

As mortes no Brasil: Problemas Metodológicos e Institucionais

Doriam Borges¹

Dayse Miranda²

Thais Duarte³

Resumo

As mortes violentas são um problema de grande relevância no Brasil. Nos últimos 30 anos, mais de 1 milhão de pessoas foram vítimas de homicídio neste país. Vale ressaltar que este número é subestimado, devido a problemas de confiabilidade dos registros. Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo compreender o fluxo de registros das mortes violentas em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Salvador e Maceió), procurando entender quais as principais barreiras para o desenvolvimento de dados oficiais válidos e confiáveis sobre mortes violentas. A pesquisa encontrou, entre outros, os seguintes resultados: não há no discurso dos funcionários das instituições visitadas uma cultura de valorização da informação; no Rio e em Salvador, a qualidade em relação a alguns dados essenciais é extremamente precária. Esse fato contribui para a obscuridade e impunidade dos crimes cometidos, no caso dos registros policiais; os três estudos de caso sugerem que o gargalo do fluxo de informações de mortes violentas está no Instituto Médico Legal. Em suma, concluímos que o processo constitutivo dos registros de mortes violentas nas capitais investigadas é similar ao fluxo nacional, salvo algumas singularidades das trajetórias histórica e cultural (crenças, procedimentos, regras e práticas) das organizações visitadas.

1. Introdução

A teoria clássica das organizações define que as organizações são coletividades estruturadas, caracterizadas pela existência de mecanismos de poder, metas estabelecidas e pela utilização de procedimentos tecnológicos (March & Simon, 1958). Max Weber (1946; 1947) em seu estudo clássico sobre a burocracia mostra como as organizações do tipo burocrática respondem racionalmente ao ambiente externo, visando fazer cumprir as suas metas. O autor parte do suposto de que as burocracias são mais eficientes (em relação aos objetivos de uma estrutura formal) em relação às formas alternativas de organizações.

Em contrapartida, algumas análises, como a de Merton (1940) e Selznick (1948), tomam as consequências disfuncionais de uma organização burocrática como

¹ Doutor em Sociologia, Professor e Pesquisador do LAV/UERJ. E-mail: doriamb@gmail.com

² Doutora em Ciência Política e Pesquisadora do LAV/UERJ. E-mail: dayse.mira@gmail.com

³ Doutoranda em Ciências Sociais e Pesquisadora do LAV/UERJ. E-mail: thais-duarte@hotmail.com

referência. Merton elege procedimentos formais como mecanismos de controle comportamental de membros de uma dada organização. As respostas individuais aos estímulos de mudanças comportamentais, explica o autor, estão associadas às características das estruturas organizacionais. O uso de regras como mecanismo de controle não somente reduz o risco, como também as consequências inesperadas geradas pelas decisões de seus membros. Essa padronização de procedimentos envolve a redução de relações pessoais no ambiente organizacional; a internalização de regras formais e a redução de alternativas, gerando respostas mais previsíveis.

Selznick (1948) enfatiza a delegação de autoridade (*delegation of authority*) como mecanismo de controle de consequências inesperadas (*unanticipated consequences*). Assim como Merton, o autor mostra como as consequências inesperadas resultam de problemas relacionados ao sistema de relações interpessoais presentes no ambiente organizacional. Delegação tende a reduzir as diferenças entre objetivos organizacionais e a sua realização e, conseqüentemente, estimula mais delegação. Delegar poderes resulta mais especialização de competências (treinamentos); a departamentalização (setorização) e o aumento de diferenciação de interesses entre setores. Por último, a bifurcação de interesses entre setores intensifica os conflitos intraorganizacionais.

Esse referencial nos auxilia a compreender o funcionamento do sistema de organizações e segmentos que integra o fluxo de informações de mortalidade no Brasil.

As organizações adquirem características singulares ao longo de suas trajetórias históricas. “Cada organização tende a institucionalizar uma cultura singular, que não está prevista pelo arcabouço formal do sistema, e que acaba por influenciar a percepção de cada uma delas acerca de seu papel e das outras na dinâmica do fluxo. As organizações têm vida própria, constroem trajetórias institucionais que escapam, muitas vezes, aos ditames previstos por seus formuladores” (Sapori, et. al., 2012, p.3). Daí a razão para a cúpula administrativa (*top hierarchy*), segundo os especialistas citados, fazer usos de mecanismos de controle do comportamento de seus membros, seja pelo uso de regras formais, seja delegação de micro poderes (autoridade).

