



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

A Informação Sobre Mortes por Causas Externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo. 2000 – 2002.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia Geral, do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Mestrando: Dorian Chim Smarzarro

Orientadora: Edinilsa Ramos de Souza

Rio de Janeiro

Março de 2005

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

S636i Smarzaró, Dorian Chim

A informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000-2002. / Dorian Chim Smarzaró. Rio de Janeiro : s.n., 2005.

90p. tab

Orientadora: Souza, Edinilsa Ramos de

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Violência-prevenção
2. Formulação de Políticas
3. Causa Básica de Morte
4. Registros de Mortalidade
5. Atestados de Óbito

CDD - 20.ed. – 303.6098152

Aos meus pais, Waldemar Antônio Smarzaro (*in
memorian*) e Maria José Chim Smarzaro.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, com quem sempre contei em diversos momentos.

À minha esposa Sandra, pelo companheirismo e incentivo.

A Durvalina Maria Sesari Olios, pela grande contribuição ao longo do mestrado.

A Valdete Côco, pela preciosa acolhida.

A Vanessa Costa e Silva.

A minha professora orientadora, Edinilsa Ramos de Souza, pela competência e paciência.

Ao meu amigo Luiz Carlos Dutra da Silva e familiares

Aos meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde Vitória (SEMUS).

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo.

A Direção do Departamento Médico Legal (DML) e a atenção dispensada pelos médicos legistas que aceitaram em participar da pesquisa.

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre o preenchimento das declarações de óbito (DO) por causas externas no município de Vitória entre os anos 2000 e 2002. O órgão responsável pelo preenchimento, o Departamento Médico Legal, em muitas situações emite o referido documento sem especificar a causa básica de óbito, isto é, não informa as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. Do ponto de vista epidemiológico isso é prejudicial, pois esta informação é de suma importância para o monitoramento dos eventos violentos, como para a formulação e a implementação de políticas de prevenção a acidentes e violências.

Em 1999 a Prefeitura Municipal de Vitória criou o Grupo de Monitoramento e Avaliação de Mortes por Causas Externas (GMAMCE) na capital capixaba, composto por várias secretarias da administração. À Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que recebe mensalmente as DO provenientes do DML, coube-lhe a recuperação de todas as informações de DO preenchidas de forma inadequada, mediante as consultas aos arquivos daquela instituição. Após quatro anos, ainda não se analisou o impacto dessa recuperação de informações sobre as estatísticas de mortalidade por causas externas no município de Vitória, bem como o percentual de informação que permaneceria inadequada, caso não houvesse a recuperação.

Para tanto, este estudo buscou unir, mediante metodologia interdisciplinar, o conhecimento epidemiológico e os saberes das ciências sociais, objetivando maior entendimento sobre o objeto investigado. Portanto, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo de dados secundários e uma análise de concordância para a abordagem quantitativa, que pesquisou 1407 DO arquivadas no DML entre 2000 e 2002, e para a abordagem qualitativa procedeu-se à realização de um estudo de caso, mediante a aplicação de entrevistas a sete profissionais legistas, responsáveis diretos pela emissão da DO, com o objetivo de identificar possíveis fatores que poderiam influenciar o preenchimento do referido documento.

Das 1407 DO investigadas, constatou-se que 272 (19,33%) estavam classificadas como acidentes não especificados e 294 (20,89%) como indeterminadas. O trabalho de recuperação das informações reduziu esses números para 7 (0,50%) e 10 (0,71%), respectivamente, o que demonstra que as informações necessárias para um bom preenchimento da DO se encontram no DML, mas não são usadas por seus

profissionais. As entrevistas com os legistas apontaram que diversos fatores influenciam o preenchimento da DO alguns externos ao DML, como as fontes de informação que os auxiliam na realização da necropsia (ofício da polícia e laudo médico), e outros relativos a própria rotina interna e as condições de Trabalho do referido departamento.

Num contexto em que a violência atinge o país de forma contundente, em especial a cidade de Vitória, muito citada na mídia nacional nos últimos anos pelas suas altas taxas de homicídio, faz-se necessário à melhoria do preenchimento da DO que poderá subsidiar a elaboração e implementação de medidas de prevenção e combate a violência.

Palavras chaves: causa externa, violências e acidentes, DO, informação.

ABSTRACT

This work presents an epidemiologic study of Death Declarations fulfilling (DD) for external causes in the city of Vitória between 2000 and 2002. The responsible fulfilling organ, the Legal Medical Department (LMD), emits in many situations this document without specify the basic death cause, this is, it does not inform the accident circumstances or the violence that produce the fatal injury. From the epidemiologic point of view that is harmful, there for that information is utmost important for violent events monitoring, as well as the formulation and implementation of prevention politics for accidents and violences.

In 1999 the Vitória Municipal City Hall had create in the capital of the city the Monitoring and Evaluation of Death for External Causes Group (MEDECG) integrated by several secretaries of administration. The Health Municipal Secretary (HMS), which receives monthly the DD from LMD, worked to recover of all DD information filled inadequately, by the consultation of the archives from that institution. After four years, the impact of that retrieval informations about mortality statistics for external causes in Vitória city was still not analyzed, as well as the percentage of information that would remain inadequate, in case that it did not have recovery.

This study is searched to join by interdisciplinary methodology, epidemiologic and social sciences knowledge , to get a bigger and objective agreement on the investigated object.

Therefore, it was realized an epidemiologic descriptive study of secondary data and a concordance analysis for the quantitative boarding, that searched 1407 DD filed in the DML between 2000 and 2002 , and for the qualitative boarding it was proceeded to realized a case study, by means of interviews to seven professional legal experts , responsables for the emission of DD, with the objective to identify possible factors that influence the fulfilling of the cited document.

From 1407 DD investigated, 272 (19,33%) were classified as accidents not specified and 294 (20,89%) as indeterminated. The work of information recovery reduced these numbers to 7 (0,50%) and 10 (0,71%), respectively, what it demonstrates that the necessary informations for a good DD fulfilling are in the LMD, but are not used for its professionals. The interviews with the legal experts showed that divers factors influence the fulfilling of the DD: some external ones to the DML, as the sources of information from their assistents in the accomplishment of the autopsy (police and medical certificates), and another about internal routine and the work's conditions from the related department. In a context where the violence reaches the country with forceful form, specially the city of Vitória, cited in the national news because of its high homicide taxes, becomes necessary the improvement of the fulfilling of the DD that it will be able to subsidize the elaboration and implementation of violence prevention measures.

Words keys: external cause, violences and accidents, DD, information.

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

SUMÁRIO

1 -APRESENTAÇÃO

Antes de iniciar a discussão sobre o tema propriamente dito, cabe uma pequena descrição sobre as minhas motivações para escrever uma dissertação sobre esse assunto. Entre 1993 e 1998, militei no Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) no município da Serra - ES, um dos sete que compõem a região

metropolitana de Vitória e onde residi por 22 anos e atualmente é o município que ostenta as maiores taxas de mortalidade por homicídio no Estado. A situação de violência a qual estavam submetidas às crianças e adolescentes à época que participava do MNMMR motivaram-me a escrever em 1996 uma monografia sobre o tema, como requisito para conclusão da minha graduação em Economia pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Após concluir a graduação, fui trabalhar em 1997 na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) no setor de informações em saúde. Esse era o setor responsável pelas informações sobre nascimentos, doenças e mortes. Ao ter contato com o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) descobri que existia um capítulo na Classificação Internacional das Doenças - CID, que tratava especificamente dos eventos acidentais e violentos. Esse banco então se tornou e meu objeto de trabalho na Secretaria e em 1999 passei a me dedicar quase que exclusivamente ao estudo da mortalidade por causas externas na capital capixaba, visto que foi dedicada uma atenção especial ao tema pelo fato da cidade de Vitória freqüentar os noticiários nacionais como a capital brasileira com as maiores taxas de mortalidade por homicídios.

A Prefeitura Municipal de Vitória criou então o Grupo de Monitoramento e Avaliação de Mortes por Causas Externas (GMAMCE), composto por várias secretarias da administração, dentre as quais a SEMUS, a quem cabia recuperar informações que por ventura não constassem nas Declarações de Óbito, mediante a consulta mensais aos arquivos do Departamento Médico Legal de Vitória (DML). Após quatro anos de implantação do GMAMCE, não se realizou ainda nenhuma avaliação relativa ao impacto que representou a recuperação das informações. Além disso, também há uma carência de estudos epidemiológicos que contemplem as relações entre violência e saúde no município de Vitória.

As mortes por causas externas representam a terceira principal causa de morte no município de Vitória, sendo que os homicídios respondem por aproximadamente 60% desses óbitos. Para monitorar essas informações, o setor saúde dispõe, como fonte de informação da DO que o instrumento legal emitido pelos serviços de saúde sempre quando ocorre um óbito. No caso de morte por causa externa, a emissão desse documento é de responsabilidade do DML, que por uma série de razões emite um determinado percentual de DO sem as informações que ajudarão os serviços de

epidemiologia a traçar o perfil de quem está morrendo por causa, quantos são e onde ocorrem essas mortes. (Mello Jorge et al., 2002).

Mediante uma metodologia que uniu ferramentas da epidemiologia com os saberes das ciências sociais, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo de dados secundários e uma análise de concordância para a abordagem quantitativa e para a abordagem qualitativa realizou-se um estudo de caso. Com isso objetivou-se efetuar uma análise das informações de mortalidade por causas externas ocorridas em Vitória, no período de 2000 a 2002, bem como identificar o percentual de óbitos que estavam indeterminados, fazer um estudo de concordância entre o preenchimento realizado pelo DML com as correções efetuadas pela SEMUS, realizar uma análise epidemiológica sobre as mortes por causa externas em Vitória e identificar possíveis fatores que influenciam o preenchimento da DO através das entrevistas aplicadas aos profissionais legistas.

Os resultados expostos no capítulo 7 apresentam inicialmente um breve panorama sobre a mortalidade por causa externas no município de Vitória, demonstrando como o fenômeno cresceu na capital capixaba nos últimos vinte anos. Na seqüência realizou-se a análise da qualidade da informação, com enfoque no preenchimento da causa básica do óbito pelo DML e como ficou depois da recuperação das informações. Dedicou-se também a um item aos óbitos classificados como acidentes não especificados e indeterminados e como ficaram após o resgate das informações.

Ainda no capítulo 7 foram traçadas considerações sobre as mortes acidentais e violentas no município de Vitória, com ênfase aos eventos acidentais que tiveram importância no perfil da mortalidade por causa externa: atropelamentos, colisões, quedas e acidentes com moto. Em seguida, dedicou-se uma discussão sobre as mortes por homicídios no ano de 2002. Os homicídios foram analisados sob três perspectivas: 1) a residente, que pode ter sofrido a agressão dentro ou fora de Vitória, 2) da vítima que sofreu a violência nos limites do município de Vitória, podendo ser residente ou não no município, e 3) da vítima que faleceu em algum estabelecimento de saúde de Vitória, podendo ou não ser residente no município e podendo ter sofrido a violência em Vitória ou outro município.

No capítulo 8 foi realizado um estudo de concordância para comparar o preenchimento da causa básica de óbito realizado pelo DML com as correções efetuadas

pela SEMUS, em cada um dos anos em estudo. Constataram-se baixos níveis de concordância nos três anos, fato atribuído aos elevados percentuais de DO classificadas pelo DML como acidentes não especificados e indeterminadas.

Os resultados das entrevistas realizadas com os legistas que tratou do preenchimento da DO sob a ótica dos legistas, foram discutidos no capítulo 9. Apresentou-se inicialmente o perfil do médico legista, a seguir a rotina e as condições de trabalho e o relacionamento interpessoal no DML e as críticas dos profissionais legistas quanto às fontes que geram as informações que os auxiliam no preenchimento da DO (ofício da polícia e o encaminhamento hospitalar), que foram descritos em dois sub-itens. Na seqüência um item foi dedicado a importância da causa básica de óbito na visão do médico legista, visto que ela é a matéria prima dos estudos epidemiológicos sobre mortes por causas externas. Em outro item os entrevistados falaram de seus receios com relação a um possível envolvimento legal ao atestar uma determinada causa de óbito e depois ter de responder em juízo, discutiram sobre a autonomia do legista com relação ao preenchimento da DO e apresentaram sugestões para suprir o que eles entenderam como entraves no dia a dia.

As conclusões no capítulo 10 apresentaram uma série de comentários sobre os aspectos mais relevantes no que diz respeito aos fatores que influenciam o preenchimento da DO, bem como várias sugestões para a melhoria da qualidade desse preenchimento.

2 – INTRODUÇÃO

Os óbitos por causas externas vêm ocupando desde os anos 80 importante destaque no perfil da mortalidade do país, configurando-se como um dos graves problemas de saúde pública na atualidade. Até o início da referida década as violências ocupavam o quarto lugar no quadro da mortalidade geral, sendo que o mais preocupante

é a evidência de que grupos jovens são os mais atingidos como vítimas e autores (Minayo e Souza, 1999).

Conforme os dados do Datasus, em 1980 as mortes por causas externas respondiam por quase 10% dos óbitos do país. É importante destacar que às causas mal definidas, correspondiam a 21,5% das mortes. Considerando apenas o grupo causas externas de mortalidade, os acidentes de transportes foram responsáveis por 28,3% dos óbitos, enquanto os homicídios representaram 19,8%.

No ano 2000, as causas externas aparecem como a terceira causa de óbito no país (12,5%), ficando atrás das neoplasias (12,7%) e das doenças do aparelho circulatório (27,5%). Destaque para os homicídios, visto que eles cresceram e passaram a representar 38,3% dos óbitos por causas externas, enquanto os acidentes de transportes se mantiveram em patamares elevados respondendo por 25% das mortes.

Os números têm mostrado que os eventos acidentais e violentos se mantêm entre as principais causas de morte há muitos anos, tendo o homicídio apresentado o maior crescimento no grupo. Isso indica um sério problema para o campo da saúde, visto que os indicadores epidemiológicos vêm demonstrando a magnitude e o impacto desse fenômeno multifacetado e multicausal, que atinge principalmente determinados grupos sociais, tanto nas regiões urbanas quanto nas áreas rurais do país (Souza et al., 1996). Portanto, o aumento da mortalidade e traumas decorrentes de causas violentas determinou a inclusão do tema violência na pauta da saúde desde o final dos anos 80, tanto no Brasil como na América Latina (Minayo, 1994).

Analisando-se os eventos violentos sob o contexto da mortalidade, que se configura como a extrema expressão da violência, embora não seja a única, o setor saúde dispõe da declaração de óbito (DO), como fonte de informação. Para todas as mortes suspeitas ou decorrentes de causas externas (não conseqüente a doenças), a DO deve ser sempre fornecida por perito legista após necropsia, conforme art. 262 do Código do Processo Penal (Mello Jorge et al., 2002). O preenchimento da causa básica do óbito, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a "doença que iniciou a sucessão de eventos que levou diretamente à morte" ou "as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal", deve estar de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), atualmente em sua décima revisão (CID

10), que vigora no Brasil desde 1996 em substituição à nona revisão (CID 9), que vigorou até 1995.

Os óbitos por causas externas referem-se àquelas mortes ditas não naturais. Elas estão classificadas no capítulo XX da CID 10, denominado Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade. Dessa forma os homicídios, acidentes e os suicídios são classificados nesse capítulo. Conforme Laurenti (1997) os agravos relativos ao capítulo XX estão dispostos sob as seguintes rubricas: acidentes de transportes (V01-V99), outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84), agressões (X85-Y09), eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36), complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84), seqüelas de causas externas de morbidade e mortalidade (Y85-Y89) e fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados em outra parte (Y90-Y98).

As informações que irão constituir o perfil epidemiológico da mortalidade são importantes para o conhecimento dos agravos que afetam as populações, refletindo suas condições de vida e saúde. Elas podem contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas (Drumond Jr. et al., 1999).

É neste contexto que se faz importante discutir a qualidade do preenchimento da principal fonte de informação sobre a mortalidade para o setor saúde, a declaração de óbito. A deficiência no preenchimento desse instrumento no tocante às causas externas é ressaltada por diversos autores. (Drumond Jr. et al., 1999; Njaine et al., 1997 e Simões & Reichenheim, 2001).

Pretende-se nesse estudo analisar o preenchimento das declarações de óbitos emitidas pelo Departamento Médico Legal (DML) de Vitória - ES, no período de 2000 a 2002. O referido departamento, que atende a toda a Região Metropolitana de Vitória, vem registrando índices alarmantes de mortalidade por causas externas, com ênfase nos homicídios. Entretanto, as declarações de óbitos preenchidas pelo DML apresentam, sob o ponto de vista epidemiológico, problemas de preenchimento, sobretudo no que se refere ao esclarecimento da causa básica do óbito.

Conforme os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/SEMUS, no ano 2000, 18,7% das mortes por causas externas não faziam referência à causa básica de óbito. Em 2001 e 2002 esses percentuais sobem para 20,7% e 23,2%, respectivamente.

Quando a causa básica não está totalmente ignorada, verificam-se outros problemas: 26,6% dos óbitos no ano 2000 faziam menção a algum tipo de acidente, sem, contudo, especificá-lo. Em 2001 esse percentual ficou em 16,6% e caiu para 15,1% em 2002. Além disso, constata-se inadequação também no preenchimento dos óbitos por homicídios: ao longo de 2000, em 10,3% deles não estava especificada a arma utilizada. Em 2001 e 2002, os percentuais ficaram em 6,0% e 6,8%, respectivamente. Considerando todos os óbitos por causas externas cuja causa básica estava ignorada, mais aqueles que não especificam o tipo de acidente e homicídio, os percentuais de óbitos com preenchimento inadequado ficam dispostos da seguinte maneira: 2000 (55,6%), 2001 (43,2%) e 2002 (45,2%), o que representam percentuais bastante elevados.

É fundamental que a causa básica de óbito esteja preenchida de forma adequada, pois as informações sobre os acidentes e violências são importantes para conhecer quem é vulnerável, em que medida e por que motivos, quando se pensa em termos de prevenção, além de ser um instrumento indispensável no monitoramento do comportamento e tendências dos eventos violentos, bem como para avaliar o impacto de intervenções e políticas voltadas para a redução desses (Mello Jorge et al., 2002).

Algumas questões são apontadas para explicar os referidos problemas no preenchimento da DO. O esclarecimento das circunstâncias do óbito para os institutos de medicina legal implica em determinar a causa jurídica da morte e isto só pode ser realizado após conclusão de inquérito policial (Njaine et al., 1997). Esse processo demanda tempo e não é concluído paralelamente ao preenchimento do óbito pelo legista. Portanto, a causa básica não é preenchida ou não é claramente explicitada na DO. Para o setor saúde, que precisa da informação da causa básica, para análise do ponto de vista epidemiológico, esse trâmite implica num entrave.

Um outro ponto alegado por alguns estudiosos refere-se ao constrangimento do legista em declarar um óbito como homicídio, por exemplo, e ter que depor em juízo (Souza, 2002). Com receio de que o preenchimento da causa básica possa trazer-lhe implicações legais, limita-se a apenas descrever a natureza das lesões (Mello Jorge et al., 1997).

As precárias condições de trabalho dos profissionais também são cogitadas como responsáveis pelo mau preenchimento da declaração de óbito que, às vezes têm de

realizar o exame necroscópico utilizando facas enferrujadas no lugar de bisturi, ou não têm as substâncias necessárias para realizar os exames toxicológicos (Souza, 2002).

A não compreensão, por parte daqueles que geram a informação, sobre a importância da mesma, pode contribuir para a inadequação do preenchimento do óbito. Nesse caso o profissional nem tem a consciência de que as informações por ele preenchidas são insuficientes ou mesmo que a tenha, não valoriza a informação que produz em sua rotina de trabalho. De um modo geral, percebe-se que, culturalmente, as instituições públicas não reservam o devido valor aos seus registros e não se utilizam deles no planejamento de suas ações e gestão. A informação de boa ou má qualidade acaba se tornando domínio apenas de especialistas, não estando disponível a todos. A essa ausência de percepção da informação como forma de garantir direitos a cidadania soma-se a noção do fenômeno violência, como sinônimo de criminalidade e de sujeitos violentos (Souza et al., 1996 e Njaine. et al., 1997), restringindo o fenômeno aos escritos codificados em nosso código penal.

Com relação ao DML de Vitória, tais hipóteses podem ajudar a compreender a inadequação no preenchimento das DO. O arquivo do DML é bem organizado e cada registro de óbito contém as informações da polícia e um boletim do hospital no qual a vítima foi socorrida. Tanto as informações que vêm da polícia, como as do boletim hospitalar, fornecem informações importantes acerca do evento violento. As questões que podem ser feitas são as seguintes: essas informações estão disponíveis aos legistas no momento de preenchimento do óbito? Se estiverem, o que explica o não repasse das mesmas para a DO? Seria receio de se comprometer? Ou seria desconhecimento da importância que aquela informação possui sob o ponto de vista epidemiológico? De qualquer forma, a secretaria de saúde poderia ter uma maior aproximação com o DML, não só no sentido de esclarecer os óbitos imprecisos, mas também um contato maior com os profissionais, esclarecendo para eles o sentido da informação e o mais importante, demonstrar como aquela informação gerada por eles é utilizada.

