



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Magalhães de Melo, Cristiane; Dias Bevilacqua, Paula; Barletto, Marisa
Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no
preenchimento da declaração de óbito
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 5, mayo, 2013, pp. 1225-1234
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026340003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito

Production of information on mortality from external causes: meanings and significances in the filling out of death certificates

Cristiane Magalhães de Melo ¹

Paula Dias Bevilacqua ²

Marisa Barletto ³

Abstract *The study sought to understand the meanings and significances that physicians attribute to the Death Certificate (DO) and the implications of subjectivity in the production of information on mortality. Guided by qualitative research, semi-structured interviews and content analysis, techniques were chosen for understanding representations and experiences involved in the filling out of the DO. The results revealed that different meanings and significances are attributed to the DO depending on how death occurred, in accordance with the different attributes the document acquires from a practical standpoint, in terms of 'epidemiological' and 'legal' functions. The results suggest that the DO used as a technical and objective instrument for data collection and production of health statistics does not lack subjectivity, which turns it into an instrument that in the medical practice and social reality reflects cultural issues, the social position of the subjects who fill it out and their representations of death.*

Key words *Death, Content analysis, Subjectivity, Health statistics*

Resumo *O estudo objetivou compreender os sentidos e os significados que os médicos atribuem à Declaração de Óbito (DO) e as implicações da subjetividade na produção da informação sobre mortalidade. Orientada pela pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo foram eleitas como técnicas para compreensão das representações e experiências que envolvem o preenchimento da DO. Os resultados revelaram que diferentes sentidos e significados são imputados à DO dependendo da forma como o óbito ocorreu e de acordo com as distintas atribuições que esse documento adquire do ponto de vista prático, a exemplo das funções 'epidemiológica' e 'jurídico/legal'. Os resultados sugerem que a 'DO' utilizada como um instrumento técnico e objetivo para coleta de dados e produção de estatísticas de saúde, não é desconstituída de subjetividade, tornando-se, na prática médica e na realidade social, um instrumento que refletirá questões culturais, o lugar social do sujeito que a preenche e as suas representações sobre a morte.*

Palavras-chave *Óbito, Análise de conteúdo, Subjetividade, Estatísticas de saúde*

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Viçosa. Rua Gomes Barbosa 803, Centro. 36570-000 Viçosa MG. cristianeufv@yahoo.com.br

² Departamento de Veterinária, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Viçosa.

³ Departamento de Educação, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal de Viçosa.

Introdução

As doenças e os agravos não transmissíveis têm, nas últimas décadas, se constituído como principal causa de óbito da população mundial e brasileira¹⁻³. Dentre essas causas, destacam-se as externas ou não naturais que incluem os incidentes não intencionais, como acidentes de trânsito, quedas e queimaduras, e a violência que pode ser autoinfligida, interpessoal ou coletiva.

Dada a magnitude e a gravidade de suas consequências, tanto a curto como a longo prazo, para os países, comunidades, famílias e indivíduos, sobretudo mulheres e crianças, a violência foi declarada como problema de saúde pública na 49ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1996, em Genebra⁴.

No Brasil, 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 sendo suas vítimas, em geral, homens, negros, jovens, que vivem em centros urbanos e em condições de vulnerabilidade social⁵⁻⁸.

Para o conhecimento e a compreensão dos determinantes dos acidentes e violências, bem como da magnitude desses eventos, é fundamental a realização de análises sistemáticas dos dados sobre morbimortalidade por causas externas. Entretanto, os profissionais e gestores de saúde esbarram, muitas vezes, na questão da baixa qualidade da informação disponível sobre esse evento e o sub-registro de casos^{9,10}.

Nos municípios pequenos e médios, os problemas de qualidade e sub-registro de tais dados tendem a ser mais complexos, devido à inexistência de serviços como Instituto Médico Legal (IML), à precariedade de funcionamento das instituições responsáveis pela produção das informações e à falta de mecanismos eficientes para o encaminhamento de vítimas de violências para as capitais e cidades polo onde esses serviços estão concentrados.