As dinâmicas do fluxo de informações de mortalidade no Brasil podem ser compreendidas à luz dos elementos que caracterizam uma organização burocrática. São eles: 1- a ausência de comunicação / trocas formais entre setores intra e inter organizacionais; 2- a presença de segmentos organizacionais desarticulados, isto é, estruturas formais com baixa conectividade (Sapori et. al., 2012). Essa frouxa

articulação entre atores e organizações se cristaliza nos níveis de conflito e de negociação; 3- a divisão de trabalho não harmônica. Esses segmentos organizacionais, ao contrário, tendem a agir segundo próprias lógicas, gerando conflitos e contrariando a divisão de trabalho harmoniosa prevista. Disputas pelo controle da informação são recorrentes além da competição por recursos escassos; e 4- críticas recíprocas entre os segmentos organizacionais do fluxo são comuns, atribuindo-se mutuamente responsabilidades por eventuais fracassos do sistema.

O fluxo processual das informações de mortes violentas no Brasil é caracterizado por singularidades que potencializam a frouxa articulação em sua dinâmica. O sistema de geração e processamento de dados de mortalidade tanto na saúde quanto na segurança pública é caracterizado por baixa articulação e comunicação entre os segmentos organizacionais que integram o fluxo. Essa divisão está estruturada da seguinte forma: de um lado o policiamento investigativo; de outro, a Polícia Técnica e o IML, as organizações de saúde, responsáveis pela produção de informações epidemiológicas. A baixa conectividade do fluxo prescreve uma divisão de trabalho que deveria garantir coerência e racionalidade na atuação das diversas instâncias do poder público (Sapori, L., et al, 2012, p. 2). Não obstante, esses atores atuam na produção de informações de mortalidade, obedecendo a lógicas próprias. Essa individualização de práticas cotidianas de trabalho distancia os atores envolvidos na geração e processamento de informações, comprometendo a qualidade do produto final: os registros de mortes violentas.

É com base nestas constatações que pretendemos desenvolver uma reflexão crítica acerca do fluxo dos registros de mortes violentas no Brasil. Para tanto, analisamos comparativamente a qualidade de informações de mortes por homicídios, produzidas e organizadas pela Polícia e pela Saúde (SIM), em três capitais brasileiras. Nossa meta foi identificar os gargalos que impedem a maior qualificação das informações de homicídios registrados, por ambas as fontes, assim como oferecer subsídios à discussão dos sistemas de saúde e segurança, a partir de uma abordagem das organizações institucionais e suas lacunas.

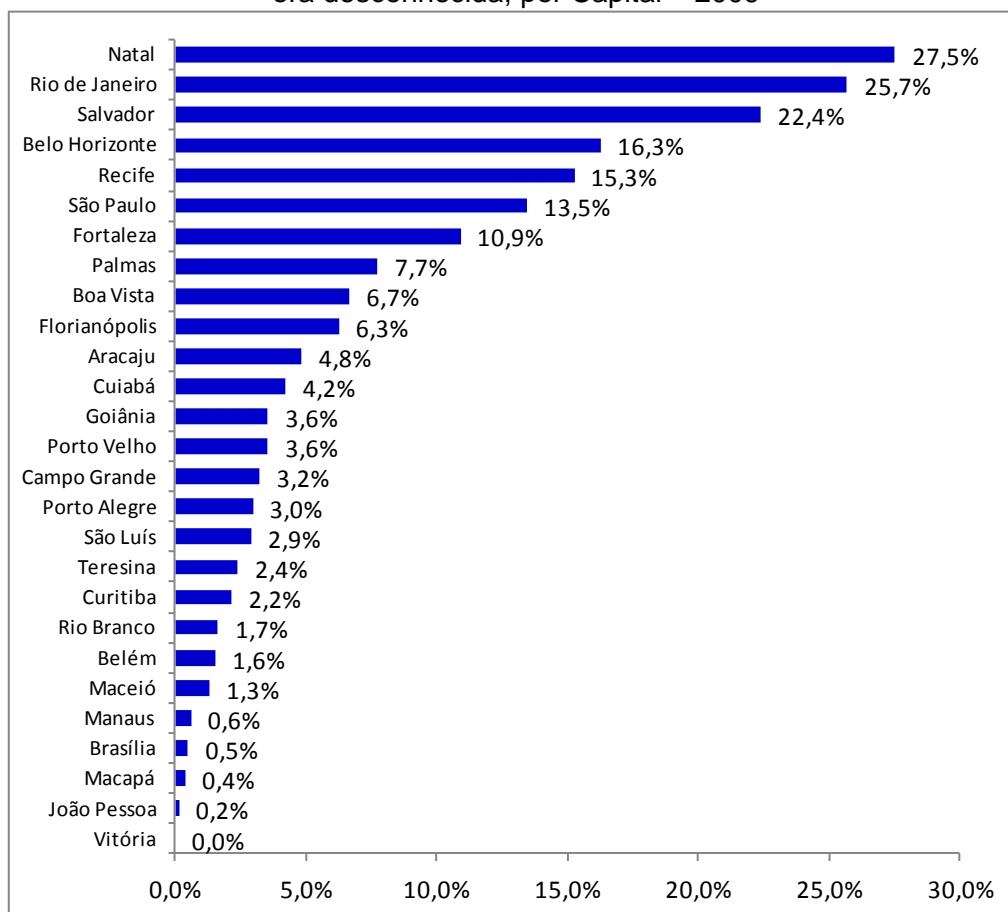
O presente texto está dividido em três seções. A primeira apresenta a abordagem metodológica adotada pelo estudo. A segunda é dedicada à descrição analítica do fluxo dos registros de mortes violentas no Brasil, dando ênfase ao fluxo investigado nas três cidades selecionadas para este trabalho. Na terceira seção, abordamos algumas das questões mais relevantes para a compreensão do processo constitutivo das informações