Portanto, pretende-se com esse estudo analisar a informação sobre causas externas, a partir do preenchimento das DO e também identificar quais as dificuldades que estão presentes e que impendem o seu adequado preenchimento.

3 – JUSTIFICATIVA

Desde a primeira metade dos anos 90, a cidade de Vitória figura entre as capitais brasileiras com as maiores taxas de homicídio. Em 1994 ocupava a primeira posição no ordenamento de óbitos por esse agravo (Mello Jorge et al., 1997). Dessa data até o ano 2000, as taxas continuaram muito altas na capital capixaba, conforme estudo de Waiselfisz (2002). Segundo informações do Datasus, a taxa de mortalidade por causas externas no município de Vitória era de 77,98 por 100.000 hab. em 1980 e de 98,53 em 2000. Enquanto isso, a taxa de mortalidade por homicídios passou de 9,15 por 100.000 hab. em 1980, para 54,39 em 2000, o que representa um acréscimo de quase 500%. Portanto, é de extrema relevância que se melhore a qualidade das informações sobre as mortes por causas externas, para que estudos futuros possam discorrer analiticamente sobre a dinâmica das mortes violentas, sobretudo os homicídios, em Vitória e nos municípios adjacentes.

Para acompanhar a evolução dos eventos violentos, a Prefeitura Municipal de Vitória criou, através do Decreto Municipal Nº 10.427, de 27 de setembro de 1999, o Grupo de Monitoramento e Avaliação de Mortes Por Causas Externas (GMAMCE) naquele município. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) é componente desse grupo, que ainda é composto pela Secretaria Municipal de Cidadania e Segurança Pública e a Secretaria Municipal de Trânsito. A SEMUS cabe a coleta das declarações de óbito, análise crítica dos dados, visitas aos arquivos do DML para recuperação de informações insuficientes, codificação e digitação dos dados no Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM).

Após quatro anos de criação, ainda não se analisou detalhadamente o ganho produzido pela recuperação de informações realizada pelo GMAMCE. No entanto estima-se que atualmente os eventos com intenção indeterminada respondam por cerca de 1% das mortes por causas externas no município de Vitória.

A carência de estudos na área da epidemiologia da violência em Vitória impõe a necessidade de aprofundamento das análises sobre a natureza das mortes por causas externas na capital capixaba, sobretudo os homicídios. É de fundamental importância conhecer quem são essas vítimas e os motivos desencadeadores dos eventos violentos.

No entanto essas questões só poderão ser respondidas por estudos analíticos, que certamente deverão respaldar-se em informações completas, corretas e fidedignas

provenientes da DO. Esse documento apresenta, por diversas razões já descritas, inadequações em seu preenchimento o que prejudica a realização de análises epidemiológicas. Faz-se necessário um estudo que quantifique essa inadequação, isto é, qual a proporção de causa básica ignorada ou com pouco detalhamento, mas também é importante que se identifique os fatores que dificultam o adequado preenchimento das DO, como já descrito anteriormente.

4 – MARCO TEÓRICO

O perfil da mortalidade no país sofreu grande mudança a partir dos anos 80. As causas externas de morbidade e mortalidade, também denominadas mortes violentas, passaram a ser a segunda causa de morte no país, sendo superada apenas pelas doenças cardiovasculares. Os acidentes de trânsito e os homicídios responderam pela maioria das mortes no referido grupo de causas (Njaine et al., 1997).

Muitos autores discutem a definição e as causas da violência, bem como as possíveis razões para o seu crescimento. Lima et al., (2002) ao citarem Minayo e Souza (1994), afirmam que a violência é um fenômeno social que se origina de processos macrossociais, que possui características subjetivas individuais da vítima e do agressor que se articulam e interagem de forma dinâmica. Bicudo (1994) aponta como razões para o aumento da violência as profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais ocorridas na sociedade brasileira nas décadas de 60 a 80, num contexto de corrupção e autoritarismo por parte do Estado e marginalização de grande parcela da população. Ao estudarem os óbitos por homicídios na cidade de Salvador, Macedo et al., (2001) procuram analisar a relação entre pobreza e violência. Os autores partem da hipótese de que pobreza não gera, necessariamente, violência, e que os bairros populares e as favelas não devem ser estigmatizados como espaços violentos. No entanto, os achados demonstram uma correlação entre níveis de renda e taxas de homicídios, portanto as análises precisam ser relativizadas, conforme resultados apresentados pela bibliografia.

Para Dellasopa et al. (1999), os indicadores de violência no Brasil aumentaram nos anos 80, a chamada “década perdida”, caracterizada por estagnação econômica e aumento da desigualdade social. Souza e Minayo (1999) discutem as razões para o crescimento das mortes por causas externas, associando também o aprofundamento da violência à estagnação da economia no Brasil na década de 80, enfatizando, sobretudo a chamada violência estrutural, aquela que priva o indivíduo de plena cidadania. Paralelamente a esse fato, a crescente ação do narcotráfico, principalmente nos centros urbanos, que “recruta” jovens sem perspectivas de emprego ou educação, para atuarem no tráfico de drogas. Estudo de Zaluar et al. (1994), demonstra que entre os estados brasileiros que registraram as menores taxas de mortalidade por causas violentas em 1989, estavam aqueles considerados mais pobres do país, como Bahia, Piauí, Rio

Grande do Norte, Maranhão, Pará, Ceará e Paraíba. No Rio de Janeiro, um dos estados com as maiores taxas de mortalidade por causas externas segundo o estudo, apresentou um aumento na proporção de pobres a partir de 1988, quando os números dos homicídios já haviam duplicado.

Souza (1991) discorre sobre as bases teóricas da violência, destacando o chamado grupo biologicista e psicologicista, que explicam a agressividade como instintiva, própria da natureza humana. A grande crítica que se faz a essa hipótese é o fato de reduzir o fenômeno a uma questão de conduta individual, sem contemplar o contexto social dos indivíduos.

Outra explicação decorreria dos movimentos de acelerada industrialização e urbanização, provocando efeitos disruptivos e mudança social. Grandes processos migratórios, decorrentes da industrialização, fizeram com que as populações ocupassem as periferias dos centros urbanos, sob condições de pobreza, desorganização social e exposição a novos comportamentos, valores e desejos de consumo, sem, contudo terem a condição de realizá-los. A crítica que se faz a essa concepção é a de que a responsabilidade pela violência é atribuída ao urbano, à favela e à periferia.

Prosseguindo a análise, a autora observa o processo de conduta violenta como estratégia desenvolvida pelas camadas populares para se proteger das contradições do capitalismo. Essa teoria limita-se a explicar o fenômeno como decorrente apenas dos problemas econômicos, sem considerar aspectos sócio - culturais que são anteriores ao surgimento do capitalismo.

Uma última teoria abordada pela autora explica a violência reduzida à delinqüência, decorrente da falta de autoridade do estado de exercer o seu papel repressor através dos aparatos jurídicos e policiais. O Estado como um ente que visa unicamente o bem estar social, é visto como árbitro neutro, desvinculado do conflito de classes. Essa teoria omite o fato de que a violência desempenha um importante papel como instrumento de dominação política e econômica das classes dominantes.

As teorias acima elencadas, embora objetos de muitas críticas, apresentam a sua parcela de verdade. No entanto, não se pode entender um fenômeno com múltiplas causas e várias faces, reduzindo-o a determinada explicação ou a um determinado período histórico, visto que é uma expressão presente em toda a história da espécie humana e que ocorre no âmbito das relações sociais (Souza, 1991).

Portanto, a violência apresenta várias faces, sendo que a mais contundente é expressa sob a forma da morte (Waiselfisz, 2002). Esse autor apresenta o perfil da mortalidade por causas externas no Brasil ao longo da década de noventa, com destaque para o crescimento dos homicídios. Outros autores como Mello Jorge et al.(1997) e Souza (1994) também discorrem sobre o assunto.

Nesse contexto de crescente ocorrência dos eventos violentos, tanto do ponto de vista da morbidade, quanto da mortalidade, a informação desempenha um papel fundamental. A sua precisão pode contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas nas várias áreas relacionadas ao fenômeno (Drumond Jr. et al., 1999). A informação sobre violência no campo da saúde apresenta alguns problemas, que serão discutidos posteriormente. Antes se faz necessário uma breve análise sobre alguns conceitos da ciência da informação.

A ciência da informação, ciência de caráter interdisciplinar, tem por objeto o estudo das propriedades gerais da informação (natureza, gênese e efeitos). Assim, em pesquisas que abordam o tema da informação, a ciência da informação contribui com estudos das necessidades informacionais, processos de interação, sistemas de informação e estudo do uso da informação (Silveira, 2003). A informação, conforme Borges (2000), sempre foi o insumo básico do desenvolvimento e o homem ao criar a escrita, permitiu a transmissão e armazenagem da informação. Segundo Souza (2002) a informação é tratada como objeto científico a partir dos anos 60, mediante ao acúmulo e conseqüente necessidade de armazenamento da produção literária, a criação da tecnologia computacional e o desenvolvimento da Teoria Geral do Sistema. Esses fatores conjugados proporcionaram a constituição da chamada sociedade da informação, expressão que, na visão de Werthein (2000), passou a ser utilizada nos últimos anos do século XX em substituição ao conceito de sociedade industrial e como forma de transmitir especificamente o “novo paradigma técnico-econômico”. Nesse contexto a informação é um bem, que agrega valor. Tornou-se um recurso estratégico, cujo acesso e disseminação traz em seu bojo uma dicotomia: a informação pode tanto ser fator de dominação quanto de emancipação (Carvalho e Kaniski, 2000).

No que concerne ao tema acidentes e violência, as principais fontes oficiais de informações são: o Boletim de Ocorrência da Polícia - BO; o Boletim do Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes - DNIT, a Comunicação de Acidentes de

Trabalho - CAT; o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS; o Sistema de Informações Sobre Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/MS; o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – Sinitox (Souza, 2002). Essas fontes são emitidas por instituições (Polícia, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Institutos de Medicina) que apresentam atribuições, objetivos e funções sociais distintas e suas atividades envolvem níveis de complexidade diferenciados, que exigem conhecimento e técnicas específicas. As suas estruturas são fortemente burocratizadas e caracterizadas por uma rotina anacrônica e autoritária, em que a tarefa de informar é deslocada de sua função social, perdendo, portanto a sua importância. As informações sobre os eventos violentos acabam sendo pouco esclarecedoras, demonstrando a precariedade no preenchimento das fontes, além de que, as informações de diferentes fontes sobre um mesmo evento, nunca coincidirem (Njaine et al., 1997).

As instituições não valorizam os registros que produzem e os profissionais responsáveis pelo preenchimento das fontes de informação acabam por desprezar essa tarefa, por considerá-la desnecessária ou como “mais um papel para preencher” e também por desconhecer a importância e utilidade daquela informação, pois nunca lhe foi retornado o que foi feito com aquele dado por ele fornecido. Conforme Njaine e Souza (2003), no campo da saúde a atuação do responsável pelo pela geração do dado sobre violência é, muitas vezes, desprovida de significado. Há uma desqualificação do preenchimento dos formulários que geram a informação por parte do profissional, sobretudo o médico. Considera essa atividade a menos importante dentre todas que tem que exercer. Isso ocorre em decorrência da cultura de desvalorização do registro e porque não é dado ao profissional responsável pelo mesmo um retorno em termos de ações e medidas desencadeadas a partir da informação que foi gerada.

Por se tratar de um fenômeno multifacetado e multicausal, a violência é objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento e as estratégias para seu enfrentamento devem ser elaboradas e implementadas a partir de ações conjuntas, que envolva as instituições públicas que se ocupam do tema, tais como os serviços de saúde, as polícias, batalhões de trânsito, bem como amplos setores da sociedade, isto é, a importância da noção de se trabalhar em rede, na qual secretarias de saúde e as polícias estejam afinadas, permutem informações. Em âmbito nacional, urge a necessidade de os

Ministérios da Justiça e Saúde desenvolverem ações conjuntas na prevenção a violência (Souza et al., 1996).

No setor saúde existem de dois grandes sistemas de informações, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), que fornecem informações sobre a mortalidade e todos os agravos à saúde, inclusive os que se referem à causa externas.

O SIH/SUS é um sistema de remuneração fixa dos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar, baseado em valores médios globais atribuídos mediante tabela fixada pelo Ministério da Saúde. O documento que alimenta o sistema é o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Sempre que um paciente é internado nas unidades da rede de serviço do SUS ou a ele conveniada, a AIH é preenchida e os dados nela constantes são a base de informação sobre a morbidade no país (Souza, 2002). Objetivando melhorar a qualidade dos dados, o Ministério da Saúde assinou a Portaria nº 142, de 13 de novembro de 1997, obrigando os médicos a registrarem nos prontuários o tipo de causa externa geradora da lesão que ocasionou a internação. Surpreendentemente, a partir do ano de 1998, nenhum hospital deixou de registrar aquela informação (CLAVES, 2001).

Uma das maiores críticas que se faz ao SIH/SUS é a sua vulnerabilidade a fraudes. Como foi concebido como mecanismo de pagamento por procedimentos médicos realizados, pode ocorrer a inclusão na AIH de atos médicos mais caros do que aqueles realmente realizados, ou mesmo de atos médicos que não foram realizados. As unidades de saúde, por sua vez, reclamam que recebem valores menores do que os praticados no mercado privado, além de receberem com atraso. Com relação às informações sobre os acidentes e violências, a crítica que se faz é quanto ao preenchimento da AIH. O não preenchimento da causa externa que originou a lesão ou ferimento responsável pela internação, dificulta as ações de prevenção de acidentes e violências, bem como o planejamento dos hospitais para o atendimento a essas vítimas (Souza, 2002).

Com relação à mortalidade, o SIM/MS é o banco que disponibiliza as informações necessárias para o setor saúde realizar análises epidemiológicas. Criado em 1975 pelo Ministério da Saúde, cobre atualmente 80% do território nacional e permite a

realização de estudos comparativos entre as diferentes regiões do país. A alimentação do SIM/MS é feita através da DO. Trata-se de um documento padronizado que só pode ser preenchido por um médico e que contém informações acerca da vítima, tais como, sexo, idade, residência, escolaridade, estado civil, etc, e informações relativas ao óbito, tais como a causa da morte e o local de ocorrência do óbito. Através da DO os familiares da vítima procedem ao registro do óbito em cartório. Após o registro os familiares recebem a certidão de óbito, documento essencial para realizar o sepultamento da vítima, conforme a Lei nº 015, de 31/12/73, com alterações introduzidas pela Lei nº 6216, de 30/06/75 (Waiselfisz, 2002). A DO, então, permanece no cartório até o seu recolhimento realizado pela secretaria municipal de saúde. No tocante as mortes por causas externas, a DO deve ser preenchida por um médico legista, após atestar o óbito mediante realização da autópsia (Laurenti, 1997).

Existem alguns problemas que interferem na eficiência do SIM/MS. A precariedade na assistência médica, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e interior de certos estados, tem sido responsável pelo sub registro de mortes. As pessoas que falecem são enterradas em cemitérios clandestinos sem o devido registro. A consolidação e disponibilização dos dados pelo Ministério da Saúde sempre são realizadas com atraso mínimo de dois anos, o que implica em realização de análises e estudos epidemiológicos temporalmente defasados. Com relação às mortes por causas externas o principal agravante diz respeito ao preenchimento inadequado da causa básica de óbito na DO. Como já referido várias são as hipóteses para explicar o fato: receio do legista em se comprometer judicialmente, caso preencha uma determinada causa de morte antes da conclusão do inquérito policial; as precárias condições de trabalho nos institutos de medicina legal; o percurso realizado pela informação (delegacia, IML) até chegar à secretaria de saúde, estando sujeita a crenças e valores subjetivos (Souza, 2002).

Njaine et al. (1997), descrevem os problemas identificados quanto ao preenchimento dos óbitos, tanto sob a perspectiva da natureza do evento violento como da análise do local de ocorrência do fato. Ao analisarem 5095 declarações de óbitos por causas externas na faixa etária de 0 a 19 anos no município do Rio de Janeiro em 1993 detectaram que em 53,2% não constava a informação sobre o tipo da violência. Compararam ainda os dados preenchidos pelo Instituto Médico Legal (IML) com os

boletins policiais, encontrando resultados conflitantes. Por fim, deixam um questionamento: se o boletim de ocorrência policial compõe o laudo que segue junto com o corpo para o IML, por que o médico legista não preenche corretamente a DO?

Drumond Jr. et al. (1999), também discutem as razões pelas quais o médico legista não repassa as informações para a DO. Os autores atentam para o fato de que o preenchimento da DO referente a causas externas deveria ser uma atividade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) junto aos serviços de medicina legal. De fato um melhor monitoramento do SIM deveria realizar esse acompanhamento e a busca ativa dos óbitos com preenchimento insuficiente. Algumas secretarias de saúde do país já estão efetivando tais atividades, visando melhorar a informação sobre mortalidade por causas externas, porém, isso não muda o fato de que essa responsabilidade é dos serviços de medicina legal (Simões & Reichenheim, 2001).

Esses últimos autores também abordam o não repasse das informações para a DO, sendo que após a busca ativa no IML, a maior parte dessas informações é encontrada nos arquivos da referida instituição. Os autores destacam um exemplo interessante referente à pesquisa que realizaram sobre a mortalidade de jovens no município de Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro: se fossem consideradas apenas as informações contidas na DO preenchida pelo IML, nenhuma vítima de acidente de trânsito teria sido identificada. Após busca ativa, encontrou-se 15 óbitos por essas causas.

Essa deficiência no preenchimento da causa básica de óbito por causa externa precisa ser suprida, visto que prejudica o estudo das mortes por acidentes e violências. Somente conhecendo a ocorrência/distribuição de cada um desses eventos é que será possível promover as ações para preveni-los. (Mello Jorge et al., 1997).

5 – OBJETIVOS

5.1- Objetivo Geral

Efetuar análise das informações de mortalidade por causas externas ocorridas em Vitória, no período de 2000 a 2002.

5.2- Objetivo Específicos

- Levantar os dados informados nas declarações de óbito por causas externas entre 2000 e 2002;
- Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por homicídios ocorridos em Vitória no ano de 2002;
- Analisar os ganhos alcançados com as correções realizadas no DML;
- Realizar análise de concordância no preenchimento da causa básica de óbito entre DML e SEMUS.
- Identificar percepções, sentimentos, motivações e importância dada pelos profissionais ao preenchimento da declaração de óbito por causa externa.

6– METODOLOGIA

6.1– Desenho do Estudo

Este estudo pretende unir, mediante metodologia interdisciplinar, conhecimento epidemiológico e os saberes das ciências sociais, objetivando maior entendimento sobre o objeto investigado. Portanto, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo de dados secundários e uma análise de concordância para a abordagem quantitativa e para a abordagem qualitativa realizou-se um estudo de caso.

6.2 – Abordagem Quantitativa

6.2.1 - Fonte dos Dados

Foram analisados os dados das DO oriundos da SEMUS, entre os anos de 2000 e 2002. As populações de Vitória para os cálculos da taxa foram coletadas no site do Datasus: 292.304 (2000), 296.010 (2001) e 299.358 (2002).

6.2.2 – Coleta dos Dados

Foram coletados dados de 1407 declarações de óbitos por causas externas no município de Vitória, distribuídos ao longo dos anos da seguinte maneira: 455 (2000), 470 (2001) e 482 (2002). Os dados foram transcritos das declarações de óbito para uma planilha elaborada com esse fim. Essa planilha continha dados da vítima (sexo, idade, cor, ocupação, escolaridade, data de nascimento, estado civil, naturalidade e residência), dados sobre o evento violento (local de ocorrência do evento violento, local de ocorrência do óbito, data do óbito, causa básica do óbito antes e depois da correção realizada no DML).

6.2.3 – Análise dos Dados

Após a transcrição em planilha específica, os dados foram exportados para o programa epi info, versão 6.04, que permitiu a realização de toda a análise bivariada.

A partir daí foi possível quantificar o percentual de DO com causa básica de óbito não esclarecida, bem como analisar se as correções realizadas, mediante consulta

aos arquivos do DML, trouxeram ganhos efetivos no esclarecimento das causas básicas de óbito.

Para uma análise sobre o impacto das mortes por causas externas no município de Vitória, foram analisados os óbitos por homicídios ocorridos na cidade. Calcularam-se as frequências simples por sexo, faixa etária, raça/cor, naturalidade e estado civil. Foram identificados os locais de ocorrência do óbito, se em via pública ou hospital, bem como o município de ocorrência do evento violento e o município de procedência da vítima. O ano escolhido foi o de 2002 por ser esse o ano mais recente da série em estudo. O homicídio foi o agravo selecionado pelo fato de responder por 49% dos óbitos por causas externas.