Apesar dos problemas relacionados à qualidade e ao sub-registro, 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, em função da maior facilidade de obtenção desses dados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a partir da Declaração de Óbito (DO)⁵.

O preenchimento da DO é um ato médico e os dados contidos nesse documento constituem fonte rica de informações sobre as características

individuais, sociodemográficas 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 sociodemográficas das vítimas, o documento informa sobre o local de ocorrência do evento, 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.

Apesar da importância para as estatísticas de saúde do conhecimento sobre a origem dos eventos que levaram ao óbito, muitas DO não possuem informações detalhadas sobre o tipo específico de causa que provocou o óbito ou lesão fatal, levando a subestimativas e elevando a proporção de mortalidade por causas mal definidas (códigos R00 a R99 da CID 10ª revisão) ou de causas externas cuja intenção é indeterminada (códigos Y10 a Y34 da CID 10ª revisão)^{11,12}.

Tais aspectos implicam que 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 às metas propostas.

A melhoria do preenchimento da DO, a capacitação dos codificadores e a busca ativa de informações sobre os eventos em outras fontes como IML e Delegacias de Polícia são apontadas como fatores determinantes para a melhoria da qualidade da informação obtida no SIM^{9,12}.

Considerando o adequado preenchimento da DO como um dos pontos chave na construção de indicadores de saúde confiáveis a partir de dados de mortalidade, o desafio eminente para o aprimoramento da qualidade da informação envolve, dentre outras questões, a compreensão das dimensões subjetivas e o lugar social do sujeito que preenche a DO.

Conforme menciona Minayo¹³, apoiando-se na crítica ao positivismo e à racionalidade cartesiana, o “significado e a intencionalidade são inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”, desconstruindo a dicotomia e a disjunção entre objetividade e subjetividade. Considera-se que há implicação da subjetividade na produção da informação. Ou seja, mesmo entendendo que a DO é um instrumento técnico e objetivo, outros fatores envolvem seu preenchimento, como as representações dos sujeitos sobre ‘causas externas’ na prática médica, a hierarquização da importância das informações solicitadas, o grau

de comprometimento do sujeito com os desdobramentos da DO, a cotidianidade do preenchimento, dentre os mais relevantes. Considera-se, também, que a racionalidade não prescinde do sujeito psicológico e político que a produz, cabendo ao trabalho científico compreendê-la através do seu reconhecimento e de sua análise.

Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender os significados e os sentidos que os médicos, responsáveis pelo preenchimento da DO, atribuem a esse documento e as implicações desses significados e sentidos na produção da informação sobre mortalidade. Significado é entendido nesse texto como sendo representação simbólica ou abstração produzida culturalmente sobre a realidade, compartilhada socialmente por um grupo, sendo, assim, uma forma social de conceituar um objeto. Já o sentido, refere-se à experiência singular dessa representação ou significado, ou seja, como o sujeito opera o significado na sua práxis individual.

Metodologia

Este estudo foi orientado pelos princípios da pesquisa qualitativa e a técnica da entrevista semiestruturada foi eleita como metodologia na busca da compreensão das representações e experiências que envolvem o preenchimento da DO. A entrevista é considerada importante instrumento de produção/construção de dados objetivos e subjetivos por possibilitar a participação direta dos sujeitos envolvidos no processo, ou seja, pesquisador e pesquisado¹⁴.

Nesta pesquisa, foi utilizada a forma semiestruturada, individual, tendo sido, elaborado um roteiro com perguntas utilizadas pela pesquisadora a fim de subsidiar as discussões sobre o tema abordado. Os tópicos levantados durante as entrevistas abordaram questões sobre a DO e o seu preenchimento e sobre as causas externas de mortalidade.

O ponto de partida para escolha dos entrevistados levou em consideração que, a princípio, todos os médicos preenchem declarações de óbito e, portanto, possuem experiência prática e concreta sobre o objeto de investigação. Assim, tendo identificado um primeiro entrevistado, os demais foram selecionados tendo como referência a técnica 'snowball' ou indicação interpessoal, em que o primeiro participante indica o segundo a participar do estudo e assim por diante^{15,16}.