de mortes violentas nos três casos examinados. Por último, tecemos as considerações finais.

2. Abordagem Metodológica

Para depreender uma análise do fluxo de registro das mortes violentas, este projeto lançou mão de diversas estratégias metodológicas, tratando-se, portanto, de uma abordagem que usou utilizando simultaneamente técnicas quantitativas e qualitativas (triangulação metodológica). Nessa seção, faremos a descrição da metodologia empregada no estudo.

Gráfico 1 – Percentual de mortes por causa externa cuja intencionalidade era desconhecida, por Capital – 2009



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / DATASUS

A análise do fluxo foi feita em três capitais brasileiras. Duas delas foram as cidades do Rio de Janeiro e Salvador, escolhidas em função da gravidade do problema

de classificação identificada no Gráfico 1⁴. Ambos os casos foram selecionados, essencialmente, em função da taxa de mortes violentas com intencionalidade desconhecida. Para a seleção da terceira capital, levamos em consideração os seguintes atributos: ter um percentual pequeno de mortes por causas externas cuja intencionalidade é desconhecida; os dados da saúde e da polícia altamente correlacionados com significância estatística; e uma taxa de morte violenta acima de 20 por 100 mil habitantes. Na Tabela 1, podemos estão as informações utilizadas para a escolha da capital que comporia o estudo, juntamente com Rio de Janeiro e Salvador.

Tabela 1 – Análise da qualidade das informações sobre Mortes Violentas dos dados da Saúde e Polícia por UF

