento <input type="text"/> 29) CEP <input type="text"/>	
	Fetal ou menor que 1 ano	30) Bairro/Distrito <input type="text"/> Código <input type="text"/> 31) Município de ocorrência <input type="text"/> Código <input type="text"/> 32) UF <input type="text"/>	
V	Fetal ou menor que 1 ano	33) Idade <input type="text"/> Anos <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> 35) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe <input type="text"/> Código <input type="text"/> 36) Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos <input type="text"/> Nascidos mortos <input type="text"/>	
	Ocorrência	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 <input type="checkbox"/> 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 Ignorado <input type="checkbox"/> 39) Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 41) Peso ao nascer <input type="text"/> Gramas <input type="text"/> 42) Num. da Declar. de Nascidos Vivos <input type="text"/>	
	Condições e causas do óbito	43) ÓBITOS EM MULHERES: A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 45) ASSISTÊNCIA MÉDICA: 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 <input type="checkbox"/>	
VI	Condições e causas do óbito	46) Diagnóstico confirmado por: Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 47) Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 48) Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Médico	49) CAUSAS DA MORTE - PARTE I: Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte <input type="text"/> a) Devido ou como consequência de: <input type="text"/> b) Devido ou como consequência de: <input type="text"/> c) Devido ou como consequência de: <input type="text"/> d)	
	Causas externas	50) Nome do médico <input type="text"/> 51) CRM <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/>	
VII	Médico	53) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) <input type="text"/> 54) Data do atestado <input type="text"/> 55) Assinatura <input type="text"/>	
	Causas externas	56) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) <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 <input type="checkbox"/> 57) Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	
	Localidade	59) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência <input type="text"/>	
VIII	Causas externas	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <input type="text"/>	
	Localidade	60) Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
IX	Localidade	61) Declarante <input type="text"/>	
	Médico	62) Testemunhas <input type="text"/>	

ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFV



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Campus Universitário - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-1269

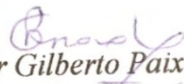
Of. Ref. N° 102/2009/Comitê de Ética

Viçosa, 02 de dezembro de 2009.

Prezada Professora:

Cientificamos V. S^a. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 7^a Reunião de 2009, realizada em 1^o-12-2009, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto de pesquisa intitulado *Confiabilidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG.*

Atenciosamente,


Professor Gilberto Paixão Rosado
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Presidente

Professora
Paula Dias Bevilacqua
Departamento de Veterinária

/rhs

ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA VETERINÁRIA

TÍTULO DA PESQUISA: Confiabilidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG

Nome (fantasia): _____

Local de trabalho: _____

Especialidade: _____

1. Para o/a senhor/a, o que é a declaração de Óbito?
2. Quem é que preenche a DO? Como é feita a distribuição, no hospital, dos/as médicos/as para o preenchimento da DO?
3. O que é, para o senhor/a, o óbito por causas externas?
4. Como o senhor preenche a DO? É diferente no caso de óbito violento?
5. Qual a informação o/a senhor/a considera mais importante na DO? E a menos importante? Por quê?
6. E no caso dos óbitos violentos? Qual é, para o/a senhor/a, a informação mais importante e a menos importante de ser preenchida? Por quê?
7. Se o/a senhor/a pudesse, o que o/a senhor/a mudaria na DO? Alguma questão o senhor/a tiraria, modificaria ou incluiria?
8. E no caso das DO de causas externas?

ANEXO 4 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

4.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA-MG)

Viçosa, __ de _____ de 2009.

Senhor/a _____

Secretário/a Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Viçosa

Senhor/a Secretário/a,

Eu, Cristiane Magalhães de Melo, aluna do curso de Mestrado em Medicina Veterinária da Universidade Federal de Viçosa e técnica do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa-MG, com orientação da professora Dr^a Paula Dias Bevilacqua, estou realizando a pesquisa “Confiabilidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG”. Com esse estudo, pretendo realizar uma análise da qualidade das informações sobre mortalidade por causas externas geradas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, a partir da comparação dessas informações com os dados sobre os óbitos por causas violentas registrados pela Polícia Civil de Viçosa.

Para tanto, solicito acesso ao banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a partir do qual, buscarei informações sobre os óbitos por causas externas, de residentes, ocorridos em Viçosa, no período de 2000 a 2009. Essas informações serão trabalhadas nos programas Excel versão 3.0 e EpiInfo versão 2000 e ficarão sob minha guarda até o final do estudo quando serão, então, repassadas ao Serviço de Vigilância Epidemiológica municipal.

É importante salientar que os nomes das vítimas, embora necessários para a construção do banco de dados, não serão citados no estudo. A qualquer momento essa Instituição poderá solicitar esclarecimentos sobre a metodologia usada nessa pesquisa.

Espero, com esse trabalho, contribuir para as discussões sobre a melhoria da qualidade das informações sobre mortalidade, sobretudo nas conseqüentes de causas externas, a fim de gerar informações que possam subsidiar o planejamento e a implementação de ações afirmativas de promoção, proteção, e recuperação da saúde no município de Viçosa.

Consentimento

Eu li e entendi esse termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora e concordo em disponibilizar os dados sob minha responsabilidade para fins dessa pesquisa.

Assinatura:

Assinatura da pesquisadora:

Pesquisadora Cristiane Magalhães de Melo – tel. Contato: (31) 9726-3126

**4.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL RESPONSÁVEL PELA DELEGACIA DE
POLÍCIA CIVIL DE VIÇOSA-MG)**

Viçosa, ___ de _____ de 2009.