Foram entrevistados três médicos legistas do IML de dois municípios da Zona da Mata de

Minas Gerais e sete médicos assistentes que atendiam nos dois hospitais do município onde a pesquisa foi realizada, sendo cinco médicos de unidades de terapia intensiva e dois plantonistas de unidades de urgência e emergência. Cada informante foi entrevistado uma única vez, no seu local de trabalho, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Quando autorizadas, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas textualmente.

Do total de entrevistados, sete eram homens e três mulheres. O dimensionamento da quantidade de entrevistas realizadas considerou o critério de saturação, conforme proposto por Minayo¹³.

A análise do material seguiu as seguintes etapas: (i) ordenação do material com a transcrição integral de todas as entrevistas; (ii) pré-análise com a leitura em profundidade do material produzido; (iii) exploração do material focalizando os significados dos grandes temas abordados nas entrevistas que compreenderam: sentimentos, crenças, comportamentos e sentidos da experiência presente nas falas de cada um dos sujeitos da pesquisa e (iv) tratamento dos resultados e interpretação.

A partir da análise dos depoimentos foi possível identificar as seguintes categorias: (i) significados e sentidos da DO; (ii) o médico como sujeito social e político e o preenchimento da DO e (iii) o lugar de fronteira: as causas externas de mortalidade.

O tratamento do material produzido nas entrevistas seguiu a proposta da análise de conteúdo, baseado nas modalidades da análise temática e análise da enunciação¹⁷. Adotamos a análise de conteúdo entendendo que, na medida em que se busca analisar, de forma sistemática e objetiva, os dados qualitativos produzidos pela pesquisa de campo, tal técnica permite apreender sobre o objeto algo além do senso comum e do subjetivismo, utilizando-se, para isso, do processo de inferência. Assim, entrevista 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^{13,18}.

Considerações éticas

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Resultados e discussão

Significados e sentidos da declaração de óbito

A partir da análise das entrevistas, observamos que a DO foi qualificada por todos entrevistados como um documento importante, numa perspectiva marcadamente funcionalista, sendo sua função explicada a partir de quatro diferentes dimensões: ‘senso comum’, ‘funcional/burocratizada’, ‘fracasso médico’ e a ‘jurídico/legal’.

A primeira dimensão a ser destacada é a que denominamos ‘senso comum’. Nessa dimensão, 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 indica que profissionais que trabalham cotidianamente com 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 é 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. [...] 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. Acho que deve ser importante, mas eu não sei. Eu não trabalho com isto. Acho que deve ser importante pra epidemiologia. (inf.3, médica assistente, 52 anos).

Na fala acima, a informante indicou que a DO não teria função para os profissionais que a preenchem. Contudo, destacou a importância prática assumida pelo documento para os familiares dos falecidos, já que é um instrumento necessário para solicitação de seguros e benefícios.

A segunda dimensão da DO identificada foi a ‘funcional/burocratizada’. A DO foi definida como um documento de três vias necessário para enterrar os corpos, notificar o óbito e produzir estatísticas. Todos os entrevistados indicaram saber que é a partir da DO que são construídas as estatísticas de mortalidade.

A declaração de óbito, ela é um documento [...]. Necessário para se fazer a inumação do corpo, de qualquer corpo. Uma via segue com o corpo pra fazer o registro no cartório de registro civil. [...] 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. [...] A terceira via fica arquivada no local onde é emitida essa declaração, no caso hospital ou IML, [...] 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, médico legista, 44 anos).

Os entrevistados apresentaram a DO como um documento necessário para registro da história da doença. Ao falar sobre essa função da DO, os entrevistados também atribuem ao documento, a função de registrar as falhas e os 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 terceira dimensão da DO, o ‘fracasso médico’ diante da morte.

A declaração de óbito? É um documento médico. 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 princípio, pra mim. (Inf.07, médico assistente, 42 anos).

Infelizmente nós 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. É difícil falar. É curto o tempo destinado a tratar sobre a morte. [...] na verdade nem sempre é muito bem abordado, isso na faculdade [...]. 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. [...] (Inf. 10, médico assistente, 34 anos).