UF	Dados da Polícia: Homicídios Dolosos					Dados da Saúde: Mortes por Agressão					Correlação entre os dados da Polícia e da Saúde	% de óbitos de causas externas mal definidos no total de óbitos de causas externas 2009
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008		
Paraná	25,2	26,7	28,3	29,2	29,9	29,7	32,6	1,000	3,0
Alagoas	33,3	37,7	52,3	62,7	66,0	35,1	40,2	53,1	59,6	60,0	0,992	0,8
São Paulo	22,3	17,5	14,8	11,7	10,8	28,9	21,9	20,4	15,4	15,3	0,991	10,4
Amazonas	13,7	15,6	18,6	19,6	21,0	16,9	18,5	21,1	21,0	23,3	0,984	1,4
Ceará	17,1	18,4	19,0	22,2	22,5	20,0	20,9	21,8	23,2	23,3	0,983	7,0
Rio Grande do Sul	17,0	16,4	17,0	18,5	21,0	18,5	18,6	18,0	19,8	21,9	0,973	7,0
Pará	27,2	32,2	32,2	31,1	39,8	22,7	27,6	29,2	30,4	38,9	0,966	3,3
Bahia	21,0	21,3	22,3	25,8	29,8	16,6	20,9	23,7	25,9	32,5	0,946	18,8
Sergipe	23,8	23,6	28,3	25,1	25,8	24,4	25,0	29,9	25,9	28,7	0,938	5,5
Rio de Janeiro	38,3	39,0	36,7	35,0	33,0	51,5	48,2	47,6	41,7	30,2	0,929	25,5
Rio Grande do Norte	13,4	18,3	19,6	22,6	23,1	11,7	13,6	14,8	19,3	21,5	0,927	19,3
Espírito Santo	53,2	50,0	53,6	53,7	57,5	49,4	46,9	51,2	53,6	55,6	0,926	3,2
Minas Gerais	16,1	17,7	15,8	14,3	10,7	22,6	21,9	21,3	20,8	19,0	0,914	11,7
Mato Grosso do Sul	23,7	21,6	24,9	24,5	23,2	29,7	27,9	29,8	30,4	29,6	0,893	2,5
Rondônia	34,7	29,8	31,2	27,1	28,4	38,0	36,0	37,8	27,4	29,4	0,856	3,2
Maranhão	9,4	9,5	14,7	15,5	16,0	11,8	14,8	15,1	17,4	19,3	0,836	3,3
Santa Catarina	7,3	7,1	8,4	9,4	12,6	11,3	10,6	11,0	10,5	13,1	0,807	3,0
Distrito Federal	24,8	22,1	22,6	23,3	25,6	36,5	31,9	32,3	33,5	34,1	0,766	0,0
Pernambuco	48,4	50,2	51,9	49,9	48,5	50,7	51,2	52,7	53,1	49,7	0,738	7,9
Tocantins	14,6	14,0	15,8	14,9	17,1	16,5	15,5	17,9	16,8	16,9	0,662	4,0
Paraíba	19,2	18,1	21,6	16,8	23,0	18,6	20,6	22,6	23,7	27,4	0,528	1,7
Goiás	19,3	20,0	23,7	21,7	25,5	26,4	24,9	24,6	24,4	28,9	0,493	4,0
Roraima	14,4	11,8	15,9	11,6	9,4	22,6	24,5	27,3	27,9	24,0	0,155	6,7
Piauí	7,2	9,3	8,2	9,5	9,7	11,8	12,8	14,4	13,2	12,2	0,120	4,9
Amapá	28,6	22,2	28,9	24,5	27,4	31,3	33,0	33,0	27,2	27,9	0,038	0,0
Acre	24,6	17,3	20,7	23,9	25,4	18,7	18,8	22,6	19,2	19,0	-0,252	2,8
Mato Grosso	22,6	20,1	26,8	28,6	25,2	32,1	32,4	31,5	30,7	31,1	-0,916	3,6
Goiás	19,3	20,0	23,7	21,7	25,5	26,4	24,9	24,6	24,4	28,9	0,493	4,0
Roraima	14,4	11,8	15,9	11,6	9,4	22,6	24,5	27,3	27,9	24,0	0,155	6,7
Piauí	7,2	9,3	8,2	9,5	9,7	11,8	12,8	14,4	13,2	12,2	0,120	4,9
Amapá	28,6	22,2	28,9	24,5	27,4	31,3	33,0	33,0	27,2	27,9	0,038	0,0
Acre	24,6	17,3	20,7	23,9	25,4	18,7	18,8	22,6	19,2	19,0	-0,252	2,8
Mato Grosso	22,6	20,1	26,8	28,6	25,2	32,1	32,4	31,5	30,7	31,1	-0,916	3,6

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

⁴ Embora Natal seja a capital em que o percentual de casos de mortes por causas externas com intenção indeterminada é maior, o número absoluto dos casos nesta cidade é muito reduzido, de modo que optamos por cidades com um número mais elevado de mortes.

Alagoas foi o estado com maior correlação entre os dados da polícia e da saúde⁵. Não obstante, Alagoas também apresentou um dos percentuais mais baixos de mortes violentas cuja intencionalidade é desconhecida entre os óbitos por causas externas. Sendo assim, escolhemos a capital de Alagoas para realizar o estudo de caso.

Para a realização deste estudo, foram visitadas as polícias civis, os IMLs, as secretarias de saúde municipal e estadual nas três capitais. Em tais locais, foram feitas entrevistas com gestores, técnicos, policiais civis e médicos legistas ligados à organização e registro das mortes violentas. A realização de entrevistas com autoridades locais, policiais, médico legistas e atores-chave foi fundamental para complementar e contextualizar as informações estatísticas, pois possibilitou levantar dados mais detalhados das dinâmicas dos registros das mortes violentas.