Senhor/a

Delegado/a de Polícia Civil/Setor de Crimes contra a pessoa 12ª Delegacia de Polícia Civil de Viçosa

Senhor/a Delegado/a,

Eu, Cristiane Magalhães de Melo, aluna do curso de Mestrado em Medicina Veterinária da Universidade Federal de Viçosa e técnica do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa-MG, com orientação da professora Dr^a Paula Dias Bevilacqua, estou realizando a pesquisa “Confiabilidade da informação sobre óbitos por causas externas em Viçosa, MG”. Com esse estudo, pretendo realizar uma análise da qualidade das informações sobre mortalidade por causas externas geradas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, a partir da comparação dessas informações com os dados sobre os óbitos por causas violentas registrados pela Polícia Civil de Viçosa.

Para tanto, solicito acesso ao livro de registros de inquéritos do período de 2000 a 2009, onde buscarei os seguintes dados: nome da vítima, data da ocorrência, ocorrência (tipo de violência) e número do inquérito. Essas informações serão repassadas para um diário de campo e serão analisadas posteriormente.

É importante salientar que os nomes das vítimas, embora necessários para a construção do banco de dados, não serão citados no estudo. A qualquer momento essa Instituição poderá solicitar esclarecimentos sobre a metodologia usada nessa pesquisa.

Espero, com esse trabalho, contribuir com as discussões sobre a melhoria da qualidade das informações sobre mortalidade, sobretudo nas conseqüentes de causas externas, a fim de gerar informações que possam subsidiar o planejamento e a implementação de ações afirmativas de promoção, proteção, e recuperação da saúde no município de Viçosa.

Consentimento:

Eu li e entendi esse termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora e concordo em disponibilizar os dados sob minha responsabilidade para fins dessa pesquisa.

Assinatura:

Assinatura da pesquisadora:

Pesquisadora Cristiane Magalhães de Melo – tel. Contato: (31) 9726-3126

4.3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA COM MÉDICOS/AS)

Aos _____ dias do mês de _____ de 2009, eu, _____, carteira de identidade no _____, fui procurado/a pelo/a Sr/a _____, participante do presente estudo, no endereço _____, meu local de trabalho. Na ocasião fui solicitado a colaborar para com o projeto acima referido, permitindo a realização de entrevista sobre temas relacionados à morte violenta, ao trabalho do legista e à declaração de óbito, com o objetivo de, contribuir para a avaliação da qualidade da informação sobre mortalidade por causas externas.

Conforme esclarecimento do/a pesquisador/a, será realizada uma única entrevista, no meu local de trabalho e com a minha permissão a entrevista será gravada e depois transcrita, sendo que meu nome não será associado aos dados obtidos.

A minha participação no estudo é voluntária, portanto não existe remuneração ou vínculo empregatício, e poderei me recusar a participar ou me retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ou justificativa.

Terminado o trabalho de coleta dos dados, e tendo garantido o material necessário ao desenvolvimento do projeto, foi-me garantido que toda e qualquer referência que permita a identificação nominal de cada entrevista será destruída, garantindo, assim, sigilo absoluto das informações. Os resultados da pesquisa serão analisados e foi-me assegurada total privacidade. Em contrapartida, cedo ao/à pesquisador/a o direito de utilizar as informações prestadas para a realização do trabalho e publicação de seus resultados, direito limitado única e exclusivamente para esse fim, não sendo permitido qualquer outro tipo de uso das mesmas.

Viçosa, aos _____ dias de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

Cristiane Magalhães de Melo – tel. Contato: (31) 9726-3126 (responsável pela entrevista)

ANEXO 5 – SOLICITAÇÃO DE DILIGÊNCIA MÉDICO-LEGAL

				
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS 1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA DE VIÇOSA				
Rua Nossa Senhora das Graças, 33 - Viçosa - MG - Tel. (31) 3491-2616, CEP 36.570-000				
SOLICITAÇÃO DE DILIGÊNCIA MÉDICO-LEGAL				
PERÍCIA				
<input type="checkbox"/> NECRÓPSIA <input type="checkbox"/> EXUMAÇÃO E NECRÓPSIA <input type="checkbox"/> EXAME DE OSSADA <input type="checkbox"/> OUTROS (LESÃO CORPORAL)				
AUTORIDADE REQUISITANTE: Bel. ANDRÉ LUIZ DE FREITAS				
LAUDO DESTINADO À DELEGACIA: 02.ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA DE VIÇOSA/MG				
IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA				
NOME: _____				
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO	COR	ESTADO CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____
PROFISSÃO	NATURALIDADE			U.F.
_____	_____			_____
RESIDÊNCIA				

FILIAÇÃO				

DOCUMENTO DE IDENTIDADE			DATA DO ÓBITO	
_____			_____	
SEPULTADO EM: <input type="checkbox"/> COVA RASA <input type="checkbox"/> COVA NORMAL <input type="checkbox"/> CARNEIRO <input type="checkbox"/> INSEPULTO				
LOCAL DA SEPULTURA				
CEMITÉRIO				

LOCALIDADE:				

MUNICÍPIO:				

ACESSO AO LOCAL: <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> A CAVALO <input type="checkbox"/> A PÉ				
ÓBITO REGISTRADO EM CARTÓRIO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO				
HISTÓRICO RESUMIDO DA OCORRÊNCIA POLICIAL E SUSPEITA				

LOCAL E DATA				

OBSERVAÇÃO: É IMPORTANTE O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ÍTEMS DESTA SOLICITAÇÃO				
ASSIN. DA AUTORIDADE REQUISITANTE				