Por fim, realizou-se um estudo de concordância entre duas fontes através do índice de Kappa. O preenchimento da causa básica de óbito realizado pelo DML foi comparado ao preenchimento realizado pela SEMUS após correção. O índice de Kappa foi calculado para os três anos em estudo pela seguinte fórmula, conforme Lopes e Pita (1999):

$$K = \frac{n \sum_{i=1}^k n_{ii} - \sum_{i=1}^k (n_{i.} n_{.i})}{n^2 - \sum_{i=1}^k (n_{i.} n_{.i})}$$

Onde:

k= índice de Kappa

$$\frac{\sum_{i=1}^k n_{ii}}{n}$$

= é a concordância observada numa tabela k x k

$$\frac{\sum_{i=1}^k (n_{i,i})}{n^2} = \text{é a concordância esperada por puro acaso}$$

Nos três anos estudados os cálculos do índice de Kappa foram os seguintes:

Em 2000

$$K = \frac{(455) \times (252) - (43260)}{(455)^2 - (43260)} = 0,44$$

Em 2001

$$K = \frac{(470) \times (292) - (53951)}{(470)^2 - (53951)} = 0,50$$

Em 2002

$$K = \frac{(482) \times (289) - (49331)}{(482)^2 - (49331)} = 0,49$$

As correções realizadas pela SEMUS, através do GMAMCE, foram feitas com consultas mensais ao arquivo do DML, onde a pasta contendo a documentação relativa a uma vítima específica era localizada mediante um registro geral, gerado pelo DML e constante na DO da vítima. Nessa pasta os técnicos do GMAMCE tinham acesso aos seguintes documentos: ofício da polícia, que se trata de um documento emitido pelo delegado de polícia e acompanha todo cadáver encaminhado ao DML, devendo conter informações relativas à vítima e ao evento violento; encaminhamento hospitalar, que sempre acompanha o cadáver proveniente dos hospitais e informa sobre o histórico clínico da vítima, desde a sua entrada no hospital até o óbito; e laudo cadavérico, que descreve os achados do médico legista após realização do exame cadavérico. Os

técnicos levavam as cópias das DO originais e toda a informação recuperada era transcrita nessa cópia à caneta, para facilitar a diferenciação entre as informações que já estavam presentes (preenchimento do DML) e as da SEMUS (informações recuperadas).

Além das consultas ao arquivo do DML, a coleta diária de notícias publicadas nas páginas policiais dos dois principais jornais de Vitória, foi utilizada como fonte secundária. As reportagens policiais, publicadas nesses jornais, relativas a homicídios, tentativas de homicídios, mortos e feridos em acidentes de trânsito, mortos e feridos em outros tipos de acidentes, suicídios e tentativas de suicídios, eram transcritas para uma planilha específica que depois seria confrontada com a DO quando do encaminhamento dessa a SEMUS. Uma planilha continha dados relativos às vítimas fatais e a outra, nos mesmos moldes, os dados das vítimas não fatais. Os técnicos do GMAMCE julgaram importante também transcrever os dados das vítimas não fatais, pois caso viessem a falecer posteriormente em algum hospital. O GMAMCE teria à disposição as informações para confrontar com a DO. Por fim as reportagens policiais eram recortadas, coladas em uma folha, identificadas pela data e arquivadas.

Para comparar o preenchimento da causa básica realizado pelo DML e a correção efetuada pela SEMUS, foram analisadas todas as 1407 cópias das DO arquivadas. Para isso bastou verificar como estava o preenchimento original efetuado pelo DML e o novo preenchimento, com informações adicionais escritas a caneta, realizado pela SEMUS. As causas externas, com os códigos específicos da CID 10, foram divididas nas seguintes categorias: (h) homicídio (X 85 – Y 09), (s) suicídio (X 60 - X 84), (c) colisão (V 40 – V 89), (atr) atropelamento (V01 – V 19), (am) acidente com moto (V 20 – V 29), (q) queda (W 00 – W 19), (af) afogamento (W 66 – W 74), (at) acidente de trabalho e (oa) outros acidentes (W 20 – W 99, X 00 – X 58 e Y 40 – Y 84), (ane) acidente não especificado (V 99 e X 59) e (ind) indeterminado (Y 10 – Y 34).

A inclusão das categorias homicídios, suicídios e acidentes de trânsito justificase, pois juntas foram as mais representativas em termos de frequência. Os acidentes de trânsito foram subdivididos em colisões, atropelamentos e acidentes com moto, por apresentarem características diferenciadas, requerendo, portanto análises em separado. Os acidentes com moto, embora não tenham sido tão representativos no município de

Vitória, mereceu destaque em decorrência de seu nível de gravidade. As quedas apresentaram-se relevantes, entre todos os acidentes, excluindo-se os de trânsito. Os afogamentos e acidentes de trabalho, apesar de apresentarem baixas frequências, foram incluídos pelo fato de Vitória ser uma cidade litorânea e, portanto, sujeita a ocorrência de afogamentos e no caso dos acidentes de trabalho, sabe-se que há problemas de subnotificação das informações, o que faz supor que eles possam ocorrer com maior frequência. Os outros acidentes englobam os choques elétricos, soterramentos e envenenamentos, com baixíssimas frequências (menos de 1%). Por fim, os acidentes não especificados e os eventos de intenção indeterminada são objetos de pesquisa do presente estudo.

6.3 – Abordagem Qualitativa

6.3.1 – Fonte de Dados

Procedeu-se a realização de um estudo de caso envolvendo profissionais legistas que são responsáveis, dentre tantas outras tarefas, a de preencher a DO, utilizando como recurso à técnica de entrevista visando aprofundar a compreensão do objeto investigado.

Foram entrevistados profissionais legistas do DML de Vitória, que é o único da cidade, sendo que existem ainda dois outros Serviços de Medicina Legal no interior do Espírito Santos, localizados nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim e Linhares. Essa parte do estudo fez-se necessário porquê foi através dela que se pode desvendar questões que influenciam o preenchimento adequado ou inadequado da DO. Trata-se de questões que não podem ser mensuradas como se faz em pesquisas quantitativas, isto é, não podem ser jogados em fórmulas matemáticas ou pacotes estatísticos. O que se pretendeu aqui foi identificar uma visão de dentro do grupo pesquisado e que pudesse fornecer elementos que propiciassem melhor entendimento do contexto onde o fenômeno ocorre (Vítora et al., 2000).

6.3.2 – Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de 7 entrevistas semi – estruturadas com os profissionais responsáveis pela realização da necropsia e preenchimento da DO. Esses profissionais trabalham em regime de plantões, geralmente

caracterizados por intenso trabalho, o que dificultaria a adoção de outras técnicas, tais como grupo focal, elaboração de desenhos ou rede de relações. Por ser uma das técnicas mais comuns, a entrevista também visa facilitar a adesão dos informantes, visto que técnicas não muito convencionais poderiam parecer estranhas ao grupo pesquisado. Além disso, a entrevista é uma das técnicas mais usadas em trabalho de campo, pois permite ao pesquisador obter dados objetivos, que se poderia obter por outras fontes, tais como censos, registros civis, etc, e dados subjetivos, que só podem se obtidos com a participação dos atores sociais envolvidos (Minayo, 1992).

Com o objetivo de coletar informações tanto entre os legistas que realizam um preenchimento adequado, quanto entre aqueles cujo preenchimento não atende os requisitos epidemiológicos, identificou-se entre os profissionais entrevistados, quatro que eram responsáveis pelo preenchimento de aproximadamente 37% das DO classificadas como eventos de intenção indeterminada e três, que preencheram quase 6% das DO classificadas dessa maneira.

Em pesquisas qualitativas a definição do tamanho da amostra difere dos métodos adotados em pesquisas quantitativas. Enquanto nessas últimas a amostra é definida por métodos estatísticos e os resultados generalizados para a população, naquelas pretende-se extrair impressões, opiniões, sentimentos do grupo entrevistado. Em abordagens qualitativas a amostra deve ter um tamanho tal que, a partir desse número, não se consegue extrair mais informações que acrescentem elementos novos à pesquisa (Víctora et al., 2000).

As entrevistas foram do tipo semi-estruturada e obedeceram a um roteiro de questões. Para testar a eficácia do roteiro, foi feito um pré-teste de uma entrevista, que determinou a realização de uma pequena substituição de em termo na questão 7. No lugar de “boletim de ocorrência” escreveu-se a termo correto, “ofício da polícia”. A entrevista pré-teste foi mantida como parte da pesquisa.

6.3.2.1 – Roteiro de Entrevistas

O roteiro de entrevista (Anexo II) é um instrumento que visa orientar a conversa com o informante. Deve estar conectado com o objeto que se está pesquisando; permitir aprofundar e ampliar a discussão com o entrevistado e contribuir para que a visão e os

juízos a respeito do objeto, sob o ponto de vista dos interlocutores, possa emergir (Minayo, 1992).

Para esse estudo, o roteiro de entrevistas constou de 14 questões que contemplaram as condições de trabalho e a rotina dos profissionais legistas. Além disso, buscou identificar qual a importância dada por eles às informações que geram ao preencher a DO; investigar se existe algum receio por parte deles em se comprometer legalmente, caso preencham determinada causa básica de óbito antes que se conclua o inquérito policial; averiguar se têm algum apoio institucional, caso haja envolvimento legal. Enfim, as questões que fizeram parte do roteiro de entrevistas, tinham como objetivo identificar o que influencia o esclarecimento e o preenchimento da causa básica de óbito, em se tratando de uma causa externa.

Todos os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como dos riscos e das vantagens da mesma e assinaram um termo de consentimento (Anexo I) concordando em participar do estudo, conforme resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas duraram em média 40 minutos. Seis foram gravadas e transcritas posteriormente e apenas 1 entrevistado não permitiu a gravação e o seu relato foi anotado no momento da aplicação da entrevista.

6.3.3 – Análise dos Dados

Minayo (1992) ao discutir a análise de dados em pesquisa qualitativa, alerta para o perigo de se incorrer no que se denomina “compreensão espontânea”, isto é, como se o real se mostrasse de forma nítida ao observador. Observa que se deve ter cuidado para não sucumbir à magia dos métodos e das técnicas e esquecer-se do essencial, ou seja, a fidedignidade às significações contidas no material coletado. Por fim, destaca a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos abstratos com os dados coletados nas entrevistas. Para superação dessas dificuldades no tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, a autora refere-se à expressão “análise de conteúdo”, que “faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”. Visa obter indicadores, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam realizar inferências acerca do grupo pesquisado. Segundo a autora foram desenvolvidas várias técnicas para compreensão dos significados

presentes no material qualitativo. Um deles seria mais adequado às pesquisas qualitativas na área da saúde, a “análise temática”.

A idéia de tema está relacionada a um determinado assunto, Essa idéia comporta um leque de relações, podendo ser demonstrada por palavras, frases e resumos. A análise temática implica em desvendar núcleos de sentido presentes em uma comunicação, cuja presença ou frequência podem representar algo para o objetivo analítico visado (Minayo, 1992).

O roteiro de questões foi elaborado de forma que contemplou três temas: 1) O perfil do profissional, sua rotina e as condições de trabalho no DML. 2) A questão do preenchimento da DO e as fontes de informação para auxiliar o legista nessa tarefa. 3) Qual o entendimento que o profissional legista tem sobre as informações que fornece e suas sugestões para melhorar a qualidade do preenchimento da DO. Após transcrição de todas as entrevistas, buscou-se identificar as “falas” mais comuns ou frequentes no interior de cada tema e mesmo aquelas que não se fizeram presentes em todas as entrevistas, também foram analisadas, visto que podiam ter influencia sobre a qualidade do preenchimento da DO.

7 – RESULTADOS

7.1 – Breve Panorama da Mortalidade por Causas Externas em Vitória

Conforme informações do Datasus, as causas externas já ocupavam lugar de destaque no perfil da mortalidade do município de Vitória desde o início da década de 80. Em 1980 elas eram, juntamente com as neoplasias, a segunda causa de óbito no município, respondendo cada uma por 12,46% das mortes enquanto 36,15% delas correspondiam às doenças do aparelho circulatório, a principal causa de óbito naquele ano. Em 2002, a participação das causas externas subiu para 17,76%, posicionando-se como a terceira causa de morte na cidade. As doenças do aparelho circulatório (29,39%) e as neoplasias (18,24%), foram, respectivamente, a primeira e a segunda causas de óbito. No Brasil, as causas externas foram responsáveis por 9,35% dos óbitos em 1980 e 12,88% em 2002, ocupando nesse último ano a terceira posição no perfil da mortalidade do país.

A taxa de mortalidade por causas externas no município de Vitória passou de 77,98 óbitos por 100.000 habitantes em 1980 para 98,88 em 2002, representando um acréscimo de 26,80%. No ano de 1980 a maior taxa entre as capitais brasileiras foi verificada em Aracaju (99,96 por 100.000 hab.) e a menor em Macapá (40,74 por 100.000 hab.). A capital capixaba ficou na décima posição. Já em 2002, Vitória ocupava a sétima posição. As capitais que ficaram a frente, apresentaram as seguintes taxas por 100.000 hab: Porto Velho (144,89), Boa Vista (115,60), Rio Branco (104,21), Recife (104,20), Macapá (101,44) e Rio de Janeiro (100,69). A capital que apresentou a menor taxa de mortalidade por agravos externos foi Belém, com 52,62 óbitos por 100.000 hab. Estudo realizado por Souza et al. (2003), demonstra que as taxas de mortalidade por causas externas na maioria das capitais brasileiras apresentaram quedas entre 1980 e

1998, exceto Recife, Vitória e São Paulo. Em Vitória o crescimento registrado no período foi de 22%.

Em 1980 os acidentes de trânsito representaram 37,65% de todas as mortes por causas externas ocorridas em Vitória, enquanto os afogamentos acidentais e os homicídios responderam cada um por 11,73% desses óbitos. No Brasil o ordenamento dos sub grupos de causas externas específicas apresentou-se da seguinte forma: acidentes de trânsito (28,27%), homicídios (19,81%) e afogamentos (7%). Se em 1980 os acidentes de trânsito apresentavam as maiores participações tanto no Brasil quanto em Vitória, em 2002 esse quadro se altera drasticamente, graças ao grande crescimento do número de homicídios. Em Vitória esse agravo correspondeu a 58,11% dos óbitos por causas externas, isto é, a cada dez óbitos por causas externas, quase seis são por homicídio. No Brasil esse percentual ficou em 39,27%. Verificou-se uma redução na participação do acidente de trânsito, embora continue representativo: Vitória (18,92%) e Brasil (26,30%).

Os grupos mais afetados pelas causas externas foram os homens e os jovens e adultos jovens. No município de Vitória em 1980, 83,95% das vítimas eram do sexo masculino e em 2002 esse percentual foi de 82,43%. No país os números são bem parecidos: 79,56% (1980) e 84,32% (2002). Com relação aos grupos etários, a maior parte das vítimas tinha entre 15 e 34 anos: 49,38% em Vitória e 45,29% no Brasil em 1980 e 58,78% e 50,13% em 2002, respectivamente para Vitória e Brasil.

7.2 – Análise da Qualidade da Informação: o Preenchimento da Causa básica do Óbito.

Como visto anteriormente, a causa básica do óbito é definida pela OMS como a "doença que iniciou a sucessão de eventos que levou diretamente à morte" ou "as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (Mello Jorge et al., 2002). Portanto, quando se tratar de morte por causa externa é fundamental que o preenchimento da DO não contemple apenas a natureza da lesão (traumatismo, hemorragia), mas também a causa básica que gerou essas lesões (queda, atropelamento, homicídio)".

A ausência dessa informação na DO determina que os eventos violentos sejam classificados como indeterminados o que impossibilita conhecer o perfil epidemiológico

da mortalidade por causas externas. No Brasil, aproximadamente 10% dos óbitos decorrentes de acidentes e violências estavam classificados como eventos de intenção indeterminada, conforme dados da Datasus em 2002. Quatro capitais brasileiras apresentaram percentuais acima da média nacional: Salvador (45,81%), Natal (37,53%), São Paulo (18,92%) e Rio de Janeiro (10,12%). Um segundo grupo foi composto por capitais que apresentaram percentuais abaixo da média nacional, tais como Porto Alegre (7,44%), Boa Vista (7,26%), São Luís (7,11%), Curitiba (6,76%), Belo Horizonte (6,67%), Recife (6,62%) e um terceiro grupo foi composto por capitais com percentuais abaixo de 1%, tais como Macapá (0,96%), Manaus (0,75%), Vitória (0,68%), Brasília (0,32%). Duas capitais Maceió e Rio Branco, não apresentaram óbitos classificados como indeterminados.

7.3 – Classificação da Causa Básica do Óbito, Antes e Após as Correções

Através do trabalho de correção realizado pelo GMAMCE, foi possível identificar o total de DO preenchidas sem o esclarecimento sobre a causa básica do óbito. Dos 1407 óbitos ocorridos em Vitória entre 2000 e 2002, 272 (19,33%) estavam classificados como acidentes não especificados e 294 (20,89%) como eventos de intenção indeterminada, conforme demonstrado na tabela 1. Analisando cada ano separadamente, o percentual de óbitos classificados como acidentes não especificados apresenta uma queda considerável, já que em 2000 eles representavam 26,59% (121 óbitos), caindo para 16,59% (78 óbitos) e 15,14% (73 óbitos) em 2001 e 2002, respectivamente. Com relação aos óbitos classificados como eventos de intenção indeterminada, os percentuais apresentaram-se de forma ascendente. Em 2000 correspondiam a 18,68% (85 óbitos), subindo para 20,64% (97 óbitos) em 2001 e 23,24% (112 óbitos) em 2002.

O agravo que apresentou a maior frequência foi o homicídio, tanto antes quanto depois da correção efetuada no DML. Analisando os três anos da série, os homicídios corresponderam a 40,65% (572 óbitos) do total das mortes antes da correção. Após a correção, a sua participação subiu para 48,97% (689 óbitos). Os atropelamentos aumentaram a sua participação em 10 pontos percentuais, ao passar de 6,18% (87 óbitos) das mortes antes da correção, para 16,27% (229 óbitos). Por outro lado os

acidentes não especificados e os eventos de intenção indeterminada sofrem uma redução drástica. Os acidentes não especificados, que correspondiam a 19,33% antes da correção, caíram para 0,50% e os eventos de intenção indeterminada de 20,89% para 0,71%, o que demonstra a importância das correções efetuadas no DML.

Observa-se que as quedas tiveram o maior incremento após as correções no DML em todos os anos. Esse aumento foi de 600% em 2000. Em 2001 e 2002, os acréscimos foram menores, mas sempre superiores aos outros agravos, sendo respectivamente de 336,36% e 183,33%.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por causas externas ocorridos em Vitória, segundo correção efetuada no DML, 2000 – 2002.

CAUSA BÁSICA DO ÓBITO	2000		2001		2002		TOTAL	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Homicídios	183	214	206	239	183	236	572	689
Suicídios	07	19	08	20	07	21	22	60
Colisões	21	48	24	42	35	46	80	136
Atropelamentos	20	72	31	78	36	79	87	229
Acidentes com moto	00	11	02	12	08	29	10	52
Quedas	08	56	11	48	18	51	37	155
Acidente de trabalho	00	09	02	05	03	06	05	20
Afogamentos	08	09	08	08	04	05	20	22
Outros acidentes	02	08	03	13	03	06	08	27
Acidentes não especificados	121	06	78	01	73	00	272	07
Intenção indeterminada	85	03	97	04	112	03	294	10
TOTAL	455	455	470	470	482	482	1407	1407

Fonte: SEMUS/DML

Os atropelamentos também sofreram alterações consideráveis, apresentando seu maior acréscimo em 2000 (260%), permanecendo com incrementos elevados nos anos seguintes. Quanto às colisões, a variação mais expressiva foi verificada também em 2000 (128,57%), mas caiu de forma drástica nos outros anos.

Os suicídios apresentaram altas variações nos três anos, sendo que a maior foi em 2002 (200%). Com relação aos acidentes de trabalho e outros acidentes, as variações também foram grandes, no entanto tratavam-se de números pequenos e qualquer alteração pode significar um grande incremento percentual. Mesmo assim cabe destacar que no ano 2000, nenhuma DO fazia referência a acidente de trabalho e após a correção, constatou-se que nove óbitos deveriam estar classificados como tal. Fato semelhante foi verificado para óbitos decorrentes de acidentes com moto. Em 2000, em nenhuma DO

havia referência a esse tipo de acidente e ao consultar os arquivos do DML, descobriu-se onze óbitos.

Com relação aos homicídios constatou-se variações ascendentes após a correção nos três anos, no entanto com valores bem menores em relação às outras causas externas, o que demonstra melhor qualidade do preenchimento da DO quando se trata desse agravo. Os acréscimos verificados foram os seguintes: 2000 (16,94%), 2001 (16,02%) e 2002 (28,96%).

Os acidentes não especificados e os eventos de intenção indeterminada diminuíram de forma contundente após consulta aos arquivos do DML. Em 2002 os acidentes não especificados foram todos esclarecidos e os eventos de intenção indeterminada foram reduzidos em 97,32%. Na seqüência, realizou-se uma análise mais detalhada sobre esses dois pontos.

7.3.1 – Acidentes não Especificados

Após correção realizada no DML, praticamente todas as DO classificadas como acidentes não especificados, foram esclarecidas. Das 78 DO classificadas dessa maneira em 2000, 04 (3,31%) continuaram como tais. Em 2001, apenas 01 (1,28%) continuou sem especificação e em 2002 todas foram esclarecidas, conforme tabela 2.