3. O Fluxo dos Registros de Mortes Violentas no Brasil

A violência mudou o perfil da mortalidade no Brasil desde a década de 1980. Os acidentes de trânsito e os homicídios foram os responsáveis por essa mudança. No entanto, é importante salientar que este cenário pode ser ainda subestimado, haja vista a carência de informações qualificadas sobre mortes violentas. O mau preenchimento dos formulários de registro das mortes violentas implica em dificuldades tanto no aspecto epidemiológico, ou seja, na determinação da causa da morte, quanto no sentido social e jurídico, que deixam de informar dados essenciais ao esclarecimento dos eventos, o que atrapalha a resolução dos casos e a punição dos agressores.

No caso das mortes violentas registradas pelos órgãos de saúde, o formulário preenchido é a Declaração de Óbito (DO) que, a despeito de fornecer informações importantes, carecem de dados sobre as circunstâncias do evento e outras características dessas mortes. Já vimos também, que na Polícia Civil as mortes são registradas nos Boletins de Ocorrência (ou Registro de Ocorrência).

Ambas as fontes nunca coincidem quanto ao número de vítimas de homicídio, devido a diversas razões relativas ao processamento da informação em cada uma delas e por conta das definições utilizadas nas categorizações das mortes. Embora alguns pesquisadores (Lozano, 1997; Cano, 2001) tenham desenvolvido métodos aplicáveis a

⁵ Vale ressaltar que Paraná apresentou um valor alto na correlação entre os dados da polícia e da saúde em função do tamanho da série, o que descaracteriza a comparação com as outras unidades da federação.

estes registros para estimar o número aproximado de homicídios, não será possível esclarecer as diferenças entre as duas fontes sem estudar os registros individuais de homicídios e de outras categorias que poderiam conter homicídios tanto na polícia quanto no Ministério da Saúde. Embora conhecidas essas dificuldades, as informações sobre mortes violentas podem contribuir bastante para a análise da violência criminal, expressando tendências e apontando para a extensão do fenômeno e sua gravidade (Catão, 1999).

Verificamos que, baseado nos resultados de algumas pesquisas, a melhor orientação das políticas de prevenção é a sua suplementação com outras fontes de dados. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugeriu que as instituições que trabalham com os dados de mortalidade integrassem as suas informações com as de outras fontes já existentes como uma possibilidade para aperfeiçoar o conhecimento sobre o problema. Uma experiência interessante desse tipo foi a que ocorreu na cidade de Cali, na Colômbia⁶, que considerou a metodologia como eficaz e adequada na implantação de um sistema para a vigilância epidemiológica dos homicídios (Guerrero, 1995). Os Estados Unidos também desenvolveram um modelo parecido. O sistema de informações - *National Violent Deaths Reporting System*- foi criado com o objetivo de acompanhar as mortes violentas através da integração das informações provenientes das estatísticas vitais, laudos de necropsia, registros policiais ou da justiça.

Desse modo, verificamos a importância da participação de diferentes instituições na geração de informações sobre as mortes violentas. Sendo assim, vamos apresentar como funciona o fluxo de registros de mortes violentas no Brasil e quais instituições estão envolvidas neste processo.