A última fala demonstra que a formação acadêmica prepara o profissional para salvar vidas. Porém, quando isso não é possível, o tema morte aparece como significado do fracasso profissional. A DO, nesse contexto, é o documento que, ao explicitar a morte, trata do fracasso médico.

Além das dimensões do ‘senso comum’, ‘funcional/burocratizada’ e do ‘fracasso médico’, que a DO assumiu, as entrevistas apontaram, ainda, outra dimensão: a ‘jurídico/legal’. Essa dimensão apareceu de forma diferente para os dois grupos entrevistados: médicos assistentes e médicos legistas. No grupo dos médicos assistentes, tal dimensão foi silenciada durante toda a entrevista, sendo evidenciada somente quando esses profissionais foram questionados sobre o preenchimento da DO de vítimas de causas externas. Nesse caso, a dimensão ‘jurídico/legal’ surgiu marcada por um discurso normatizador e pelo medo dos profissionais em se comprometerem com questões que extrapolam a dimensão biológica da vida e da morte.

Por sua vez, para o grupo de médicos legistas, a dimensão ‘jurídica/legal’ apareceu como algo

‘natural/familiar’. Não houve estranhamento ao falar sobre o assunto. Isso nos remete ao fato de que como os legistas lidam cotidianamente com as mortes violentas, questões jurídicas/legais e multidisciplinares exigidas no tratamento desse evento são elementos esperados e compreendidos como inerentes à atividade. A DO é apresentada, por esse grupo de profissionais, como peça de um processo que envolve o trabalho de outros profissionais.

Pro IML ele é um documento completo porque ele vai surgir como parte. O inquérito não vai se ater a ele [...] O inquérito tem outras coisas que o delegado vai pedir. Tem outras informações que vão ser buscadas [...] 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. (Inf. 08, médico legista, 44 anos).

A DO, para os médicos que assumem a responsabilidade pelo seu preenchimento, é documento que tem diferentes dimensões e tal multiplicidade está associada às diferentes experiências dos sujeitos do saber envolvidos, tanto no preenchimento do documento, quanto na sua utilização. Para a produção de informação e estatísticas na área da saúde, a DO tem uma importância e finalidade, para o setor jurídico/legal e outras instituições que a utilizam, como seguradoras, institutos de previdência, cartórios de registro civil, tem outra, reforçando o fato de que se trata de um documento que assume diferentes significados conforme quem o ‘olha’ e em nome de quem o ‘faz’.

Essas diferentes dimensões assumidas pela DO impactam na forma como o instrumento de notificação do óbito é preenchido uma vez que o profissional muitas vezes se intimida diante de um documento cujas informações têm diferentes implicações.

O médico como sujeito social e político e o preenchimento da Declaração de Óbito

De acordo com a Portaria nº 116/2009, do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde¹⁹, e a Resolução nº 1.779/2005, do Conselho Federal de Medicina (CFM)²⁰, o preenchimento dos dados constantes na DO é de responsabilidade do médico que atestou a morte. Tal determinação legal foi evidenciada nas entrevistas, sendo que todos os entrevistados indicaram ser o médico o responsável pelo preenchimento da DO e pelas informações constantes no documento.

Só o médico. É só o médico que preenche. De preferência o médico assistente. 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, médico assistente, 40 anos).

No caso do IML é o médico que examina o corpo. 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, médico legista, 44 anos).

Na metodologia de análise de 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 médico enquanto profissional responsável pelo preenchimento da DO foi, para o grupo de sujeitos entrevistados, algo importante de ser afirmado.

É interessante notar, entretanto, que mesmo reconhecendo a responsabilidade pelas informações contidas no documento, os médicos afirmaram que, muitas vezes, vários campos da DO (identificação da pessoa, endereço de residência e local de ocorrência do óbito, entre outras) são preenchidos por outros profissionais, sugerindo a menor importância dessas informações em detrimento de outras. Por sua vez, o preenchimento do campo da DO que informa sobre as causas do óbito é assumido como de atribuição do profissional médico, sendo, inclusive, por eles referido como “parte médica” da DO.