Nessas DO não estava especificado o tipo de acidente. Havia apenas referência a natureza da lesão (traumatismo, hemorragia) e estava claro que se tratavam de mortes acidentais, pois essa opção estava assinalada no campo 56 da DO que se refere as circunstâncias da morte, o que descartou completamente a possibilidade de serem intencionais. Isso leva a uma reflexão sobre o preenchimento da causa básica de óbito, pois se identificou que essas mortes foram acidentais, no entanto não houve a definição do tipo de acidente. Somente conhecer a natureza da lesão não é suficiente do ponto de vista da prevenção. Conforme ressaltam Andrade & Mello Jorge (2001), “não se previne à fratura, a queimadura ou traumatismo crânio-encefálico, mas sim, a queda, o acidente com fogo ou o acidente automobilístico”.

Após correções no DML, os atropelamentos apresentaram a maior frequência nos três anos em estudo, seguidos pelas colisões e quedas. Em 2000 os atropelamentos representavam 33,88% das DO inicialmente classificadas como acidentes não especificados. Em 2001 cresceram para 47,44% e caíram para 39,73% em 2002. As

colisões apresentaram as seguintes frequências: 2000 (21,49%), 2001 (24,36%) e 2002 (26,03%). As quedas acidentais aparecem na seqüência, com essas frequências: 2000 (22,31%), 2001 (12,82%) e 2002 (16,44%). No consolidado dos três anos, a maior parte das DO classificadas como acidentes não especificados, 73,90%, eram óbitos decorrentes de acidentes de trânsito (atropelamento, colisão e acidente de moto) e foi possível esclarecer 98,16% das DO que estavam classificadas como acidentes não especificados, percentual bem superior ao que foi alcançado por Drumond Jr. et al.(1999), que esclareceram 66% das causas nesse grupo, num estudo realizado no município de São Paulo em 1996.

Tabela 2 – Distribuição dos acidentes não especificados reclassificados após correção no DML, 2000 - 2002

TIPO DE ACIDENTE	ANO						TOTAL	
	2000		2001		2002			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atropelamentos	41	33,88	37	47,44	29	39,73	107	39,34
Colisões	26	21,49	19	24,36	19	26,03	64	23,53
Acidente com moto	11	9,09	06	7,69	13	17,81	30	11,03
Quedas	27	22,31	10	12,82	12	16,44	49	18,01
Acidentes de trabalho	09	7,44	03	3,85	–	–	12	4,41
Afogamentos	01	0,83	–	–	–	–	01	0,37
Outros acidentes	02	1,65	02	2,56	–	–	04	1,47
Acidentes não especificados	04	3,31	01	1,28	–	–	05	1,84
TOTAL	121	100	78	100	73	100	272	100

Fonte: SEMUS/DML

Mais adiante será apresentada uma breve discussão sobre o perfil das vítimas dos atropelamentos, colisões, acidentes com moto e quedas. Esses agravos também se destacaram quando se procedem a correção das DO classificadas como eventos de intenção não determinada. Nesse caso, no entanto, os homicídios apareceram com grande frequência.

7.3.2 – Eventos de Intenção Indeterminada

Como já visto anteriormente, em uma parcela considerável das DO não era possível identificar a causa básica de óbito por causa externa antes das correções no DML, o que as enquadrava entre os códigos Y 10 – Y 34 da CID 10, isto é, eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada. Nessa situação se encontravam 18,68% das DO em 2000, 20,64% em 2001 e 23,24% em 2002. Após as correções, esses percentuais reduziram de forma drástica, demonstrando que as informações necessárias para o preenchimento da DO se encontravam nos arquivos do DML, mas não estavam sendo usadas (tabela 3). Reduzir o número de DO com causa básica indeterminada é de suma importância para se calcular taxas de mortalidade por causas externas, estudar o perfil da vítima, identificar os locais onde ocorrem os eventos acidentais e violentos e conseqüentemente nortear as políticas de prevenção a acidentes e violências e atenção às vítimas. Em algumas capitais brasileiras, como Salvador (45,81%) e Natal (37,53%), o percentual de DO com causa básica indeterminada é muito alto, como visto anteriormente. No Brasil, esse percentual é de 9,92%, segundo informações do Datasus relativas ao ano de 2002.

Em 2000, 37,65% das DO cuja causa básica estava indeterminada, eram homicídios. Esse percentual caiu para 35,05% em 2001 e cresceu bastante em 2002, atingindo 47,32%. Caso não houvesse a correção, seriam perdidas informações importantes acerca dos homicídios. Em 2000 ocorreram 214 homicídios, no entanto 32 estavam ignorados, o que representaria uma perda de 14,95%. Em 2001, essa perda seria de 14,22% (34 de um total de 239) e em 2002 a perda seria de 53 homicídios sobre um total de 236, isto é, 22,45%. Conseqüentemente, as taxas de mortalidade por esse agravo, em Vitória e demais municípios da região metropolitana, estariam subestimadas.

Após a correção, as quedas apareceram como a segunda causa básica de óbito a estarem equivocadamente classificadas como eventos de intenção indeterminada. Em 2000; 24,71% desse grupo era constituído por quedas. Esse percentual subiu para 27,84% em 2001 e caiu para 18,75% em 2002. As perdas, caso não houvesse a correção, seriam ainda maiores do que as verificadas nos homicídios. Isso porque seria necessário somar o número de quedas que estavam classificadas como acidentes não

especificados (tabela 2) com essas que inicialmente estavam identificadas como de intenção indeterminada. Portanto, a perda de informação em 2000 seria de 85,71% (27 + 21 sobre um total de 56); 77,08% em 2001 (10 + 27 sobre 48) e 64,71% em 2002 (12 + 21 sobre 51). A fidedignidade desse dado é extremamente importante quando se discute as políticas de promoção à saúde do idoso, visto que a maior parte dos óbitos por queda, em média 30%, era referente às pessoas com mais de 60 anos.

Tabela 3 – Distribuição dos eventos de intenção indeterminada reclassificados após correção no DML, 2000 – 2002.

CAUSA BÁSICA DE ÓBITO	2000		2001		2002		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Homicídios	32	37,65	34	35,05	53	47,32	119	40,48
Suicídios	10	11,76	11	11,34	13	11,61	34	11,56
Colisões	03	3,53	06	6,19	02	1,79	11	3,74
Atropelamentos	09	10,59	05	5,15	12	10,71	26	8,84
Acidentes de moto	00	0,00	02	2,06	01	0,89	03	1,02
Quedas	21	24,71	27	27,84	21	18,75	69	23,47
Acidentes de trabalho	–	–	–	–	03	2,68	03	1,02
Afogamentos	01	1,18	–	–	01	0,89	02	0,68
Outros acidentes	04	4,71	08	8,25	03	2,68	15	5,10
Acidentes não especificados	02	2,35	–	–	–	–	02	0,68
Eventos de intenção indeterminada	03	3,53	04	4,12	03	2,68	10	3,40
TOTAL	85	100	97	100	112	100	294	100

Fonte: SEMUS/DML

Quanto aos suicídios, as frequências se apresentaram em valores baixos, mas representaram a terceira causa de óbito dentre as DO que estavam classificadas no grupo das indeterminadas. Em média 11,56% dessas mortes eram por suicídios. As taxas de mortalidade por esse agravo são estáveis e baixas. No Brasil, a taxa foi de 4,48 óbitos por 100.000 hab. em 2001, segundo dados do Datasus e em Vitória essa taxa foi de 4,68 por 100.000 hab. em 2002, conforme informações da SEMUS. Se não fosse realizada a correção, as perdas seriam de 52,63% em 2000 (10 sobre um total de 19), 55% em 2001 (11 sobre 20) e 61,90% (13 sobre 21). Do total das vítimas, 78,33% eram do sexo masculino, 25% tinham entre 20 e 29 anos e 28,33% entre 30 e 39 anos. Em média, 25% dos suicídios foram cometidos por ingestão de veneno.

Para se analisar as perdas que aconteceriam com relação aos atropelamentos, procedeu-se de forma semelhante à análise das mortes por quedas, isto é, somou-se os atropelamentos que estavam classificados inicialmente como acidentes não especificados (tabela 2) com aqueles que estavam no grupo de causa básica com intenção indeterminada antes da correção no DML (tabela 3). O mesmo procedimento foi adotado para a análise das mortes por colisões. Dessa maneira as perdas quanto aos atropelamentos seriam de 68,05% (41 + 09 sobre um total de 72) em 2000. Em 2001 seriam de 53,85% (37 + 05 sobre 78) e de 51,90% (29 + 12 sobre 79) em 2002. Em relação às colisões, as perdas estariam distribuídas da seguinte forma: em 2000 seriam de 60,42% (26 + 03 sobre 48) e cairiam para 59,52% (19 + 06 sobre 42) e 45,65% (19 + 02 sobre 46), respectivamente em 2001 e 2002.

O presente estudo demonstrou que os técnicos do GMAMCE conseguiram, ao longo do período pesquisado, esclarecer 96,6% dos óbitos classificados inicialmente como indeterminados, percentual maior que o alcançado pelo estudo de Mello Jorge et al. (2002), que conseguiram esclarecer 82,3% dos óbitos indeterminados num estudo realizado em 15 municípios brasileiros no último trimestre de 2000.

7.4 – Considerações Sobre as Mortes Acidentais e Violentas

Nesse item será apresentada uma análise mais detida sobre o perfil das vítimas fatais dos eventos acidentais e violentos, bem como algumas características acerca desses eventos. Quanto aos acidentes, foram analisados as quedas e os acidentes de trânsito (atropelamentos, colisões e acidentes com moto). Os demais tipos de acidentes (afogamentos, acidentes de trabalho e outros acidentes) por apresentarem baixa frequência, não foram objeto de aprofundamento no presente trabalho. Em relação aos eventos violentos ou intencionais, a discussão foi dedicada inteiramente aos homicídios por se tratarem da principal causa de morte por causa externa em Vitória.

7.4.1 – Mortalidade por Eventos Acidentais

Os acidentes, que podem ser definidos no setor saúde como todo evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos espaços sociais do trabalho, do trânsito, na escola, nos esportes e no lazer (Souza, 2002), foram responsáveis por 48,13% dos óbitos por causas externas ocorridos

em Vitória em 2000, 44,04% em 2001 e 46,06% em 2002. Dentre eles, estão incluídos os acidentes de trânsito (colisões, atropelamentos e acidentes com moto), que no consolidado dos três anos responderam por quase 30% dos óbitos, as quedas acidentais, afogamentos acidentais, acidentes de trabalho, outros acidentes (envenenamento, descarga elétrica, queimaduras) e os acidentes não especificados. Estudo realizado em Porto Alegre por Santos et al. (2001) encontrou que os acidentes de trânsito representaram 31,6% dos óbitos por causas externas naquela cidade.

Na seqüência, serão descritos os acidentes de trânsito e as quedas, por serem os mais representativos na mortalidade por causas externas em Vitória.

a) Quedas

As principais vítimas das quedas foram os homens. Em 2000 eles representaram 76,79% dos óbitos, 77,08% em 2001 e 70,59% em 2002. A faixa etária mais afetada foi a dos idosos com 60 anos e mais. Em 2000 e 2001 os idosos responderam, respectivamente, por 32,14% e 37,50% dos óbitos por quedas. Em 2002 esse quadro se alterou e os adultos entre 40 e 49 anos se destacaram como principais vítimas, com 31,38% dos óbitos. A mortalidade por quedas entre os idosos apresentou diferencial entre os sexos. No consolidado dos três anos verificou-se que entre os homens o número de óbitos foi maior na faixa etária de 60 a 74 anos (18,97%), enquanto entre as idosas, a maior parte dos óbitos (20,52%) foi verificada nas faixas etária a partir dos 80 anos. Ao estudar a mortalidade da população idosa brasileira, Costa et al. (2000) demonstraram que no ano de 1996 a taxa de mortalidade geral entre as idosas com mais de 80 anos é quase 07 vezes maior que a taxa verificada na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto para os idosos essa relação é menor (4,6), indicando que a mortalidade para esses acontece em faixas etárias menores.

A maior parte das vítimas residia no município de Vitória; 32,10% (2000), 29,20% (2001) e 37,30% (2002). Em 2001 verificou-se que 29,20% das vítimas residiam no município de Cariacica (um dos sete que compõe a Região Metropolitana de Vitória). Quanto ao município de ocorrência do evento violento, verificou-se que em 2000, 21,40% das quedas aconteceram em Vitória. No entanto, para esse dado, não foi possível identificar o município de ocorrência em 25% dos registros. Em 2001 Vitória continuou com a maior frequência (25%), seguida de Cariacica (20,8%) e não se

identificou o município de ocorrência em 18,8% dos óbitos. No ano de 2002, o percentual de ignorados caiu para 7,80%. As frequências de Vitória e Cariacica aumentaram para 31,40% e 27,50%, respectivamente. Quanto ao local de ocorrência do óbito, apenas 3,6% faleceu em via pública ou domicílio em 2000. Em 2001 esse percentual cresce para 6,3% e voltou a cair para 2% em 2002. Em relação às vítimas que faleceram no hospital, não foi possível precisar o local de ocorrência do acidente. No consolidado dos três anos, observou-se que 66,45% dos óbitos ocorreram no Hospital São Lucas, um estabelecimento público de saúde que é referência para tratamento de traumas no município de Vitória. Além de atender as vítimas de acidentes e violências provenientes da capital e demais municípios da região metropolitana, o hospital São Lucas também atende vítimas oriundas dos municípios do interior do Espírito Santo, leste de Minas Gerais, sul da Bahia e em menor escala, norte do estado do Rio de Janeiro.

b) Atropelamentos

As principais vítimas dos atropelamentos foram os homens. Eles representaram 69,44% dos óbitos em 2000; 82,05% em 2001 e 77,22% em 2002. A maioria das mortes (20,83%) em 2000 foi verificada entre as pessoas de 35 a 44 anos, com destaque para a faixa etária de 40 a 44 anos (13,89%). Em 2001 os óbitos concentraram-se em sua maioria na faixa etária de 20 a 29 anos (32,05%) e em 2002 o mesmo comportamento verificado em 2000 foi retomado, isto é, novamente se destacou a faixa etária de 35 a 44 anos (21,52%) e o grupo de 40 a 44 anos, que concentrou 12,66% das mortes. Entre as mulheres verificou-se que a mortalidade se apresentou com maior frequência entre as adultas de 40 a 44 (12,96%) e entre as idosas de 65 a 69 anos (12,96%), no consolidado dos três anos. Com relação ao sexo masculino a mortalidade apresentou-se com maior frequência na faixa etária jovem de 20 a 24 anos (10,29%) e entre os adultos de 40 a 44 anos (10,29%)

A maior parte das vítimas residia em Vitória: 30,60% (2000); 33,30% (2001) e 22,80% (2002). Quanto ao local de ocorrência dos atropelamentos, no ano 2000, 37,50% deles ocorreram em alguma via do município de Vitória. Em 2001 esse percentual sofreu uma pequena queda (35,90%) e tornou a cair em 2002 (34,20%). É importante ressaltar que o falecimento das vítimas ocorre em sua maioria nos

estabelecimentos de saúde. Apenas uma pequena parcela dos óbitos acontece no próprio local do atropelamento. Em 2000, 8,30% das vítimas faleceram no local de ocorrência do evento. No ano de 2001, apenas 5,10% faleceram no local e em 2002 esse percentual subiu para 11,40%. No consolidado dos três anos, observou-se que 71,18% dos óbitos ocorreram no Hospital São Lucas.

c) Colisões

Os homens também foram as principais vítimas das colisões. Em 2000, 87,50% das pessoas mortas por essa causa eram do sexo masculino; 80,95% em 2001 e 84,78% em 2002. Observou-se que a maior parte dos óbitos era de jovens e adultos jovens, no três anos em estudo. No ano 2000; 35,41% das vítimas tinham entre 15 e 24 anos. Em 2001 e 2002 a faixa etária de 20 a 29 anos, respectivamente, 30,96% e 41,30%. No consolidado dos três anos, observou-se que entre as mulheres a faixa etária mais afetada é a de 20 a 29 anos, que concentrou 42,86% dos óbitos. Entre os homens essa mesma faixa etária apresentou a maior frequência (32,17%), no entanto verificou-se que os jovens de 15 a 19 anos (9,57%) e os adultos de 35 a 39 anos (13,04%) também foram vitimados.

A maior parte das vítimas residia no município de Cariacica: 2000 (25%), 2001 (28,60%) e 2002 (23,90%). A maioria dos acidentes ocorreu no município de Vitória: 2000 (20,80%), 2001 (33,30%) e 2002 (21,70%).

A ocorrência do óbito aconteceu em sua grande maioria nos estabelecimentos de saúde do município de Vitória, indicando que as vítimas receberam socorro e poucas faleceram no local de ocorrência do acidente: 2000 (10,40%), 2001 (14,30%) e 2002 (10,90%). Considerando os três anos em estudo, constatou-se novamente que a maior parte os óbitos ocorreu no hospital São Lucas (72,79%).

d) Acidentes com Moto

Seguindo a mesma tendência verificada nos atropelamentos e colisões, os homens também foram as principais vítimas dos acidentes com moto. Como a frequência foi pequena em 2000 e 2001, optou-se pela análise dos três anos consolidados. Quase todas as vítimas (94,23%) eram do sexo masculino. A maior parte dos óbitos se concentrou na faixa etária de 20 a 29 anos nos três anos da pesquisa

(57,69%). O número de óbitos femininos foi muito baixo durante os três anos, o que inviabilizou uma comparação com óbitos masculinos.

As vítimas residiam em Vitória (21,20%), Vila Velha (15,40%) e Cariacica (11,5%). A maior parte dos acidentes ocorreu em Vitória (36,50%) e não foi possível identificar o município de ocorrência em 13,50% dos acidentes. Apenas 7,70% das vítimas faleceram no próprio local do acidente e os óbitos de 82,70% delas aconteceram no Hospital São Lucas.

A ocorrência de óbitos por acidentes com moto não pode ser desprezada, embora tenham representado menos de 4% das mortes por causas externas em Vitória no período estudado. Estudo realizado em aglomerações urbanas (IPEA, 2003) demonstrou que entre 6% e 7% dos acidentes com automóveis apresentaram vítimas e nos acidentes com motocicletas, esse percentual variou de 61% a 82%, ressaltando a gravidade dos acidentes motociclísticos.

7.4.2 – Mortalidade por Eventos Violentos ou Intencionais

Conforme Souza (2002), violência pode ser interpretada como todo evento representado por relações, ações, negligências e omissões, realizada por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, morais e ou espirituais a outrem. Nesse contexto conceitual surge a discussão dos homicídios como uma das formas mais dramáticas de violência (Waiselfisz, 2002). Essa dramaticidade adquire forma ao se analisar os dados sobre a mortalidade por homicídios no município de Vitória.

Nos três anos da série estudada, os homicídios foram os principais responsáveis pelas mortes dentro do grupo das causas externas. Em 2000 ocorreram 214 óbitos por esse agravo na capital capixaba (47,03% do total das causas externas); 239 óbitos em 2001 (50,85%) e 236 em 2002 (48,96%).

Em Vitória, foram registrados 148 homicídios de residentes (59,20% do total) em 2000; 177 (66,79%) em 2001 e 154 (64,17%) em 2002.

Os homicídios que ocorreram de fato em Vitória distribuíram-se da seguinte forma: 40 em 2000 (64,81% de todas as mortes por causas externas), 170 em 2001 (66,15%) e 147 em 2002 (61%).

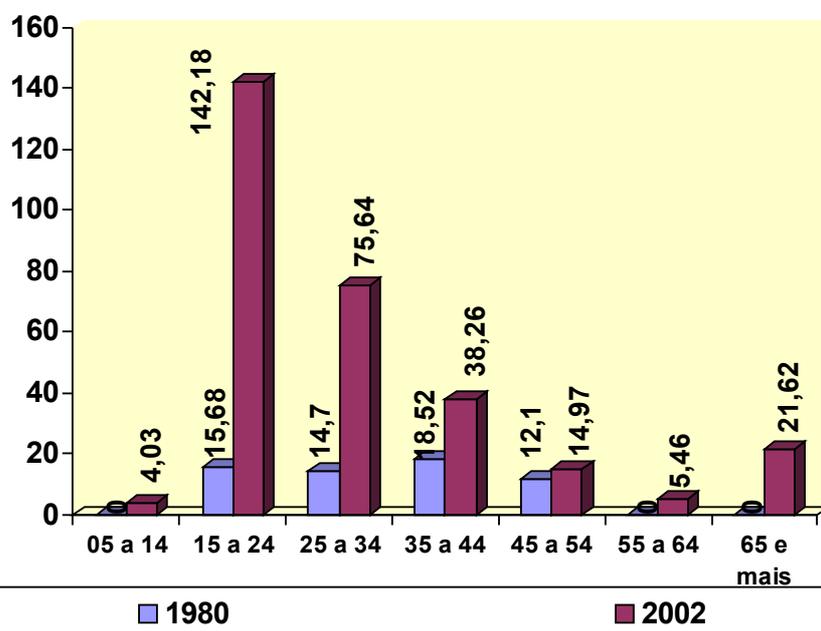
Essas três formas de análise das mortes por homicídios foram analisadas separadamente abaixo. Escolheu-se o ano de 2002 por ser o mais recente dentre os três pesquisados.