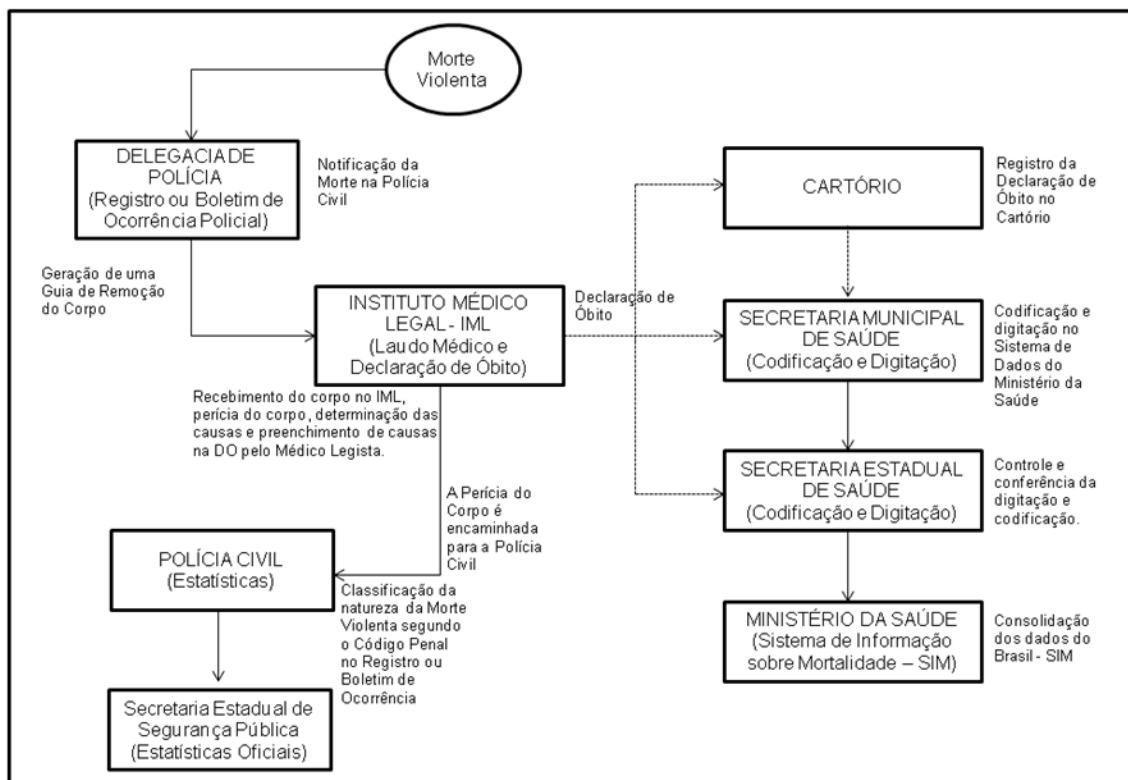
A partir do trabalho de campo desenvolvido nesta pesquisa junto às diferentes instituições e a descrição de estudos diversos, podemos conhecer as dinâmicas e as estruturas de trabalho dos órgãos responsáveis pelos registros de morte violenta.

Nesse sentido, vamos apresentar abaixo um organograma que apresenta como os registros de mortes violentas são gerados nas diferentes instituições no Brasil (Figura 4). Cumpre antes ressaltar que, apesar de haver diferenças entre os estados, os

⁶ O programa Desepaz (*Desarrollo, Seguridad y Paz*), desenvolvido em Cali, Colômbia, tem alcançado resultados interessantes, corroborando na mudança das tendências crescentes dos índices de violência. O Desepaz é um programa de controle e prevenção, que desenvolve um trabalho conjunto entre setores e instituições sociais, com o objetivo aperfeiçoar a qualidade da ação e da informação, tornando-as coerentes e compatíveis entre as várias instituições que registram o fenômeno, e de atuação integrada visando a medidas preventivas.

procedimentos em relação ao fluxo de registro das mortes violentas são bem parecidos e seguem algumas normas estabelecidas pelo Governo Federal.

Figura 4 – Fluxo das Mortes Violentas no Brasil



Elaboração própria

Normalmente, a Polícia Militar encaminha a notificação da morte violenta a Delegacia de Polícia Civil, que registra o ocorrido no Boletim de Ocorrência (BO). Nos casos em que a vítima falece no hospital, este órgão notifica a Delegacia. O corpo da vítima, por solicitação da Delegacia de Polícia Civil⁷, é removido para o Instituto Médico Legal (IML), onde é submetido à necropsia. Junto ao corpo segue, em geral, uma Guia de Remoção de Cadáver e o BO, que, muitas vezes, apresenta o relato do caso. Após a realização da necropsia e a elaboração do laudo, o médico legista emite a Declaração de Óbito. O IML é responsável tanto pelo preenchimento do atestado de óbito (parte IV da DO, onde é feito o registro das causas da morte), quanto pelas informações sobre as prováveis circunstâncias da morte (parte VI da DO), consideradas de interesse epidemiológico e que devem ser preenchidas para mortes não naturais.

⁷ Em alguns estados a solicitação é feita pela Delegacia de Polícia Civil responsável pela área onde ocorreu o óbito, em outros, o pedido é feito pela Divisão ou Delegacia de Homicídios.

Nessa parte, devem ser informados os campos referentes ao tipo de causa externa, tipo de acidente, fonte da informação, acidente de trabalho e local da ocorrência.

O IML envia o laudo para a Polícia Civil, que o inclui no inquérito e o utiliza como ferramenta para a investigação e definição do tipo de violência. A classificação dos tipos de violência feita pela Polícia Civil é baseada no Código Penal, e são organizadas e consolidadas nas estatísticas das Secretarias de Segurança Pública. Vale ressaltar, conforme destacado no Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2011), que nem todas as unidades da federação possuem dados dos registros efetuados pelas Delegacias da Polícia Civil consolidados para todo o estado.