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, médica assistente, 52 anos).

O preenchimento apenas das causas do óbito pelo médico está relacionado à importância atribuída a essa informação, ou seja, remete a um conhecimento técnico especializado que somente o médico detém. Nas narrativas percebemos, também, o ‘automatismo’ presente no preenchimento das causas de óbito, indicando o quanto é ‘familiar’ para o médico falar sobre a doença do paciente.

A causa imediata é a mais importante. Pra finalidade de prevenção imediata e pra estatística [...]. Porque aí você vai no A, B e C. o mais importante você cita aqui embaixo. (Inf. 01, médico assistente, 40 anos).

A gente vê aquelas causas ali no quadro que a gente já tem automático pra colocar. Ai 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. (Inf.05, médica assistente, 50 anos).

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

Essa visão hegemônica da medicina positivista, em que se busca uma correlação vertical e automática entre sintoma e lesão, reduz à dimensão biológica a compreensão dos fenômenos relacionados ao processo saúde e doença, vida e morte, prescindindo da historicidade dos fenômenos e, conseqüentemente, comprometendo a produção das informações contidas na DO.

Considerando as causas externas de mortalidade, foi interessante notar que os médicos entrevistados, tanto assistentes como legistas, atribuíram maior importância à descrição da natureza da lesão em detrimento, inclusive, das circunstâncias do óbito não natural. Um dos médicos legistas entrevistados afirmou que, apenas após a leitura recente do manual do Ministério da Saúde “A Declaração de Óbito: documento necessário e importante”²¹, compreendeu a importância de se conhecer as circunstâncias do óbito para as estatísticas de saúde. Isso nos remete a pensar sobre a importância de se investir em programas e projetos de educação permanente sobre a temática da mortalidade e da produção da informação.

Muitas vezes só preenchemos a causa, por exemplo, politraumatismo. Nós não colocamos outras informações que podem ser importantes. Eu achava que só politraumatismo estava bom. Vendo o livreto do Ministério de Saúde, foi bom pra lembrar que é importante colocar outras causas, exemplo acidente de transporte, suicídio... Às vezes, eu 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 às vezes não colocamos a causa [...]. Só politraumatismo. Acho que é mais prático rápido. Eu acho que é um pouco até de falta de informação. [...] 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 [...]. (Inf. 04, médico legista, 35 anos).

No caso das causas externas de mortalidade, o fato dos médicos informarem apenas a natureza da lesão que levou ao óbito pode estar relacionado, também, à visão reducionista do papel do médico no preenchimento da DO e suas implicações do ponto de vista jurídico/legal. A partir das entrevistas, fica claro que o campo “Causas externas – Prováveis circunstâncias de morte não natural”, onde é possível determinar o tipo de causa externa (acidente, suicídio, homicídio) e a fonte de informação, frequentemente não é preenchido e o profissional não se dá conta desse fato, reforçando a relação pragmática que esses profissionais estabelecem com o documento.

A maior importância atribuída à natureza da lesão pode estar relacionada, ainda, à crença de que a descrição das circunstâncias da morte é atribuição policial enquanto ao médico cabe a descrição da lesão. Nesse sentido, a perspectiva é que cada profissão teria que dar conta de seus objetos, sendo que ao médico não caberia o trabalho de policial e à polícia não caberia tratar de questões médicas. A interdisciplinaridade não é bem acolhida pelo discurso médico, pois a especialidade é uma das formas de reiteração do poder simbólico do saber médico sobre a vida, a saúde, a doença e a morte.

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

[...] 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, médico assistente, 40 anos).

O lugar de fronteira: as causas externas de mortalidade

Embora o preenchimento da declaração de óbito tenha sido considerado pelos entrevistados atribuição médica, falar sobre o tema específico do preenchimento das DO de vítimas de causas externas causou, entre os médicos assistentes, estranhamento e insegurança. As causas externas configuraram-se como lugar de fronteira entre o poder médico em dizer sobre o paciente e o medo de se comprometer com questões que extrapolam a dimensão biológica da vida e da morte.