7.4.2.1 – Homicídios de Residentes em Vitória

As taxas de mortalidade por homicídio no município de Vitória apresentaram um incremento de 568% ao passar de 9,15 óbitos por 100.000 hab. em 1980, para 61,15 óbitos por 100.000 hab. em 2001, segundo informações do Datasus. Nesse último ano, Vitória se posicionava como a capital brasileira com a quarta maior taxa de mortalidade por homicídios, atrás de Recife (70,48), Cuiabá (68,17) e Porto Velho (67,49).

Em 2002 foram registrados 154 homicídios de residentes em Vitória, conforme os dados da SEMUS, o que proporcionou uma taxa de 51,44 óbitos por 100.000 hab., representando uma queda de 16,53% em relação ao ano anterior. A maior parte das vítimas era do sexo masculino (93,51%) e jovem, visto que 70,79% delas tinham entre 15 e 29 anos. Entre as vítimas do sexo feminino, 60% tinham de 15 a 24 anos e entre os homens, 56,94% também estavam nessa faixa etária. Conforme demonstrado no gráfico 1, em 1980 a maior taxa de mortalidade por homicídio foi verificada na faixa etária de 35 a 44 anos (18,52/100.000 hab.), já em 2002 a maior taxa foi observada na faixa etária de 15 a 24 anos (142,18/100.000 hab.).

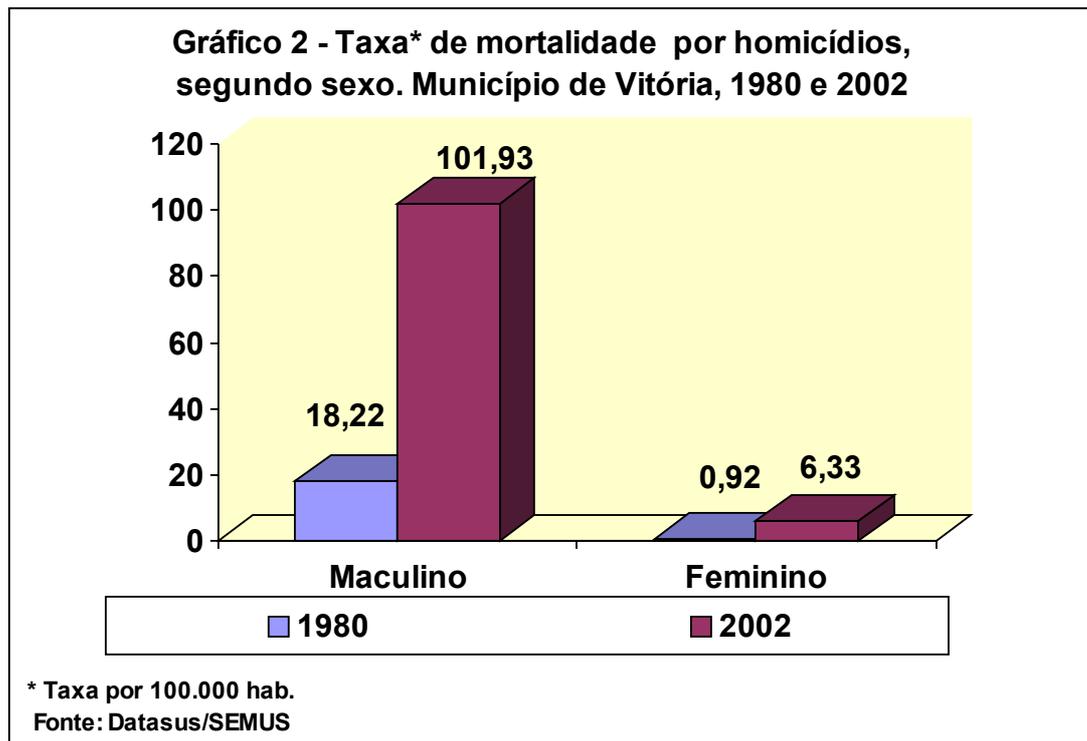
Gráfico 1 - Taxa* de mortalidade por homicídios, segundo faixas etárias. Município de Vitória, 1980 e 2002



* Taxa por 100.000 hab.
 Fonte: Datasus/SEMUS

Observou-se um incremento de 806,76% na taxa de mortalidade entre os jovens de 15 a 24 anos. Em 1980 se concentravam nas faixas etárias compreendidas entre os 15 e 54 anos; em 2002, observou-se que eles incidiram sobre pessoas dos 13 aos 89 anos, indicando que mais jovens e os idosos também passaram a ser vítimas dos homicídios.

Comparando as taxas de mortalidade de homicídio por sexo, nota-se que elas sempre foram maiores entre os homens (gráfico 2). Em 1980 a razão de taxa era de quase 20 óbitos masculinos para cada óbito feminino. No ano de 2002 essa razão sofreu uma pequena variação, decrescendo para 16.



Apesar das taxas de mortalidade para o sexo feminino serem bem menores do que as verificadas para o sexo masculino, percebe-se que houve um incremento de 588,04% entre 1980 e 2002, enquanto o crescimento observado entre os homens foi de 459,44%.

A faixa etária que apresentou a maior taxa entre os homens em 1980 foi a de 35 a 44 anos (39,54/100.000 hab.). Entre as mulheres verificaram-se óbitos em apenas uma faixa etária, 15 a 24 anos, cuja taxa era de 3,65/100.000 hab. Em 2002 os óbitos masculinos apresentaram a maior taxa entre os jovens de 15 a 24 anos (274,88/100.000 hab.). Em relação aos óbitos femininos duas faixas etárias se destacaram. A taxa de mortalidade no grupo de mulheres de 75 e mais, foi a maior (23,75/100.000 hab.) seguida pela faixa das jovens de 15 a 24 anos (18,71/100.000 hab.). No entanto esse

dado deve ser analisado com cuidado, pois a população de idosos de 75 e mais era quase 7,6 vezes menor que a referida faixa de jovens, e, além disso, o número absoluto de óbitos foi 6 vezes menor.

A maior parte das vítimas era natural do próprio município de Vitória (43,51%). Chama a atenção o percentual de pessoas que eram naturais do interior do estado ou de outros estados (40,91%). Esse fato pode estar relacionado ao fluxo migratório ocorrido nos anos 70 e 80, quando houve um grande crescimento populacional na região metropolitana de Vitória, em decorrência da política federal de erradicação dos cafezais e da implantação de grandes projetos industriais nas imediações de Vitória (Rocha & Morandi, 1991).

Em relação às características de raça/cor, predominaram as mortes entre os indivíduos pardos e negros (72,73%). Em estudo realizado pelo CLAVES (2002) sobre o comportamento dos homicídios nas principais regiões metropolitanas (RMs) de capitais brasileiras no ano 2000, observou-se que o percentual de pardos e negros vitimados por esse agravo, variou entre 43,5% e 83%, exceto nas RMs de Curitiba e Porto Alegre, onde os brancos eram a maioria.

Quanto ao estado civil das vítimas, 79,22% eram solteiros. Esse dado é perfeitamente plausível, visto que os indivíduos vitimados eram muito jovens. A análise do padrão de escolaridade ficou prejudicada devido à elevada proporção de dados ignorados (86,36%). Com relação a essa variável, o estudo do CLAVES (2002) encontrou uma proporção de dados ignorados em algumas RMs que variaram de 56% a 95%. O presente estudo identificou que uma parte considerável das vítimas era estudante (18,83%) ou trabalhava como auxiliar de pedreiro (13%).

O local de ocorrência do homicídio, em sua maioria, aconteceu no próprio município de Vitória. Em 83,77% dos casos, as vítimas sofreram a violência dentro dos limites da capital capixaba. Verificou-se que o falecimento da maior parte dos indivíduos (72,73%) se deu no próprio local do crime (via pública, domicílio, outros), A arma de fogo foi o principal instrumento utilizado para a perpetração da violência (85,06%), bem acima dos 66% observados para o país em 2000 (CLAVES, 2002). É importante ressaltar que antes da correção efetuada no DML, em 20 DO (13%) não estava especificado o tipo de arma utilizada e em 36 (23,38%) a causa básica do óbito estava classificada como evento de intenção indeterminada.

Em relação à região de residência das vítimas, uma única região, São Pedro, concentrou aproximadamente 35% dos assassinatos. O município de Vitória é dividido em 7 regionais, a saber: Centro, Santo Antônio, Bento Ferreira, Maruípe, Praia do Canto, Continental, São Pedro. A tabela 4 apresenta as frequências e as taxas de homicídios por regionais.

Tabela 4 – Frequência, população e taxa de homicídios em Vitória, segundo regional de residência, 2002.

REGIONAL	n	POPULAÇÃO(*)	Taxa de homicídio (**)
Centro	08	19.970	40,06
Santo Antônio	28	38.769	72,22
Bento Ferreira	25	35.743	69,94
Maruípe	27	56.471	47,81
Praia do Canto	03	29.970	10,01
Continental	09	88.015	10,23
São Pedro	54	30.420	177,51
VITÓRIA	154	299.358	51,44

Fonte: SEMUS/DML

(*) População estimada pela SEMUS a partir dos dados da Secretaria de Desenvolvimento Econômico de Vitória e do Censo 2000 do IBGE.

(**) Taxa por 100.000 hab.

A região de São Pedro apresentou a maior taxa de mortalidade por homicídio, embora concentre apenas 10,16% da população de Vitória. A região Continental concentra a maior parte da população do município (29,40%), no entanto ficou em penúltimo lugar no ordenamento da mortalidade por taxas. A taxa da região de São Pedro é 3,5 vezes maior que a de Vitória e 17,7 vezes maior que a verificada na região da Praia do Canto (a menor da cidade).

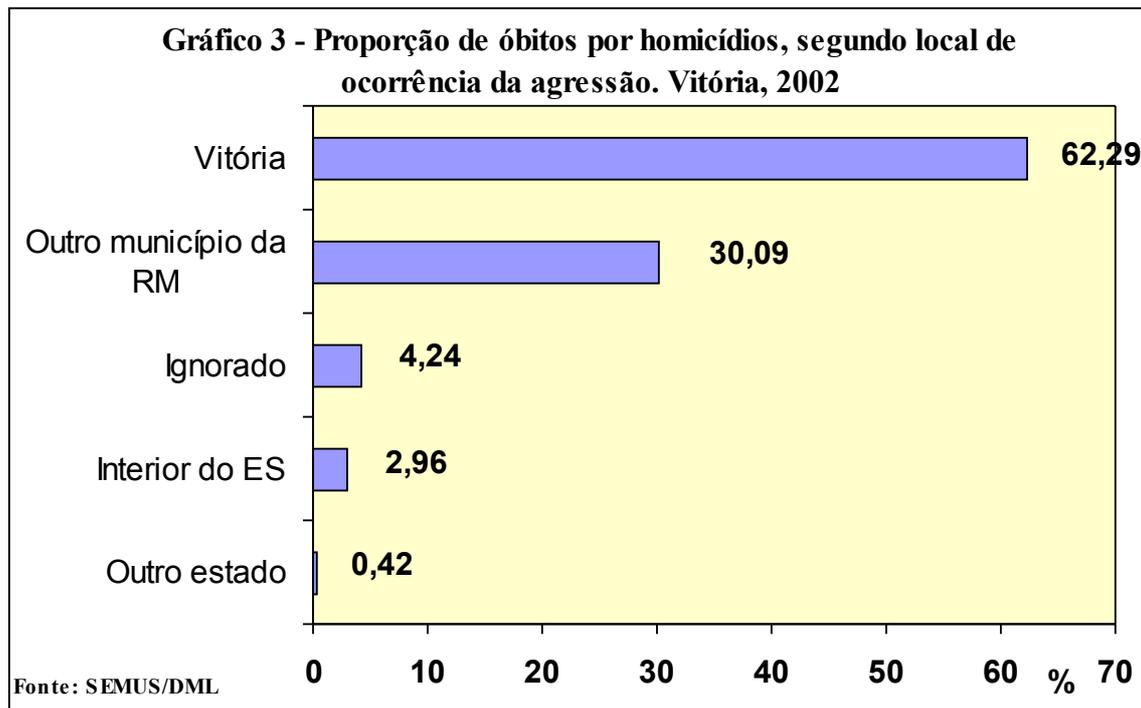
Há um grande contraste entre as regiões de São Pedro e da Praia do Canto. A primeira é composta por bairros da periferia e apresenta um dos menores níveis sócio econômico do município. Ao contrário, a Região da Praia do Canto é composta pelos denominados bairros nobres e de alto nível sócio econômico. Esse resultado encontra paralelo no estudo de Macedo et al. (2001), que observaram disparidades nas taxas de mortalidade por homicídios entre as regiões do município de Salvador. Os autores concluíram que a afirmação sobre a “inexistência” de qualquer associação entre as taxas de mortalidade por homicídios e pobreza deve ser relativizada à luz dos resultados de

estudos sobre o tema. No entanto Lima & Ximenes (1998), ao realizarem uma pesquisa na cidade do Recife, chamaram a atenção para o fato de que o aumento da violência, e em especial dos homicídios, pode ter como motivadora a acentuação das desigualdades nas condições de vida, e não necessariamente a pobreza.

7.4.2.2 – Óbitos por homicídios Ocorridos em Vitória

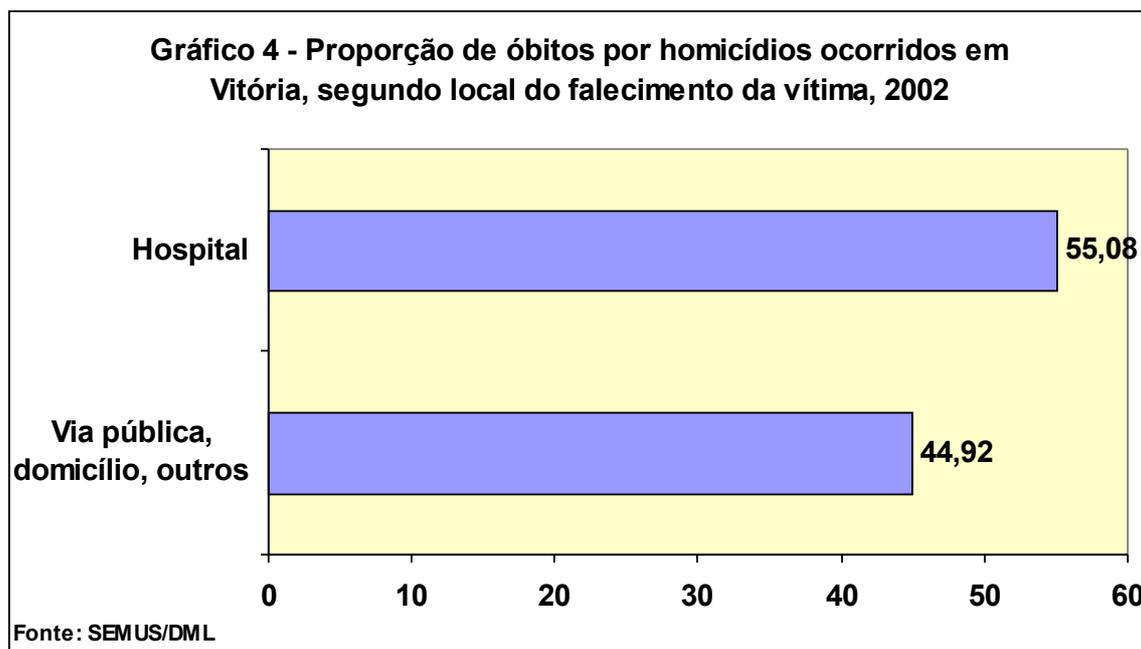
Os óbitos por homicídios referem-se a todos aqueles que ocorreram em alguma via pública ou estabelecimento de saúde do município de Vitória. Não significa necessariamente que o indivíduo tenha sofrido a agressão dentro do município. Nesse sentido, ocorreram 236 óbitos por homicídios em 2002 (48,96% dos óbitos por causas externas ocorridas em Vitória). Desse total, 91,10% eram referentes ao sexo masculino. A faixa etária mais afetada foi a de 15 a 29 anos (64,41%). Dentre as vítimas do sexo feminino, 42,86% delas tinham de 15 a 24 anos e entre os homens metade dos indivíduos estavam nessa faixa etária. Em relação à naturalidade, observou-se que 33,47% das vítimas eram de Vitória e 27,12% eram nascidas em outros estados. Os negros e pardos corresponderam 71,18% e 74,15% eram solteiros. Novamente a análise do padrão de escolaridade ficou prejudicada, dada a alta proporção de dados ignorados (81,36%). A maior parte das vítimas era composta de estudantes (16,53%) e pedreiros (13,14%).

Ao se analisar o local de ocorrência do evento violento, observou-se que dos 236 homicídios, 147 ocorreram em Vitória (análise detalhada no item 6.4.2.3), conforme demonstrado no gráfico 3. É importante que se tenha clareza quanto a esse dado, quando se pretende calcular taxas de mortalidade e também para dimensionar a violência que de fato ocorre nos limites do município de Vitória. Para o cálculo das taxas de mortalidade por homicídio, a análise deve ser realizada pela residência da vítima (Mello Jorge et al., 1997). Nesse sentido, identificou-se que dentre os 236 óbitos por homicídios ocorridos em Vitória, 132 eram de pessoas que residiam no município. Escapam a essa discussão 22 mortes de residentes, cuja ocorrência do óbito se deu em outro município. Portanto para o cálculo da taxa de mortalidade, descrito no item 6.4.2.1, considerou-se 154 óbitos (132 + 22).



O falecimento de boa parte das vítimas ocorreu no próprio local do crime, conforme exposto no gráfico 4, ao contrário do observado com os acidentes de trânsito, cujas vítimas fatais, em sua maioria, receberam socorro antes do falecimento. No ano de 2002, para os acidentes de trânsito, a relação era de 7,5 óbitos hospitalares a cada 1 ocorrido no próprio local do acidente. Com os homicídios a relação estava mais próxima, ou seja, 1,2 óbitos hospitalares a cada 1 no próprio local do crime, mostrando a maior gravidade e severidade desse evento. A maior parte dos óbitos verificados no âmbito hospitalar (90%), ocorreram no Hospital São Lucas.

A exemplo do que foi verificado quando da análise dos homicídios de residentes, a arma de fogo foi o principal meio empregado para perpetração dos crimes. Cerca de 84% dos óbitos por homicídios ocorridos em Vitória foram cometidos com o uso de arma de fogo. Os demais 16% foram cometidos com arma branca, pedaço de pau, pedra e por espancamento.



7.4.2.3 – Ocorrência do Evento Violento em Vitória

Observou-se a ocorrência de 147 homicídios (61% de todas as causas externas) no município de Vitória no ano de 2002. Todas as vítimas estavam em algum bairro da capital capixaba no momento em que sofreram a agressão.

Do total de vítimas, 91,84% eram do sexo masculino e 72,79% tinham entre 15 e 29 anos. Comparando a mortalidade entre os sexos, a razão era de 11 óbitos masculinos para cada óbito feminino. Entre as mulheres, a maior parte das vítimas estava na faixa etária de 15 a 19 anos (33,33%), esse mesmo percentual foi observado entre as vítimas do sexo masculino de 20 a 24 anos, grupo de idade que apresentou a maior frequência nesse sexo.

Quanto à naturalidade da vítima, 42,86% eram de Vitória; 75,51% eram pardas ou negras e os solteiros representaram 77,55%. Não foi possível analisar o padrão de

escolaridade, visto que 86,39% dos dados eram ignorados. No tocante à ocupação, os estudantes e os pedreiros eram a maioria, 19,05% e 11,56%, respectivamente.

A maior parte dos óbitos aconteceu no próprio local de ocorrência da agressão (72,11%). Considerando apenas os óbitos que ocorreram nos estabelecimentos de saúde, verificou-se novamente a presença do Hospital São Lucas (85,36%). As vítimas residiam em sua maioria no próprio município de Vitória (87,76%). Analisando esse dado por regional administrativa, a maior parte das ocorrências vitimou residentes da própria região, conforme tabela 5. De um modo geral, 74,15% das vítimas residiam na região de ocorrência do homicídio. Estudo realizado no Rio de Janeiro por Souza et al. (1997) evidenciaram que os homicídios vitimizaram preferencialmente os próprios moradores das áreas. A arma de fogo foi o principal meio utilizado para a perpetração da agressão (89,12%). Antes da correção no DML, boa parte desses óbitos estava classificada como eventos de intenção não determinada (21,09%) e homicídios não especificados (14,29%).

Tabela 5 – Número de homicídios em Vitória, segundo regional de ocorrência e vítimas residentes nas regionais, 2002.