As Declarações de Óbito emitidas pelo IML são enviadas ao Cartório para a produção da Certidão de Óbito. As DOs são preenchida em três vias, que percorrem o seguinte fluxo. A primeira via (cor branca) é recolhida nos Institutos de Medicina Legal, pelos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (em geral, as secretarias de saúde), ou enviada a estes pelos institutos. O destino dessa via é o processamento de dados nas instâncias municipais ou estaduais. A segunda via (cor amarela) é entregue pelo médico ou pelo setor do IML à família da pessoa falecida, para que seja levada ao cartório de registro civil, onde deve ficar arquivada para os procedimentos legais. A terceira via (cor rosa) permanece no IML, junto à documentação do paciente. Quando chegam aos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (em geral, as secretarias municipais de saúde), as DOs são submetidas a um processo de crítica, a fim de detectar possíveis erros de preenchimento e realizar a seleção da causa básica do óbito, a codificação e a digitação dos dados em um sistema informatizado do Ministério da Saúde. Todos os estados do Brasil as digitam no mesmo sistema do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) do Ministério da Saúde.

A introdução de um aplicativo (conhecido como Seletor de Causa Básica ou SCB) no programa informatizado do SIM para a escolha da causa básica permitiu, como realçaram alguns depoimentos, maior confiança na qualidade desta informação, uma vez que o sistema opera toda uma sequência lógica para a seleção da causa básica. Ao mesmo tempo, os entrevistados destacaram que tal aplicativo não substituiu a necessidade de capacitação de profissionais codificadores.

“É a causa básica, então a gente vai pro CID, mas o CID funciona da seguinte forma, a gente tem algumas regras que a gente vai, porque nós não somos médicos, então de repente o

nosso curso que foi quanto menos você souber da parte médica melhor porque você fica como investigador porque o médico já vai em cima e coloca o CID, mas a gente tem que fazer a investigação então tem algumas coisinhas que a gente tem que aplicar algumas regras, regra três, regra dois, regra de associação [...]” (Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador).

“A própria classificação de doenças, a gente chama de tabela de decisão de modificação para escolha das causas da morte, são as tabelas americanas são feitas e espalhadas pelo mundo inteiro. Só que no Brasil como a gente tem um seletor de causa básica é informatizado dentro do sistema de mortalidade, então esse seletor trabalha com a tabela de decisão o que pode levar o que pra escolher a causa.” (Gestora da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro).

“[...] o que originalmente um codificador fazia na mão o sistema faz ele aplica as mesmas regras de seleção que ai sim está às regras internacionais, por exemplo, no ano passado quando a gente deu o curso pra ver se capacitava codificadores nos municípios pra descentralizar mais gente. A gente trabalha sem o sistema formalizado porque a gente quer isso pro Brasil inteiro, pra o codificador saiba o que o sistema está escolhendo, porque a maneira de você manter esse sistema rodando legal é que ele tenha alguém por trás quem critique porque ele está fazendo errado, às vezes um erro de tabela ele seleciona uma causa que não deve ser a causa base [...]” (Gestora da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro).

As Secretarias Estaduais de Saúde monitoram a digitação e a codificação das secretarias municipais. Quando o município não possui recursos para a realização de tal trabalho, a Secretaria Estadual assume essa função. O Ministério da Saúde consolida as informações digitadas em todos os estados e divulga os dados no site do DATASUS. A coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre o óbito para o SIM estão regulamentados na Portaria MS/Funasa nº 474, de 31 de agosto de 2000.

As DOs são impressas pelo Ministério da Saúde e distribuídas às secretarias estaduais de saúde (SES), para o subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde (SMS). Estas, por sua vez, repassam as DOs aos estabelecimentos de saúde, aos Institutos de Medicina Legal (IML), aos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) e aos cartórios de registro civil. Atualmente, as SMS são também responsáveis pelo controle da distribuição das DOs aos hospitais e médicos.

Vale ressaltar que, em muitos estados, a morte violenta é pouco esclarecida, tanto por parte da polícia, quanto pelos serviços de saúde. A carência, em ambas as instituições, de informações necessárias para a elucidação dos eventos se reflete nos formulários, que são mal preenchidos não só pela precariedade da investigação, mas também por desinteresse e descaso das instituições. Ademais, as péssimas condições de trabalho e o despreparo dos profissionais sobre a sistematização das informações são outros fatores que contribuem para a má qualidade dos registros.