A dimensão jurídica da DO ficou evidente na narrativa dos médicos assistentes quando foram questionados sobre esse procedimento. A maioria deles afirmou não preencher DO de vítimas

de causas externas, citando as orientações do CFM sobre a emissão de declarações de óbito nos casos de mortes violentas e incidentais por um médico legista. Por outro lado, os entrevistados reconheceram as implicações decorrentes da inexistência de IML no município e da consequente necessidade de utilização do serviço de referência em outro município.

O Conselho Federal de Medicina [...] 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, médico assistente, 40 anos)

Na prática, o município não dispõe e o único local que a gente tem [...] a sobrecarga é imensa. E o próprio profissional que é disponibilizado lá, devido à sobrecarga, evita ao máximo e assina o óbito como causa desconhecida [...]. 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, médico assistente, 40 anos)

As narrativas também demonstraram, do ponto de vista do profissional médico, o grave problema enfrentado pelo município em se tratando da inexistência de um serviço local de referência para encaminhamento dos corpos de vítimas de causas externas. Além disso, reforçaram a precariedade do funcionamento de serviços dessa natureza em outros municípios, normalmente sobrecarregados com a demanda e limitados pela falta de recursos humanos e técnicos.

Nesse sentido, entendemos que, embora os entrevistados tenham conhecimento da legislação que orienta o preenchimento das DO de vítimas de causas externas por médicos legistas, a realidade exige desses profissionais postura contrária ao que é estabelecido criando um conflito.

O óbito violento a gente às vezes não dá o atestado. A gente prefere que o perito veja [...]. Por quê? Porque às vezes tem algo mais na história que a gente não fica sabendo. Ou então chega na emergência já em óbito [...], aí a gente não pode dar um atestado sem saber direito da história. Então a morte violenta... você 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. (Inf. 05, médica assistente, 50 anos).

Eu não preencho. De causas externas eu não preencho. Eu já participei de vários inquéritos e a primeira pergunta do oficial é: porque você não

preencheu? Eu disse ó: eu não sabia do que o paciente morreu. Como é que eu vou preencher? (Inf.01, médico assistente, 40 anos).

Outra questão identificada a partir das entrevistas refere-se à forma como o óbito ocorreu e às implicações no preenchimento da DO. Na morte natural, para os entrevistados de maneira geral, o preenchimento da DO é um processo automático e solitário, realizado pelo médico que prestou assistência ao doente. Por outro lado, no óbito por causas externas, para os médicos legistas, o preenchimento da DO é parte de um trabalho que inicia com a investigação do óbito, pela equipe de polícia, no local onde o mesmo ocorreu. Portanto, um trabalho que exige um olhar interdisciplinar devido à complexidade inerente ao evento. Ou seja, declarar o óbito de causas externas, para esse grupo de entrevistados, 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, médico legista, 43 anos).

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

Apesar da maior facilidade apontada pelos médicos legistas em esclarecer as causas de morte no caso de causas externas, quando os médicos assistentes se vêem diante da necessidade de declarar esse tipo de óbito, configura-se o que Atlan, citado por Minayo¹³, 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 deslocam os médicos de uma situação familiar, usual e confortável e os colocam diante de

uma nova, estranha e complexa. Nesse momento, a ideia de simplicidade e automatismo associada à morte natural e ao preenchimento da DO é substituída por uma ideia complexa que envolve as mortes por causas externas.

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 realizar exames que contribuiriam para o esclarecimento das causas. Ao se depararem com uma história desconhecida sobre o processo mórbido ou sobre o evento que levou ao óbito e com a impossibilidade de realização de exames diagnósticos também se configura um ruído, que desordena a situação de estabilidade e conforto do profissional.

Nessas circunstâncias, o profissional vivencia instabilidade e insegurança em atestar o óbito, uma vez que não tem o respaldo de critérios e informações tecnológicas ou mesmo de uma anamnese anterior que indiquem um processo mórbido. A noção de estabilidade e regularidade é contraposta à de instabilidade e a crença na objetividade dá lugar à intersubjetividade na compreensão da realidade. Esse lugar de ambiguidade reflete o lugar de poder do discurso médico objetivado na DO. O documento materializa essa ambiguidade: Quando preencher? Quem deve preencher?