REGIONAL	n	%	n° de vítimas residentes na regional	%
Centro	08	5,44	05	62,50
Santo Antônio	27	18,37	18	66,67
Bento Ferreira	28	19,05	19	67,86
Maruípe	25	17,01	17	68,00
Praia do Canto	02	1,36	02	100,00
Continental	12	8,16	06	50,00
São Pedro	44	29,92	42	95,45
Ignorada	01	0,69		
TOTAL	147	100,00	109	74,15

Fonte: SEMUS/DML

Em relação à região de ocorrência dos homicídios, uma única região, São Pedro, concentrou quase 30% dos assassinatos. A frequência de homicídios nessa região foi 22 vezes maior do que a verificada na região da praia do Canto. O bairro que registrou a maior ocorrência dentro da região de São Pedro foi São Pedro III (13 homicídios, que representaram 29,54% do total da região). A Região de Bento Ferreira registrou a segunda maior frequência (19,05%). O bairro que apresentou a maior ocorrência foi

Morro do Jaburu, com 10 homicídios (35,71% do total da região). Na região de Santo Antônio, dois bairros apresentaram frequências iguais, Inhaguetá e Ilha do Príncipe, registraram cada um 5 homicídios e juntos responderam por 37,04% do total da região. Em Maruípe, o Bairro da Penha concentrou 20% da ocorrência da região, com 5 homicídios. Analisando a cidade de um modo geral, apenas 10 bairros (num total de 91 bairros) concentraram 47,62% dos homicídios, foram eles: Bairro da Penha (5), Forte São João (5), Ilha do Príncipe (5), Inhaguetá (5), Morro do Jaburu (10), Morro do Romão (5), Santo André (6), São Pedro I (5), São Pedro III (13) e São Pedro V (11).

É possível que boa parte desses homicídios estejam relacionados com o tráfico de drogas. Através da leitura diária das páginas policiais dos jornais, o GMAMCE constatou que aproximadamente 10% dos assassinatos tinha ligação com tráfico de drogas, mas em 73% deles não se conhecia a motivação para os crimes. No entanto somente o inquérito policial, cujos resultados não foi acessível ao GMAMCE, poderia esclarecer as motivações.

As conclusões descritas no Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito da Câmara Federal, que investigou o avanço e a impunidade do narcotráfico no país, reforça a hipótese acima aventada. Segundo o referido relatório as sucessivas apreensões, a partir da segunda metade da década de 90, de cocaína e maconha, pela Polícia Federal, ocorridas em solo capixaba, evidenciaram que o Estado do Espírito Santo se encontrava na rota internacional do narcotráfico. Ainda conforme o relatório, *é possível afirmar, ainda, que a onda de violência que assola o Estado do Espírito Santo, notadamente a grande quantidade de homicídios, nada mais representa do que a ponta final do Narcotráfico*, cuja organização conta com envolvimento de políticos e empresários (Relatório da CPI do Narcotráfico, 2000).

8 – Análise de Concordância Entre duas Fontes

Com o objetivo de se comparar o preenchimento da causa básica de óbito por causas externas ocorridas em Vitória entre 2000 e 2002 efetuado pelo DML e a correção feita pela SEMUS, realizou-se um estudo de concordância entre essas duas fontes. Vários trabalhos demonstram diferentes níveis de desacordo entre as variáveis constantes na DO e as obtidas de outras fontes ou corrigidas nos próprios serviços de medicina legal (Souza, 1991; Njaine et al., 1997; Ladeira & Guimarães, 1998; Drumond Jr. et al., 1999; Simões & Reichenheim, 2001 e Mello Jorge et al., 2002).

Para medir a concordância entre os dois diagnósticos, utilizou-se o índice de Kappa (K), amplamente utilizado para esse tipo de análise. Os significados desse índice variam conforme valores encontrados. Assim, quando $K < 0$ a concordância é menor do que a esperada ao acaso. Nesse caso o nível de concordância é considerado sofrível. $K = 0$, a concordância é igual à esperada ao acaso. $K > 0$ a concordância é maior do que a esperada ao acaso. Aqui os valores são interpretados conforme intervalo onde estão incluídos. Dessa forma, o nível de concordância é fraco (K varia de 0 a 0,40), regular (K entre 0,41 e 0,60), bom (K entre 0,61 e 0,74) e elevado ($K > 0,74$). Quando o $K = 1$ o nível de concordância é considerado perfeito (Souza, 1991).

8.1 – Análise de Concordância em 2000

No ano 2000 o índice Kappa encontrado foi de 0,44. Pela classificação adotada, o nível de concordância foi regular. Isso foi devido ao fato de que grande percentual de DO estavam classificadas como acidentes não especificados e eventos de intenção não determinada. Conforme os dados da tabela 6, o DML classificou a causa básica de 183 DO como sendo homicídios, no entanto 1 óbito era decorrente de suicídio. O número real de homicídios, após a correção, era 214. A diferença, isto é, 32 óbitos, estavam classificados como eventos de intenção não determinada.

Quanto aos suicídios, o DML classificou 7 DO com essa causa básica. Após a correção, o número real de óbitos por esse agravo era 19. Dos 12 óbitos de diferença, 10

estavam classificados como eventos de intenção não determinada, 1 como homicídio e 1 como afogamento acidental.

Tabela 6 – Comparação entre a codificação da causa básica de óbito realizada pelo DML e a correção efetuada pela SEMUS - 2000

		SEMUS										T	
		h	s	c	atr	am	q	af	at	oa	ane		ind
DML	h	182	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	183
	s	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	c	0	0	19	2	0	0	0	0	0	0	0	21
	atr	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	20
	am	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	q	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8
	af	0	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	8
	at	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	oa	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	ane	0	0	26	41	11	27	1	9	2	4	0	121
	ind	32	10	3	9	0	21	1	0	4	2	3	85
T	214	19	48	72	11	56	9	9	8	6	3	455	

Fonte: SEMUS/DML

Legenda: homicídio (h), suicídio (s), colisão (c), atropelamento (atr), acidente com moto (am), queda (q), afogamento (af), acidente de trabalho (at), outros acidentes (oa), acidente não especificado (ane) e indeterminado (ind).

O DML classificou 21 óbitos como decorrentes de colisões, no entanto 2 deles eram decorrentes de atropelamentos, portanto 19 estavam classificados corretamente. O número real de mortes decorrentes das colisões identificados após as correções, era 48. A diferença, 29 mortes, estava classificada como acidentes não especificados (26) e eventos de intenção não determinada (3). Em relação aos atropelamentos, o DML classificou corretamente 20 DO dessa maneira, mas o número real de óbitos por esse agravo era 72, uma diferença de 52 óbitos, que estavam classificados dessa maneira: colisões (2), acidentes não especificados (41) e eventos de intenção não determinada (9). Nenhuma DO indicava que a vítima tinha sofrido acidente com moto. Todos os 11 óbitos por esse agravo estavam classificados como acidentes não especificados.

Analisando as mortes por quedas acidentais, o DML classificou 8 óbitos de forma correta. Após a correção, constatou-se que 56 DO foram decorrentes de quedas, mas 27 estavam classificadas como acidentes não especificados e 21 como eventos de intenção não determinada. Quanto aos afogamentos, 8 óbitos estavam classificados nesse grupo; 1 óbito era na verdade por suicídio. Ocorreram de fato 9 óbitos por

afofamento, mas 1 estava classificado como acidente não especificado e 1 estava indeterminado. Em relação aos acidentes de trabalho, o DML não classificou nenhuma DO como tal, visto que os 9 óbitos que fato ocorreram por esse agravo, estavam classificados como acidentes não especificados. Os denominados outros acidentes incluem: descarga elétrica, envenenamento, queimadura. Por apresentarem baixa frequência, foram todos agrupados nesse grupo. Do total de 8 óbitos decorrentes de outros acidentes, o DML classificou 2 de forma correta, 2 como acidentes não especificados e 4 estavam indeterminados.

8.2 – Análise de Concordância em 2001

No ano 2001 o índice Kappa encontrado foi de 0,50. Esse valor foi o mais alto entre os três anos sob análise, no entanto o nível de concordância foi regular. Conforme os dados da tabela 7, o DML classificou a causa básica de 206 DO como homicídios, no entanto 1 óbito era decorrente de suicídio. O número real de homicídios, após a correção, era 239. A diferença, isto é, 34 óbitos, estavam classificados como eventos de intenção não determinada.

Em relação aos suicídios, o DML classificou 8 com essa causa básica. 1 óbito decorrente de suicídio, estava classificado como homicídio. Após a correção, o número real de óbitos por esse agravo era 20, sendo que 11 estavam indeterminados.

O DML classificou 24 óbitos como decorrentes de colisões, no entanto 5 deles foram por atropelamentos e 2 por acidentes com moto. O número real de mortes decorrentes das colisões identificados após as correções, era 42. A diferença, 25 mortes, estava classificada como acidentes não especificados (19) e eventos de intenção não determinada (6). Em relação aos atropelamentos, o DML classificou corretamente 31 DO dessa maneira, mas o número real de óbitos por esse agravo era 78, uma diferença de 47 óbitos, que estavam classificados dessa maneira: colisões (5), acidentes não especificados (37) e eventos de intenção não determinada (5). Duas DO indicavam que a vítima tinha sofrido acidente com moto. Após a correção identificou-se 12 óbitos por esse agravo, 2 estavam classificados como colisões, 6 como acidentes não especificados e 2 indeterminados.

Tabela 7 – Comparação entre a codificação da causa básica de óbito realizada pelo DML e a correção efetuada pela SEMUS, 2001.

		SEMUS										T	
		h	s	c	atr	am	q	af	at	oa	ane		ind
DML	h	205	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	206
	s	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	c	0	0	17	5	2	0	0	0	0	0	0	24
	atr	0	0	0	31	0	0	0	0	0	0	0	31
	am	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
	q	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	11
	af	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
	at	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	oa	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	ane	0	0	19	37	6	10	0	3	2	1	0	78
ind	34	11	6	5	2	27	0	0	8	0	4	97	
T		239	20	42	78	12	48	8	5	13	1	4	470

Fonte: SEMUS/DML

Legenda: homicídio (h), suicídio (s), colisão (c), atropelamento (atr), acidente com moto (am), queda (q), afogamento (af), acidente de trabalho (at), outros acidentes (oa), acidente não especificado (ane) e indeterminado (ind).

As quedas acidentais identificadas após a correção somavam 48. O DML classificou 11 de forma correta, 10 como acidentes não especificados e 27 indeterminadas. A concordância com relação aos óbitos por afogamento foi perfeita: tanto o DML, quanto a SEMUS classificaram 8 óbitos por esse agravo. Quanto aos acidentes de trabalho, a SEMUS registrou a ocorrência de 5 óbitos, mas 3 estavam classificados como acidentes não especificados. Dos 13 óbitos por outros acidentes, apenas 3 apresentaram classificação correta.

8.3 – Análise de Concordância em 2002

No ano 2002 o índice Kappa encontrado foi de 0,49. Pela classificação o nível de concordância foi regular. Conforme os dados da tabela 8, o DML classificou corretamente 183 DO como homicídios. O número real de homicídios, após a correção, era 236. A diferença, isto é, 53 óbitos, estavam classificados como eventos de intenção não determinada.

Tabela 8 – Comparação entre a codificação da causa básica de óbito realizada pelo DML e a correção efetuada pela SEMUS, 2002.

		SEMUS										T	
		h	s	c	atr	am	q	af	at	oa	ane		ind
h		183	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	183

DML	s	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	c	0	0	25	2	7	1	0	0	0	0	35
	atr	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0	36
	am	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8
	q	0	1	0	0	0	17	0	0	0	0	18
	af	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	at	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	oa	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	ane	0	0	19	29	13	12	0	0	0	0	73
	ind	53	13	2	12	1	21	1	3	3	0	3
T	236	21	46	79	29	51	5	6	6	0	3	482

Fonte: SEMUS/DML

Legenda: homicídio (h), suicídio (s), colisão (c), atropelamento (atr), acidente com moto (am), queda (q), afogamento (af), acidente de trabalho (at), outros acidentes (oa), acidente não especificado (ane) e indeterminado (ind).

Após a correção, foram identificados 21 óbitos por suicídio. 7 óbitos foram classificados corretamente e 13 estavam indeterminados e 1 como queda.

O DML classificou 35 óbitos como decorrentes de colisões, entretanto 2 eram atropelamentos, 7 acidentes com moto e 1 queda. O número real de mortes por colisões, constatado após a correção, era de 46. Dezenove óbitos estavam classificados como acidentes não especificados e 2 indeterminados. Já os atropelamentos, 36 óbitos estavam classificados de forma correta. O número real era 79, sendo que 2 estavam classificados como colisões, 29 como acidentes não especificados e 12 como indeterminados. Os óbitos por acidentes com moto somaram 29, após a correção. 8 estavam corretos, 7 como colisões, 13 acidentes não especificados e 1 indeterminado.

O número real de óbitos por quedas somou 51, sendo que 17 foram classificadas corretamente, 1 foi classificada como colisão, 12 como acidentes não especificados e 21 estavam indeterminadas. Apenas um óbito por afogamento apresentava classificação indeterminada. Dos 6 óbitos por acidentes de trabalho, 3 estavam indeterminados, mesma proporção verificada para os óbitos por outros acidentes.

O estudo de concordância realizado nos três anos pesquisados demonstrou que a classificação de boa parte dos óbitos por causas externas recai nos grupos acidentes não especificados e eventos de intenção indeterminada. Alguns suicídios, acidentes de trânsito e quedas apresentaram-se classificados de forma incorreta.

9 – Preenchimento da DO Sob a Ótica dos Legistas.

Alguns estudiosos apontam possíveis razões para que a DO não esteja preenchida de forma satisfatória do ponto de vista epidemiológico. Uma questão que se levanta é o fato de que esclarecer as circunstâncias do óbito para os institutos de medicina legal implica em determinar a causa jurídica da morte e isto só pode ser realizado após conclusão de inquérito policial (Njaine et al., 1997). Outro ponto destacado refere-se ao constrangimento do legista em declarar um óbito como homicídio, por exemplo, e ter que depor em juízo (Souza, 2002). Essa mesma autora refere-se às precárias condições de trabalho desses profissionais que, às vezes têm de realizar o exame necroscópico utilizando facas enferrujadas no lugar de bisturi, ou não têm as substâncias necessárias para realizar os exames toxicológicos. A desvalorização,

por parte das instituições públicas, de seus registros e a não utilização deles no planejamento de suas ações e gestão (Souza et al., 1996 e Njaine. et al., 1997).

Um outro aspecto também chama a atenção. Os serviços de saúde que se propõe a resgatar, recuperar ou corrigir, junto aos arquivos dos institutos de medicina legal, as informações incompletas ou mal definidas, geralmente conseguem êxito no seu trabalho. Isso leva a um questionamento quanto ao repasse das informações pelos serviços de medicina legal. Se as informações necessárias para o preenchimento da DO se encontram disponíveis nesses serviços, por que então os legistas não as transcrevem para a DO? O presente estudo constatou que o GMAMCE, pelo simples fato de consultar o arquivo do DML, conseguiu resgatar praticamente todas as informações que se encontravam mal definidas ou indeterminadas.

9.1 – O Perfil do Profissional Legista

O DML dispõe de 22 médicos legistas, que trabalham em regime de plantões de 30 horas semanais. Dos sete profissionais, apenas um dedica-se exclusivamente a medicina legal, visto que os demais possuem uma outra especialidade médica: ginecologia, medicina do trabalho, proctologia, cirurgia geral, cirurgia vascular e patologia. A percepção de boa parte desses profissionais acerca da medicina legal é a de que essa especialidade não é a atividade principal, servindo apenas como um “bico”.

“O médico legista é uma função mais de bico. Quase todos os médicos do Médico Legal, com exceção de três, tem especialidade fora”.

Quatro profissionais eram do sexo masculino e três do sexo feminino. No total, Na média, trabalham há 20 anos com medicina legal.

9.2 – A Rotina e as Condições de Trabalho e Relacionamento no DML

A rotina de trabalho no DML envolve realização de diversos exames: lesões corporais, etílico, toxicológico, conjunção carnal, sexologia forense, traumatologia forense e cadavérico. Todos esses exames geram laudos, que são preenchidos e assinados pelos legistas. Além disso, há o atendimento ao público em geral. A maior parte dos entrevistados não se queixou da rotina. Um dos entrevistados alegou que há

uma carga de trabalho excessiva, poucos funcionários, e que os auxiliares de necropsia estão sobrecarregados e estressados.

Em relação às condições do local de trabalho, houve questionamentos pontuais quanto à estrutura física do prédio, que necessita de reforma. Existem portas quebradas e furadas. Vazamentos na sala de necropsia. Não há ventilação e a iluminação não é adequada, sobretudo na sala de necropsia, o que atrapalha a realização de exames cadavéricos, principalmente à noite. Em pesquisa realizada no Instituto Médico Legal (IML) da cidade do Rio de Janeiro, Aldé (2003) ao entrevistar profissionais dessa instituição, encontrou situação semelhante e em determinados aspectos, até mais dramáticos. O autor faz referência aos vazamentos no setor de necropsia, que na fala de um dos entrevistados utiliza a expressão “o IML é só goteira” e a falta de equipamentos básicos, tais como pinça, tesoura, agulha e serrote. No DML de Vitória, há deficiência com relação a material de laboratório. A radiologia, que começou a funcionar esse ano, deixa a desejar e a parte toxicológica funciona precariamente. No estudo do IML do Rio de Janeiro, a toxicologia sofre com a falta de uma política de compras da instituição e a espera de material necessário ao setor pode chegara a anos.

Quanto ao material de uso cotidiano, eventualmente há falta de luvas, que costumam ser muito finas e jalecos, que são grossos e esquentam muito, visto que existe o problema de ventilação no prédio, como já citado. Essa situação é também relatada num estudo sobre a polícia e policiais civis do Rio de Janeiro, no qual Deslandes et al. (2003) ao descreverem as condições materiais, técnicas e ambientais de trabalho do setor técnico da polícia civil, ao qual pertence o IML, constataram que freqüentemente faltam produtos básicos de proteção, como luvas, máscaras e protetores de ouvido, o que afeta as condições de segurança dos seus trabalhadores. Em alguns casos, conforme Aldé (2003), o IML do Rio até coloca à disposição dos funcionários os equipamentos de proteção para o trabalho na necropsia, mas muitos não usam sob a alegação de que eles prejudicam o andamento do trabalho, como é o caso das máscaras que incomodam e atrapalham. No DML de Vitória, um dos entrevistados relatou uma situação semelhante:

“Não tem condições de bio segurança. A gente não tem material adequado para fazer necropsia, muitas vezes faltam luvas, a gente tem que implorar para conseguir essas luvas. Os funcionários muitas vezes não têm os cuidados com a prevenção, a gente fala,

mas muitas vezes eles não se previnem com relação às doenças infecciosas, condições de bio segurança mesmo”.

Essas críticas não foram consenso entre os entrevistados, pois a metade deles alegou que as condições físicas e materiais são boas e que às vezes falta um ou outro recurso material ou de laboratório, no entanto também disseram que acaba prevalecendo mais é a experiência do profissional, o que parece contraditório. A experiência do profissional aqui é citada como algo que supre a deficiência material, que segundo esses profissionais, eventualmente faltam. A fala de um dos entrevistados deixa transparecer essa impressão:

“O DML é um órgão do estado e como todo órgão do estado tem certa dificuldade com relação a material que às vezes falta, mas no geral funciona até mais pela boa vontade do profissional que vai tentando resolver e fazer com o que a gente tem para poder realizar o serviço”.

Apesar desse profissional não especificar em que sentido a “boa vontade” compensaria as dificuldades, um outro relato parece deixar clara a questão:

“Às vezes falta algum material na sala de necropsia, um martelo, por exemplo. Mas não é sempre, não é constante. Geralmente, quando falta, as pessoas quebram o galho. No plantão passado mesmo pegaram um martelo de outra pessoa, um martelo comum para quebrar a coluna. Então normalmente as pessoas dão um jeito de resolver.

Isso deixa claro a utilização da prática do improviso e talvez embora os profissionais nem consigam percebê-la como tal, talvez porque já tenha se tornado comum e está tão incorporada no cotidiano, que até parece fazer parte do processo normal de trabalho. Conforme Deslandes et al. (2003), o recurso do improviso foi a prática mais citada pelos técnicos do IML do Rio de Janeiro, por meio da qual buscam se adequar as necessidades do trabalho, ao tipo e atividade e ao seu jeito pessoal de realizar a tarefa.

Ainda no tocante à questão material, parece haver um consenso entre os entrevistados com relação à burocracia enfrentada para aquisição de materiais necessários ao trabalho. O DML é um órgão ligado a Polícia Civil, portanto não tem autonomia para realizar as compras de reposição para o setor. Para isso tem que fazer uma solicitação a Polícia Civil, que por sua vez abrirá um processo de compra, na maioria das vezes muito demorado. Sobre esse assunto, o estudo realizado na polícia do rio de Janeiro constatou que há uma clara limitação de autonomia financeira do setor técnico, que inclui o IML, imposta pela burocracia governamental. Isso impede a aquisição em tempo hábil de materiais necessários para o trabalho cotidiano, tais como papel, cartucho de tinta, ar condicionado que queima e fica sem manutenção e outros entraves impostos pela falta de autonomia (Deslandes et al., 2003).

Os entrevistados consideraram que o relacionamento entre os funcionários do DML é bom. Apenas uma questão foi levantada acerca do entrosamento entre os médicos, que estaria sendo afetado pelo fato de os legistas não se dedicarem exclusivamente ao exercício da medicina legal. Os entrevistados fizeram referência ao relacionamento com os demais funcionários da polícia (delegados, peritos criminais), que é bom do ponto de vista pessoal, mas tem falhas do ponto de vista profissional, isto é, de um lado os policiais fazem o seu trabalho investigativo e de outro os legistas que fazem medicina. Então as duas partes tratam de assuntos diferentes, aparentemente sem relação e terminam por não permutar informações que seriam de interesse mútuo. O delegado e o perito criminal são policiais e o legista, apesar de estar na polícia, na prática é um profissional de saúde. Um melhor entrosamento aqui poderia gerar um melhor repasse de informações, que ajudaria esclarecer as circunstâncias de um determinado óbito. A fala de um dos entrevistados evidencia essa dicotomia:

“Veja bem, nós estamos na polícia e na maioria dos estados brasileiros nós estamos na polícia, mas a tendência é sair. Primeiro porque polícia não é ciência, polícia é técnica. A gente faz ciência, pesquisa. E nós somos funcionários da polícia. Então nós deveríamos estar ligados a um órgão independente, financeira e administrativamente. Nada contra a polícia, só que a linguagem da polícia é uma e a nossa é outra. Nós falamos em medicina e a polícia fala em inquérito, processos, códigos. Eu falo de medicina, perícia médica”.

Esse sentimento suscita a discussão sobre o caráter institucional do serviço de medicina legal, que abriga em seu quadros profissionais de saúde, realizando exames clínicos em pessoas acidentadas ou agredidas e necropsias em cadáveres, portanto historicamente vinculado ao campo da Saúde e da Medicina Legal, devendo ser, para muitos, autônomo da polícia, passando a funcionar como órgão da saúde, da Justiça, ou como autarquia. Aldé (2003).

9.3 – Fontes de Informações: o ofício da polícia e o encaminhamento hospitalar

Basicamente existem duas fontes de informação que podem auxiliar o legista no momento do preenchimento da DO: o ofício da polícia e o encaminhamento hospitalar, também chamado pelos legistas de laudo médico. Ambas foram alvos de muitos questionamentos por parte dos entrevistados, alguns inclusive alegam que preferem se basear apenas no exame cadavérico que realizam, por considera-lo mais confiável. No entanto, a maioria dos médicos legistas utilizam essas fontes, quando elas de fato trazem informações consistentes e precisas. A seguir será dedicada uma discussão à parte quanto ao ofício da polícia e ao encaminhamento hospitalar, visto que muitas DO são preenchidas como indeterminadas em função das informações inconsistentes nas mesmas.

9.3.1 – O Ofício da Polícia

O ofício da polícia é um documento encaminhado pelo delegado de polícia ao DML e que acompanha o cadáver vítima de morte violenta. Toda vez que um corpo é encontrado, um perito criminal e um auxiliar de necropsia são encaminhados ao local. O perito coleta as informações necessárias que irão subsidiar a instauração do inquérito policial. Já o auxiliar de necropsia vai ao local para efetuar a remoção do corpo para o DML e posteriormente até repassa algumas informações ao médico legista. Ele também é responsável pelo repasse das informações ao delegado, que emite o ofício policial que encaminhará o corpo. O que chama a atenção nesse processo é que não é o perito criminal quem repassa as informações para o delegado, e muito menos ao médico legista, e sim o auxiliar de necropsia, profissional que não está habilitado para a coleta

das informações criminais, pois a função dele é a de ir ao local para recolhimento do corpo.

Houve uma série de questionamentos por parte dos entrevistados quanto ao ofício da polícia. A principal queixa refere-se à falta de clareza desse documento. Não é raro que os legistas recebam o ofício do delegado contendo apenas a seguinte informação “*encaminho corpo ao DML para exame cadavérico, vítima de suposta morte violenta*”. Nessa situação, diante de um documento preenchido com limitado nível de detalhamento, o legista não pode dispor dessa fonte de informação. Em outras situações o ofício enviado foi preenchido de forma satisfatória. Nesse caso a maioria dos legistas entrevistados disseram que utilizam essas informações ali contidas e as transcrevem para a DO sem nenhum receio ou constrangimento, pois se trata de uma informação oficial, do delegado de polícia.

Uma outra situação que interfere no preenchimento adequado da DO e que também envolve o ofício da polícia, sem, contudo relacionar-se diretamente com esse, refere-se ao processo de trabalho no próprio DML. Ocorre também, não raramente, de serem encaminhados cadáveres sem identificação e sem descrição das circunstâncias da morte. Ao receber o corpo o médico legista, que está no plantão, realiza o exame cadavérico, emite o laudo e preenche a DO com as causas médicas e sem a causa básica, visto que as circunstâncias em que se deu o acidente ou violência são desconhecidas. Em seguida ele assina a DO. A primeira parte da DO, que se refere aos dados da vítima (nome, idade, endereço, estado civil, raça/cor, escolaridade, naturalidade, filiação) será preenchida pelo auxiliar de necropsia posteriormente, assim que houver reconhecimento do corpo pela família.

Após três ou quatro dias os familiares comparecem ao DML e fazem o reconhecimento. São encaminhados até a delegacia, onde prestam os esclarecimentos necessários e o delegado emite um segundo ofício, agora contendo os dados pessoais da vítima, bem como as circunstâncias da morte. Os familiares retornam ao DML, entregam o novo ofício, recebem a DO e vão tratar dos procedimentos legais para a realização do sepultamento. A DO que tinha sido preenchida sem a causa básica do óbito pelo legista de plantões anteriores, continuará sem a informação da mesma, ainda que as circunstâncias tenham sido esclarecidas. Isso acontece porque no momento em que se identifica a vítima e se esclarecem as circunstâncias da morte, o legista que está

no plantão não é o mesmo que havia efetuado o preenchimento da DO. Além disso, ele por estar envolvido com outras atividades (necropsia, exame de lesão corporal), nem tem contato com os familiares da vítima, que são atendidos pelo auxiliar de necropsia. A esse cabe a tarefa de preencher a primeira parte da DO, que trata dos dados pessoais da vítima. Um outro relato analisa o problema sob a perspectiva ética. Por uma questão de ética médica, um legista não pode alterar ou acrescentar nada ao preenchimento que um outro colega realizou. O resultado é que a DO acaba sendo liberada sem a inclusão da causa básica do óbito, conforme relato de um legista:

“... quanto ao segundo ofício, normalmente é família que presta essa informação ao escrivão e o escrivão transcreve para o ofício. Se um corpo chega nesse instante, sem identificação e sem a causa básica, faço a necropsia e preencho a DO com as causas médicas e sem a causa básica, com o número de registro do laudo. Usei como fonte o ofício. Daí a três dias a família chega e esclarece a causa, mas nesse caso fica sem preenchimento, pois por uma questão ética ninguém pode por a mão, ninguém mexe no que foi preenchido anteriormente. O documento é individual, do médico, não do departamento. Você não pode interferir no trabalho do colega. Você pode até sentar com o colega e discutir o caso e ele alterar o preenchimento. Mas isso é difícil”.

Essa fala suscita uma discussão sobre a ética médica. A Resolução nº 1.246/88 do Conselho Federal de Medicina versa sobre o Código de Ética Médica. Nele estão contidas as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão. Conforme o 1º artigo do Capítulo I, que trata dos princípios fundamentais “*A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza*”. Como visto anteriormente, a DO por causa externa preenchida de forma adequada fornecerá informações que irão subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção a eventos acidentais e violentos (Drumond Jr. et al., 1999). Portanto, o legista ao informar sobre tais eventos estará contribuindo para a melhoria das condições de saúde das pessoas, dado que os agravos por causas externas configuram-se como grave problema de saúde pública na atualidade (Minayo e Souza, 1999). Sendo assim, se ele dispõe dessa informação e não a repassa sob alegação de que não pode complementar o

preenchimento efetuado pelos colegas de turnos anteriores, pois estaria ferindo a ética médica, há de se perguntar onde fica o grande objetivo da medicina, a saúde das pessoas. Outro questionamento a ser feito. Em que medida o profissional está ferindo a ética médica, visto que ele não estará alterando o preenchimento realizado por outro colega, mas complementando uma informação que não estava disponível no momento do preenchimento da DO.

Essa discussão sobre o segundo ofício esclarece umas das dúvidas que os técnicos do GMAMCE tinham quando consultavam o arquivo do DML e encontravam dois ofícios da polícia em determinada documentação de um óbito específico. Em um não constava a identificação da vítima e nem as circunstâncias da morte e no outro essas informações estavam disponíveis e muito claras. O questionamento que se fazia era: se as informações estão ali e muito claras, porque não foram transcritas para a DO? A explicação descrita no parágrafo anterior, responde a dúvida destes e, certamente, de outros profissionais do setor saúde que lidam com o tema.

Não foi possível identificar o percentual de óbitos em que ocorreu essa situação. Sabe-se, contudo, que os homicídios são a maioria nesses casos, pois se trata do tipo de causa externa com a maior frequência de óbitos ocorridos em via pública e, portanto sujeitos a apresentar vítimas cujas identificações ocorrem posteriormente. Nos outros tipos de causas externas, principalmente quanto às diferentes formas de acidentes, a maior parte dos óbitos ocorreu em âmbito hospitalar, o que reduz bastante a possibilidade de não haver identificação da vítima e esclarecimento quanto às circunstâncias do evento.

Está claro que o ofício da polícia é de suma importância como fonte de informação que auxiliará o médico legista a preencher a DO e pelo que foi descrito, constatam-se dois problemas. O primeiro refere-se à qualidade da informação contida nesses ofícios. Seria importante que houvesse uma maior e melhor comunicação entre os funcionários da polícia, principalmente entre peritos criminais e médicos legistas (que também são policias). Os peritos criminais deveriam repassar as informações que coletam durante a perícia aos médicos legistas. É claro, sempre resguardando aquelas que requerem sigilo por conta da instauração do inquérito. O segundo problema é relativo ao processo de trabalho no DML, isto é, o que o médico de um plantão preenche o outro não pode nada acrescentar por uma questão de ética médica. Os

legistas poderiam acordar entre si que quando alguém no seu plantão preenchesse uma DO sem a causa básica, porque no momento não dispõe dessa informação, o legista de outro plantão poderia adicionar essa informação à DO quando ela já estiver disponível. Essa informação poderia ser acrescentada, a título de observação, no último campo da DO, destinado à descrição sumária do evento.

9.3.2 – O Encaminhamento Hospitalar

Sempre que um óbito por causa externa ocorrer em um estabelecimento de saúde, o médico legista terá a sua disposição, além do ofício da polícia, uma outra fonte de informação, o encaminhamento hospitalar, que também é denominado laudo médico e em muitos relatos os legistas se referiram a ele dessa forma.

O encaminhamento hospitalar é um documento que contém todo histórico clínico do paciente, desde a sua entrada na unidade hospitalar, evolução da doença, procedimentos médicos e cirúrgicos realizados, complicações, infecções, até a alta hospitalar ou óbito. Quando uma pessoa se acidenta ou é vítima de alguma violência e não falece no mesmo local do evento, necessariamente será socorrida para algum hospital.

Ao ocorrer o óbito de uma pessoa vítima de causa externa, o hospital deve entrar em contato com o DML. Esse enviará ao hospital um auxiliar de necropsia que providenciará a remoção do corpo, para que seja realizado o exame cadavérico. Deverá acompanhar esse corpo o encaminhamento hospitalar, que em tese contém as informações necessárias para o médico legista que vai realizar a necropsia e o preenchimento da DO.

O encaminhamento hospitalar é uma fonte de informação que sofreu críticas de praticamente todos os médicos legistas entrevistados. Em se tratando de seu conteúdo, muitas vezes ele se parece com o ofício da polícia, isto é, encaminha o corpo ao DML informando apenas “*vítima de morte violenta*”. O depoimento de um legista ilustra esse problema:

“Mas às vezes o laudo vem assim: vítima de morte violenta, mas foi o que? Atropelamento? Queda? Porque às vezes as coisas se confundem. Atropelamento e queda, por exemplo, às vezes as lesões são muito parecidas e se ele escreve vítima de

morte violenta sem nenhuma outra informação, a gente não sabe se foi queda ou atropelamento. Então na hora de responder os outros quesitos na seqüência da DO, fica tudo atravancado”.

Esse depoimento demonstra a escassez de informações no encaminhamento hospitalar. Ao sentir dificuldade para responder os outros quesitos da DO, o legista indetermina a causa básica ou a deixa mal definida. Na declaração acima, é bem provável que este último óbito venha a ser classificado como acidente não especificado.

Os legistas também disseram que o encaminhamento hospitalar trata-se de um documento que em muitas situações discorre mais sobre os procedimentos médicos, sem referir-se à causa externa geradora das lesões. Para exemplificar, um dos depoentes narrou uma situação em que a vítima foi baleada e acabou falecendo no hospital. Ao discorrer sobre a cirurgia, o encaminhamento hospitalar não fez referência a quantos projéteis foram extraídos do corpo ou se não chegaram a ser extraídos. Essas informações são extremamente importantes, pois já aconteceu de legistas encontrarem lesões no corpo, supostamente ocasionadas por projétil de arma de fogo, explorarem a região lesionada por muito tempo e não encontrarem o projétil. Essa questão fica nítida na declaração de um legista:

“O laudo deles é um laudo que fala mais dos procedimentos realizados, do que propriamente de um elemento que a gente precisa. Por exemplo, fizemos uma cirurgia e retiramos tantos projéteis ou não retiramos nenhum projétil. Porque constatamos orifício durante a necropsia. No abdome, por exemplo, você procura, procura e não acha o projétil. Agora nós temos o raio x, mas antes não tinha, acho que o raio x tem três meses. Então você não sabe se continua infinitamente procurando o projétil, se o projétil foi retirado, você não tem idéia, e eles não se preocupam com isso. É um dado que eles nunca fornecem. Escrever os outros procedimentos também são úteis, mas essa coisa de projétil eles tinham que informar melhor”.

Outro problema que foi levantado refere-se ao tempo de internação da vítima. Se a pessoa ficou muito tempo internada, é possível que haja descaracterização de certas lesões. Em alguns casos algumas chegam até a cicatrizar. Se o laudo não fornece toda

essa história clínica, o trabalho do legista fica extremamente prejudicado. Um dos entrevistados discorreu muito bem sobre a questão, no entanto outros legistas também opinaram sobre essa dificuldade:

“Se passar muito tempo, quinze dias, vinte dias, um mês, da lesão inicial até o óbito, é possível que se tenha uma modificação grande nas causas, nas intercorrências, nas complicações, descaracterização de algumas lesões de tal forma que aqui o laudo do médico quanto mais completo for, melhor para nós”.

O encaminhamento hospitalar poderia ser uma fonte de informação valiosa que auxiliaria os legistas na realização do exame cadavérico, bem como no preenchimento da DO. No entanto, pelas razões acima descritas termina por ser um documento de pouca utilidade, em decorrência de sua baixa qualidade no que tange a fornecer informações. No período estudado, a maior parte dos óbitos por causas externas em Vitória, aproximadamente 71%, ocorreu em hospitais. Analisando apenas os óbitos classificados como acidentes não especificados e eventos de intenção indeterminada, os percentuais são bem maiores, 80% e 89%, respectivamente. Esses percentuais demonstram a importância de um encaminhamento hospitalar bem elaborado e que subsidie o legista em seu trabalho.

Uma sugestão que partiu dos próprios médicos legistas para amenizar ou resolver esse problema, seria a realização de seminários, fóruns, oficinas, ou qualquer outra atividade junto aos profissionais médicos que trabalham nos hospitais responsáveis pelo atendimento a vítimas de acidentes e violências. Esse evento, que seria organizado pela Secretaria Estadual da Saúde, teria como finalidade informar a importância de um encaminhamento hospitalar bem preenchido e as informações essenciais que deveria conter. Levando-se em conta que o Hospital São Lucas registrou quase 80% dos óbitos hospitalares por causas externas ocorridas em Vitória no período analisado, não seria complicado mobilizar os médicos que atendem traumatizados, visto que esses que atendem no São Lucas, também trabalham em outros estabelecimentos de saúde que também oferecem esse tipo de atendimento.

9.4. – A Importância da Causa Básica de Óbito na Visão do Médico Legista

Os técnicos do GMAMCE supunham que os médicos legistas do DML não reservavam a devida importância ao informar a chamada causa básica de óbito. Na concepção desses técnicos, os médicos legistas estariam preocupados em emitir a DO apenas para o cumprimento dos trâmites burocráticos necessários ao sepultamento das vítimas, bastando então preencher somente as causas médicas do óbito. Para investigar essa suposição, duas perguntas relativas ao assunto constaram do roteiro de entrevista: Quando você preenche o campo VI (causas do óbito), o que você acha que deve ser anotado? Por quê? Na sua opinião, qual a utilidade das informações que você transcreve na DO?

A maior parte dos legistas entrevistados declarou que o preenchimento das causas de óbito deve contemplar as causas médicas (Traumatismos, hemorragia) finalizando com a ação que provocou essas lesões, isto é, a causa básica do óbito. As respostas de alguns entrevistados demonstram que a causa básica não é algo sem importância para os legistas:

“Primeiro a lesão ou traumatismo que iniciou a cadeia de eventos que resultou na morte. Por exemplo, o indivíduo foi atropelado, depois internado, depois complicou e veio a falecer, a causa básica de óbito foi atropelamento”.

“Eu coloco o que matou, o que produziu o elemento que matou e qual o básico que deu origem àquela seqüência. Então, por exemplo, o indivíduo teve um esmagamento de crânio decorrente de atropelamento. Então eu vejo lá, ele tem uma lesão que eu posso colocar afundamento de crânio por hemorragia cerebral, TCE e atropelamento. O que matou não foi o atropelamento, ele é a ação que provoca a fratura (TCE), que causa a hemorragia cerebral. Como fica então: hemorragia cerebral, esmagamento de crânio, TCE e atropelamento”.

“O que a gente coloca normalmente: do que ele morreu, qual o motivo da causa, vou explicar – politraumatizado, e aí nesse politraumatizado a gente vai e destrincha, se houve lesão de abdome, trauma fechado de abdome, TCE e depois a gente coloca o motivo, que instrumento ou meio, contundente, perfuro contundente, essa seqüência que a gente coloca”.

Em relação à importância e à utilidade das informações que os legistas transcrevem na DO as falas reforçam as percepções acima descritas. A maior parte dos entrevistados citou a importância desses dados para os estudos epidemiológicos, demonstrando que médicos legistas compreendem que para os serviços de epidemiologia, a informação da causa básica é de extrema relevância, conforme se verifica em algumas das repostas:

“Essas informações servem exatamente para dados estatísticos e epidemiológicos. Tipo de morte, tipo de violência e, local de ocorrência”.

“Para estatísticas, finalidade sanitária. Nós precisamos saber do que se mata ou do que se morre para tabularmos as nossas estatísticas em Vitória e no ES, onde predominam as mortes violentas”.

Além de serem úteis para estudos epidemiológicos, os legistas citaram ainda que as informações que transcrevem na DO são importantes para outras finalidades, tais como, importância jurídica, já que a DO é o instrumento legal para o registro da certidão de óbito e posterior sepultamento da vítima e tem suma importância como instrumento de auxílio nas investigações criminais. Um detalhe chama a atenção nas respostas dos entrevistados. Apesar de todos terem a consciência do caráter epidemiológico das informações, desconhecem o que se faz com esses dados nas secretarias de saúde:

“As informações são importantes para epidemiologia, mas não sei se seria exatamente para um trabalho de prevenção, como eles usam esse dado epidemiológico, se é para prevenção ou só para trabalho estatístico”.

Isso demonstra que os serviços de epidemiologia das secretarias municipal e estadual de saúde precisam interagir mais com serviço de medicina legal, sobretudo repassando com frequência para o DML os estudos realizados com os dados fornecidos por aquele departamento. Não é dado ao profissional responsável pelo registro um

feedbececk das ações desencadeadas a partir da informação gerada (Njaine e Souza, 2003).

Um outro fato também mereceu atenção. Embora a maioria dos médicos legistas tenha demonstrado conhecer a importância da informação da causa básica para os serviços de epidemiologia, um dos profissionais declarou que não é tarefa do legista “investigar” se a vítima foi atropelada ou baleada. Nas palavras do próprio legista relatando como preenche a DO:

“Não escrevo atropelamento, descobrir isso não é função do médico legista. Escrevo ação contundente ou instrumento contundente. Não pode ter adivinhação em DO”.

Essa declaração poderia muito bem passar como um fato isolado, visto que não representa o pensamento dos demais legistas. No entanto parte de um profissional que foi responsável por quase 20% das DO com causa básica indeterminada durante o período em estudo. Ao preencher, por exemplo, que uma vítima teve uma hemorragia cerebral devido a traumatismo crânio encefálico decorrente de ação contundente, o legista na verdade não esclareceu, sob o ponto de vista epidemiológico, a causa básica do óbito, visto que essa ação contundente pode ser um atropelamento, uma queda ou uma colisão.