Considerações finais

A compreensão das dimensões subjetivas implicadas na produção das informações em saúde, sobretudo das sobre mortalidade, são questões que não têm sido trabalhadas em pesquisas realizadas no Brasil. Nesse sentido, uma das principais contribuições deste estudo foi a de evidenciar como a subjetividade e o lugar social do sujeito têm implicações no preenchimento da declaração de óbito, impactando, consequentemente,

a produção da informação sobre mortalidade, sobretudo por causas externas.

A partir da análise das narrativas, foi possível compreender como as representações, os significados e os sentidos que os sujeitos atribuem não somente à DO, mas principalmente ao evento 'óbito' e à forma como o mesmo ocorreu, refletem no modo como o documento (DO) será preenchido. Isso significa que a 'DO', utilizada como um instrumento técnico e objetivo para coleta de dados e para a produção de estatísticas de saúde, não é desconstituída de significados e sentidos, tornando-se, na prática médica e na realidade social, um instrumento que refletirá questões culturais, o lugar social do sujeito que a preenche e as suas representações sobre a morte.

O percurso teórico-metodológico e a opção em trabalhar com um grupo de médicos legistas e assistentes contribuiu, também, para a reflexão sobre outras questões envolvidas no preenchimento das DO de vítimas de causas externas, desvelando problemas comuns aos municípios pequenos e médios que, frequentemente, não contam com recursos humanos e técnicos para a realização de necropsia ou encaminhamento de corpos para centros de referência, conforme orientam as legislações que tratam da emissão da DO.

O uso da entrevista enquanto método de construção de dados para a pesquisa estimulou a reflexão sobre as práticas cotidianas e os processos de trabalho dos sujeitos envolvidos no estudo (pesquisadora e participante). Assim, ao se relocalarem diante do objeto (DO), os profissionais questionam as funções e a importância do mesmo, permitindo a reflexão sobre as contradições existentes e os problemas relacionados ao preenchimento desse instrumento, sobretudo quando se trata de um óbito por causas externas. Essa 'movimentação' em torno do objeto permitiu a ressignificação do mesmo e uma mudança de atitude frente ao procedimento de preenchê-lo.

Colaboradores

CM Melo trabalhou na construção e planejamento da pesquisa; coleta, organização e análise dos dados; elaboração e redação do manuscrito. PD Bevilacqua e M Barletto trabalharam na construção e planejamento da pesquisa; análise dos dados; elaboração e redação do manuscrito.

Referências

1. Malta DC, Cezario AC, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1):47-65.
2. World Health Organization (WHO). *Non communicable disease: Country Profiles* 2011. [página da Internet]. [acessado 2012 mar 23]. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en
3. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes, PR. Chronic non communicable diseases in Brasil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: OMS; 2002.
5. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):995-1003.
6. Araujo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA; Araujo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):405-412.
7. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, Moraes Neto OL. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18(1):17-28.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde* [dados na internet]. [acessado 2012 mar 3]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
9. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O Sistema de informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento: II – Mortes por causas externas. *Rev Bras de Epidemiologia* 2002; 5(2):212-223.
10. Mello-Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):643-654.
11. Andrade SM, Mello-Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura dos dados. *Cad Saude Publica* 2001; 17:1449-1456.
12. Njaine K, Reis AC. Qualidade da informação sobre acidentes e violência In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 314-335.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2008.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª Edição. São Paulo: Hucitec; 1998.
15. Bott E. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1976.
16. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica* 1995; 29(1):63-74.

17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Lane STM. *O que é psicologia social*. São Paulo: Brasiliense; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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* 2009; 12 fev.
20. Conselho federal de Medicina. Resolução nº. 1.779, de 05 de dezembro de 2005. *Diário oficial da União* 2005; 5 dez.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. *Declaração de óbito*: documento necessário e importante. 2ª Edição. Brasília: MS; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Artigo apresentado em 15/03/2012

Aprovado em 20/05/2012

Versão final apresentada em 28/05/2012