Aqui fica evidente uma situação em que as crenças pessoais sobrepõem a tarefa de bem informar. Trata-se de um profissional com muitos anos de casa, exercendo há muito tempo à medicina legal, aliás, desde uma época em que as causas externas não tinham ou tinham pouca importância no perfil da morbi-mortalidade da população de Vitória. Talvez tenha faltado treinamentos e capacitações para o preenchimento que contemplassem a importância de se informar à causa básica do óbito e não apenas a causa médica. Quando lhe foi perguntado sobre a importância das informações que transcreve na DO, sua resposta foi: *para epidemiologia*. Portanto, esse profissional tem a consciência do valor epidemiológico das informações transcritas na DO, mas evidentemente que não percebe que o que interessa para a epidemiologia é a causa básica e não a causa médica.

9.5 – Receios de Envolvimento Legal e Autonomia do Legista

Uma questão apontada por Souza (2002) que poderia interferir no preenchimento da causa básica de óbito por acidentes e violência refere-se ao receio que o médico legista teria em declarar uma determinada causa de morte e depois ter que depor em juízo sobre o seu preenchimento.

Para a maioria dos profissionais entrevistados esse receio não existe. Alguns alegaram que já foram chamados à presença do juiz não para prestar esclarecimento sobre o preenchimento da DO, mas para explicar o significado de termos técnicos da área médica constantes em laudos cadavéricos. A maioria dos entrevistados disse também que nunca sentiu constrangimento em transcrever os dados que constam do ofício da polícia para a DO visto que se tratam de informações oficiais, fornecidas pelo delegado.

“Não tenho receio porque isso é um dado epidemiológico, isso é bem esclarecido para a gente, apesar de alguns colegas plantonistas aqui não concordarem, mas é bem esclarecido que aquilo ali é um dado epidemiológico e a gente segue a orientação do ofício. Então na verdade, não sou eu quem está inventando, está no ofício. Alguns plantonistas têm receio, mesmo estando escrito aqui na DO que são informações de cunho epidemiológico, ele acha que está se envolvendo. Eu nunca tive essa dificuldade, porque o preenchimento naquele local é claro: com fins epidemiológicos, tá escrito no boletim. Acho que isso atrapalha o preenchimento por parte de alguns legistas. Inclusive, em reunião recente, foi consenso geral que todos vão preencher. Então se existia receio, agora não existe mais”.

No relato acima, o entrevistado deixou claro que não tem receio nem constrangimento nenhum em transcrever as informações para a DO. No entanto parece haver uma contradição em sua fala, visto que ao mesmo tempo em que diz serem as informações de cunho epidemiológico e que *isso é bem esclarecido para a gente*, na sequência ele complementa *apesar de alguns colegas plantonistas não concordarem*. Então não está claro para todos os legistas que aquelas informações são apenas de cunho epidemiológico e o próprio entrevistado afirma isso ao dizer *“alguns plantonistas tem receio mesmo estando escrito aqui na DO que são informações de cunho epidemiológico”*.

De fato esse receio se manifestou em alguns relatos. Dos sete entrevistados, dois deles relataram sentir receio em escrever uma determinada causa de óbito e depois ter que se explicar na justiça:

“Tenho receio e acho que todo mundo tem. Quanto ao apoio institucional, acredito que não teria”.

“Lógico que sim. Sinto esse receio. Ainda não tive que responder judicialmente. Alguns colegas já responderam sobre informações do laudo da necropsia, e não sobre a DO. Acho que não teria nenhum apoio institucional. Nunca aconteceu isso. Já vi colegas ter responder questionamentos, mas responder judicialmente não”.

Dentre esses profissionais, encontra-se aquele que prefere escrever “ação contundente” no lugar de especificar a causa básica e que foi responsável por 20% dos óbitos indeterminados. No entanto, a influência que esse receio poderia exercer sobre o preenchimento da causa básica na DO tem que ser relativizada, visto que, o outro profissional que alegou também sentir insegurança em escrever e depois ter responder judicialmente, foi responsável pelo preenchimento de menos de 3% dos óbitos indeterminados.

No relato desses dois profissionais, além de estar expresso o receio de ter que comparecer diante do juiz para prestar esclarecimentos sobre determinado preenchimento consta também à descrença dos mesmos quanto a um possível apoio institucional caso eles tivessem problemas com a justiça. Nesse aspecto, até mesmo alguns entrevistados que disseram não sentir nenhum tipo de receio, também acreditam que não contariam com apoio institucional. Há também aqueles que nunca refletiram sobre a questão. Um dos entrevistados acredita que *“essa preocupação (receio) é mais subjetiva do que real”*, portanto não caberia uma discussão se tem ou não tem apoio institucional.

Quanto à autonomia que o médico legista possui para realizar o preenchimento da DO, não houve reclamações. Quando perguntados se existe alguma orientação, ou da polícia ou do DML quanto ao preenchimento da DO quando o óbito foi por acidente ou violência e qual seria essa determinação, todos foram unânimes em afirmar que os

critérios são apenas médicos, que eles é que são autoridades no assunto e que não existe nenhuma interferência, seja por parte do DML ou da Polícia Civil.

9.5 – Sugestões dos Médicos Legistas para Melhoria da Qualidade do Preenchimento da DO

A maior parte dos entrevistados fez suas considerações enfocando os aspectos relativos as fontes de informação, que julgam ser os principais fatores de interferência no preenchimento da DO: o ofício da polícia e o encaminhamento hospitalar. Enfatizaram a necessidade de melhoria na qualidade desses dois documentos, no entanto não ofereceram nenhuma solução para a questão da DO que fica sem o preenchimento da causa básica de óbito e aguardando esclarecimento de um plantão para o outro, visto que esse problema está mais relacionado ao processo de trabalho no DML do que com o ofício da polícia (descrição no item 9.3.1).

Os profissionais legistas acreditam que deve ser realizado um amplo trabalho junto aos hospitais, no sentido de melhorar o laudo médico que são emitidos nesses serviços, pois é um documento que, se bem preenchido, ajudaria muito na elucidação da causa básica de óbito.

Por fim, surgiram propostas de realização de seminários relacionados à medicina legal, até mesmo como uma forma de valorizar mais a referida especialidade. A idéia seria colocar em evidência o trabalho que é realizado pelo legista, pois pelo DML circulam uma série de informações sobre um dos principais problemas que atinge o estado do Espírito Santo e em especial a região metropolitana: a violência.

10- RECOMENDAÇÕES

O estudo da qualidade do preenchimento da causa básica de óbito no DML de Vitória trouxe a tona um problema que existe em outros serviços de medicina legal do país, relatado em diversos estudos, que é o preenchimento da causa básica do óbito, elemento essencial para que os serviços de epidemiologia detectem o perfil da mortalidade por causas externas.

Desde a sua criação em 1999, o GMAMCE vem conseguindo manter os percentuais de eventos de intenção indeterminada abaixo de 1%, percentual que já foi de quase 6% em 1996. Esse estudo possibilitou identificar o percentual de óbitos que permaneceriam indeterminados, caso não houvesse a recuperação das informações realizada pelos técnicos do GMAMCE.

Ao recuperar as informações foi possível determinar quais as causas externas específicas que estavam mal definidas ou indeterminadas e avaliar em que medida seria a perda dessa informação e avaliar o seu impacto sobre as taxas de mortalidade por

essas causas no município de Vitória. O resgate de praticamente todas as informações que estavam mal definidas mediante visita aos arquivos do DML, demonstrou que esse Departamento dispõe das importantes informações de cunho epidemiológico, mas não repassa para a DO (Drumond Jr. et al., 1999).

Essa última constatação criou a necessidade de se conhecer melhor o local no qual essas informações são produzidas. Para tanto, a realização das entrevistas possibilitou adentrar um pouco no ambiente de trabalho dos médicos legistas, profissionais responsáveis pelo preenchimento da DO.

Foi possível identificar que os legistas apontaram como falhas as principais fontes que fornecem informações para o preenchimento da DO o ofício da polícia e o encaminhamento hospitalar. Esses documentos são emitidos respectivamente por delegacias de polícia e hospitais. Ao percorrer instituições e serviços diferentes até chegar ao DML e posteriormente às secretarias de saúde, a informação sobre o evento violento é condicionada por uma série de fatores que envolvem a função social dessa instituição, a formação e o treinamento de seus profissionais para o preenchimento de formulários e a capacidade tecnológica para diagnóstico da causa violenta que gerou a lesão (Souza, 2002). Além disso, a comunicação entre diferentes instituições é muito precária e não há troca de informações entre elas. Em face dessa realidade urge a necessidade de uma melhor interação entre as instituições (delegacias de polícia, hospitais, DML, secretarias de saúde) que produzem informações sobre eventos violentos. A importância de que desenvolvam um trabalho calcado numa rede serviços que promovam a constante permuta de informações e experiências, com profissionais capacitados, valorizados e, sobretudo conscientes da importância da informação para a promoção da cidadania (Souza et al., 1996 e Njaine et al., 1997).

No entanto identificaram-se também problemas no próprio DML. As reclamações sobre o ambiente e condições de trabalho que apresenta certas deficiências, tais como sobrecarga de trabalho dos auxiliares de necropsia, iluminação inadequada, falta de ventilação, a carência de determinados materiais, aquilo que Souza (2002) denominou de precárias condições de trabalho. Nesse contexto surge a possibilidade para utilização do recurso da improvisação (Deslandes et al., 2003). O tempo de trabalho na instituição e a experiência acumulada ao longo dos anos parecem suficientes para se chegar a certas conclusões sobre as circunstâncias do evento violento, ainda que

as fontes de informação não estejam claras. As percepções sobre a importância da causa básica de óbito e a opinião do profissional que julga não ser atribuição do legista informar se o óbito teve como causa inicial um atropelamento ou queda, limitando-se a informar ação contundente e considerando ser “adivinhos” aqueles que pesquisam de fato a causa básica do óbito. Por fim um outro fator presente na estrutura interna do DML, refere-se à desvalorização da especialidade de medicina, a ponto de alguns considerá-la como “bico”. Mas isso não exclusivo do DML. Conforme Aldé (2003), praticamente não existe mais a dedicação exclusiva do médico ao IML, em decorrência da necessidade de complementação de salários e desestímulo acadêmico, que levam a maioria dos peritos a procurar outras especialidades.

Diante dessas constatações, esse trabalho se propõe a apresentar uma série de propostas que possam contribuir para a melhoria da qualidade da informação sobre as mortes violentas acidentais, que certamente ajudarão a conhecer e compreender cada vez mais como tais fenômenos se comportam, não só na capital capixaba, mas também em outros municípios da região metropolitana de Vitória. Na sequência serão apresentadas as propostas:

- Manutenção do GMAMCE em Vitória e incentivo para a criação de serviços semelhantes nas demais secretarias municipais de saúde dos demais municípios da região metropolitana de Vitória.
- Criar um banco de dados sobre eventos violentos integrado para todos os municípios da região metropolitana de Vitória, visando facilitar a permuta de informações
- Realizar um trabalho articulado entre secretarias municipais de saúde com outras secretarias afins (Ação Social, Direitos Humanos e Trânsito) e também com as polícias militar e civil, para que as instituições apresentem estatísticas menos destoantes, e conseqüentemente mais fidedignas e confiáveis.
- Repassar mensalmente ao DML todas as informações que são coletadas em seu arquivo. A retroalimentação valoriza o trabalho de quem produz a informação.
- Reuniões mensais entre técnicos das secretarias municipais de saúde e profissionais do DML, para troca de informações e para que cada órgão saiba o que o outro está fazendo.

- Realizar eventos (palestras, seminários), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, com os profissionais de saúde que trabalham nos hospitais responsáveis pelo atendimento a traumas, com o objetivo de discutir a importância do laudo médico.
- Promover seminários envolvendo os profissionais do DML e demais funcionários da Polícia Civil (delegados, escrivães, peritos criminais) afim de discutir o fluxo das informações para o DML, em especial o ofício policial.

- Criar uma rede de informações envolvendo as instituições que produzem informações acerca dos eventos violentos (delegacias de polícia, DML, hospitais e secretarias municipais e estadual de saúde), para que haja uma constante e contínua troca de informação e experiências.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDÉ, L. Os ossos do ofício: processo de trabalho e percepções de saúde no Instituto Médico legal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, S. M; MELLO JORGE, MHP. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e qualidade dos dados. *Cad. Saúde Pública*, nov/dez. 2001, vol. 17, no.6, p.1449- 1456.

BICUDO, H. *Violência: o Brasil cruel e sem maquiagem*. São Paulo: Editora Moderna, 1994. 120 p.

BORGES, Maria Alice Guimarães. A compreensão da sociedade da informação. *Ci Inf.*, set./dez. 2000, vol.29, no.3, p.25-32

CARVALHO, Isabel Cristina Louzada e KANISKI, Ana Lúcia. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? *Ci. Inf.*, set./dez. 2000, vol.29, no.3, p.33-39.

CLAVES/ENSP/FIOCRUZ (2001), Boletim Morbi-mortalidade por causas violentas no Brasil, 1999. [on line] www.claves.fiocruz.br/Boletim%203.PDF. Arquivo capturado em 17 de fevereiro de 2004.

CLAVES/ENSP/FIOCRUZ (2002), Relatório Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. [on line] www.claves.fiocruz.br/Cap%205.PDF. Arquivo capturado em 30 de outubro de 2003.

COSTA, M.F.F.L; GUERRA, H.L.; BARRETO, S. M. e GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da Situação de Saúde da População Idosa Brasileira: um Estudo da Mortalidade e das Internações Hospitalares Públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2000; 9(1): 23 – 41.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.246/88. Código de Ética Médica. URL: <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=>

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. URL: <http://www.ufrgs.Br/HCPA/gpp/res19696.htm#projeto>

DELLASOPPA, E, BERCOVICH, AM. e ARRIAGA, E. Violência, direitos civis e demografia no Brasil na década de 80: o caso da área metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev. bras. Ci. Soc.*, fev. 1999, vol.14, no.39, p.155-176.

DESLANDES, SF, MINAYO, MCS e SILVA, CFR da, 2003. Capítulo V –Condições Matérias, Técnicas e Ambientais de Trabalho. In Missão Investigar: Entre o Ideal e a Realidade de Ser Policial (M.C. Minayo & E.R. Souza, orgs), pp 109-134, Rio de Janeiro: Gramond Universitária.

DRUMOND JR, M., LIRA, MMTA., FREITAS, M. de *et al.* Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada.. *Rev. Saúde Pública*, Jun 1999, vol.33, no.3, p.273-280.

IPEA (2003), Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas. Síntese da pesquisa. Brasília, 2003.

LADEIRA, R. M. & GIMARÃES, D. C. Análise da concordância da codificação da causa básica de óbito por acidentes de trânsito. *Rev. Saúde Pública*, 32(2): 133-7, 1998.

LAURENTI, R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saúde Pública*, ago. 1997, vol.31, no.4, supl, p.55-58.

LIMA, MLC de, SOUZA, ER de, XIMENES, R *et al.* Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2002, vol.36, no.4, p.462-469.

LÓPEZ de Ullibarri Galparsoro I y PITA Fernández, S. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria* 1999; 6: 169-171.

MACEDO, AC, PAIM, JS, SILVA, LM Vieira da *et al.* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, dez. 2001, vol.35, no.6, p.515-522.

MELLO JORGE, MHP, GAWRYSZEWSKI, VP e LATORRE, MRD. de OI - Análise dos dados de mortalidade. *Rev. Saúde Pública*, ago. 1997, vol.31, no.4, supl, p.05-25.

MELLO JORGE, M. H. P., GOTLIEB, S. L. D., LAURENTI, R. O Sistema de Informações de Mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. *Rev. Brás. Epidemiol.* 2002; 5(2): 212 – 223.

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo -Rio de Janeiro: Editora Hucitec – Abrasco, 1992.

MINAYO, MCS. Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(suplemento 1): 07-18, 1994

MINAYO, MCS e SOUZA, ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cienc.Saude Coletiva.* 1999; 4: 7-32

NJAINÉ, K., SOUZA, ER de, MINAYO, MC. de S. *et al.* A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad. Saúde Pública*, jul./set. 1997, vol.13, no.3, p.405-414. ISSN 0102-311X.

NJAINÉ, K. e SOUZA, E. R., 2003. Informação e Comunicação Sobre Violência: Instrumentos Para a Cidadania. In *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira* (M.C. Minayo & E.R. Souza, orgs), pp. 269-282, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

RELATÓRIO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO DESTINADA A INVESTIGAR O AVANÇO E A IMPUNIDADE DO NARCOTRÁFICO. Brasília, 2000.

SANTOS, S. M., BARCELLOS, C., CARVALHO, M. S. *et al.* Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad. Saúde Pública*, set./out. 2001, vol.17, no.5, p.1141-1151

SILVEIRA, Henrique Flávio Rodrigues da. Motivações e fatores críticos de sucesso para o planejamento de sistemas interorganizacionais na sociedade da informação. *Ci. Inf.*, maio/ago. 2003, vol.32, no.2, p.107-124.

SIMOES, EM. de S. e REICHENHEIM, ME. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, maio/jun. 2001, vol.17, no.3, p.521-531.

SOUZA, ER. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico de mortalidade por causas externas em Duque de Caxias/RJ. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

SOUZA, ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad. Saúde Pública*, 10 (Supl. 1): 45-60, 1994.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. & SILVA, C. M. F. P., 1997. Violência no Município do Rio de Janeiro: Áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1:389-398.

SOUZA, ER & MINAYO, MCS, 1999. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80* (MCS Minayo, org), pp 87-116, Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco.

SOUZA, ER; NJAINE, K. & MINAYO, M.C.S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. *Informare, Cadernos do Programa de Pós – Graduação. Ciência da Informação*, 2, 104 –112, 1996.

SOUZA, E. R., 2002. Processos, Sistemas e Métodos de Informações em Acidentes e Violências no Âmbito da Saúde Pública. In *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método* (M.C. Minayo & S.F. Deslandes, orgs), pp. 255-273, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SOUZA, E. R. et al, 2003. Análise Temporal da Mortalidade por Causas Externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira* (M.C. Minayo & E.R. Souza, orgs), pp. 83-108, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

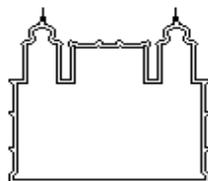
VÍCTORA,CG, KNAUTH, DR e HASSEN, M de NA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p

WASELFISZ, JJ *Mapa da Violência III: juventude, violência e cidadania*. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Ministério da Justiça/SEDH,2002. 172p.

WERTHEIN, Jorge. A sociedade da informação e seus desafios. *Ci. Inf.*, maio/ago. 2000, vol.29, no.2, p.71-77.

ZALUAR, A., NORONHA, J. C. de e ALBUQUERQUE, C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional ?. *Cad. Saúde Pública*, 1994, vol.10 supl.1, p.213-217.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA E MÉTODOS QUANTITATIVOS
EM SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa sobre análise do preenchimento da declaração de óbito por causas externas pelos profissionais legistas

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Consiste de um estudo sobre o preenchimento das informações constantes na DO por causas externas no município de Vitória entre 2000 e 2002

O principal objetivo da presente entrevista é identificar as dificuldades existentes no que se refere ao preenchimento da declaração de óbito, por parte dos profissionais que trabalham com a realização da necropsia e o preenchimento da DO.

Pretende-se ao final da pesquisa, formular sugestões para melhoria nas condições de trabalho, procurando integrar DML, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e Serviço de Verificação de Óbito.

Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas; o que importa é a sinceridade e espontaneidade de sua resposta. Serão garantidos o sigilo e o direito a retirar em parte ou integralmente quaisquer respostas, assim como o de interromper sua participação caso sintá-se constrangido.

Dorian Chim Smarzaro

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **A Informação Sobre Mortes por Causas Externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo. 2000 - 2002**. Considero que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador **Dorian Chim Smarzaro** sobre a presente pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Vitória, _____ de _____ de 2004

Assinatura do sujeito

ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Qual a sua carga horária de trabalho como legista?
- 2) Como é a sua rotina de trabalho como legista?
- 3) Como são as condições de trabalho para a realização de suas atividades de legista?
Equipamentos, condições físicas do ambiente, relacionamento....
- 4) Você sente alguma dificuldade para realizar o preenchimento da DO por causa externa?
- 5) Quando você preenche o campo VI (Causas do óbito), o que você acha que deve ser anotado? Por quê?
- 6) Ao preencher o campo VII (prováveis circunstâncias da morte não natural), você sente alguma dificuldade para assinalar o tipo de causa externa que ocasionou as lesões? Por quê?

- 7) No momento do preenchimento da causa do óbito, você dispõe de todas as informações: ofício da polícia ou laudo hospitalar ou outra fonte, para lhe ajudar na determinação da causa mortis?
- 8) As informações e materiais com os quais você dispõe são suficientes?
- 9) Além das informações disponíveis, você busca outras fontes para esclarecer as causas de óbito? Quais?
- 10) Você sente algum constrangimento em transcrever as informações que constam no ofício da polícia para a DO? Por quê?
- 11) Sente algum receio de preencher uma determinada causa de óbito e posteriormente ter que responder judicialmente pelo ato? Nesse caso você teria algum apoio institucional?
- 12) Existe alguma orientação, ou da polícia ou do DML, quanto ao preenchimento da DO quando o óbito foi por acidente ou violência? Qual?
- 13) Na sua opinião, qual a utilidade das informações que você transcreve na DO?
- 14) Do seu ponto de vista o que poderia ser feito para melhorar o preenchimento da DO por causa externa