No caso específico das Secretarias de Saúde, que coletam os dados preenchidos na Declaração de Óbito (DO) pelo IML, a insuficiência de informação reflete diretamente na elucidação da causa básica do óbito. Outro fator fundamental é a falta de esclarecimento sobre as circunstâncias que levaram à morte. O IML, que por lei deve atestar todos os óbitos por causas externas, informa somente a lesão que gerou a morte sem definir o grupo de causa externa no qual essa lesão pode ser classificada (se foi por acidente, suicídio ou homicídio). Em algumas capitais brasileiras essa dificuldade de esclarecimento é ainda pior, como são os casos do Rio de Janeiro e Salvador. Nessas duas capitais o percentual de mortes por causas externas classificadas no grupo das lesões que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas foi significativo, ultrapassando os 20% em 2009, isso porque não se conseguiu saber de que decorreram as mortes. Grande parte dos óbitos que compõem esse grupo de mortes por causas externas, inadequadamente classificadas com intencionalidade desconhecida, envolve o uso de armas de fogo. Segundo alguns autores, (Souza, 1994; Cano & Santos, 2001), muitos desses óbitos são homicídios e acabam inseridos nessa categoria, levando à subestimação desta causa.

A insuficiência de informações para a definição das mortes violentas é fruto, em parte, da dificuldade em que a polícia tem em conseguir obter depoimento da população, que, em muitas situações, presenciou a violência, mas tem medo de testemunhar. Adicionalmente, conforme destacado por Souza et al, (1996) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, essa carência de informação advém do acobertamento de

mortes provocadas em confronto com policiais. A autora analisou uma série temporal de 15 anos (1980 a 1994) sobre a mortalidade de crianças e adolescentes do Rio de Janeiro, chegando a conclusão de que nenhum óbito decorrente de confronto policial foi registrado (Souza et al., 1996), apesar de a mídia destacar o crescimento de mortes de civis por policiais.

Outro fator, que compromete a qualidade das informações nos registros de mortes violenta, provém das diferentes definições acerca da causa da morte e dos distintos entendimentos sobre a responsabilidade na classificação da violência.

Há relatos de que os peritos dos Institutos Médicos Legais definem a causa jurídica do óbito ao esclarecer a circunstância que a morte ocorreu. Segundo esses profissionais, a definição da causa do óbito não pode ser feita antes das investigações, uma vez que a Declaração de Óbito pode ser usada como prova de inquérito com as devidas implicações legais para o agressor. Para a Secretaria de Saúde, elucidar as circunstâncias significa conhecer as causas que levaram ao óbito, com o objetivo de compor as estatísticas de mortalidade do País.

A utilização de diferentes termos para designar o mesmo fato também afeta a qualidade do dado. Enquanto as Secretarias de Saúde adotam a Classificação Internacional de Doenças (CID), recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as Polícias utilizam os termos do Código Penal.

Em suma, entre outras questões, dificuldades no preenchimento das DOs ou dos BOs, baixa qualificação técnica dos profissionais, fluxos inexistentes ou pouco institucionalizados, são alguns fatores que dificultam o fluxo de registro de mortes violentas no Brasil.

Conforme esclarecido nas seções anteriores, nesse trabalho vamos apresentar três estudos de caso realizados em três capitais brasileiras: Maceió, Rio de Janeiro e Salvador. Nesses estudos de caso, buscamos entender como as diferentes organizações institucionais que compõem o fluxo de registros de mortes violentas desenvolvem suas atividades e como o seu trabalho tem afetado a qualidade das informações.

4. A Construção de Informação de Mortes Violentas: velhas e novas questões

4.1. O Instituto Médico Legal e a Declaração de Óbito: a controvérsia no preenchimento de um documento oficial

Tal como mencionado anteriormente, vários estudos sobre a qualidade da informação nos registros de morte violenta (Mello Jorge, 1988; Souza, 1994) assinalam distorções na causa básica de morte na Declaração de Óbito (DO), principalmente nos casos de homicídio. O médico legista ou perito do Instituto Médico Legal prefere, em muitos casos, em detrimento de preencher na Declaração de Óbito a existência ou não de intencionalidade, omitir essa informação, mesmo que conte com uma descrição detalhada do ocorrido. Tal medida evita com que o profissional se comprometa em um processo judicial, muitas vezes longo e trabalhoso.

Sendo assim, o médico legista ou perito do IML, apesar dos indícios, não identifica a intencionalidade da lesão e registra apenas a sua natureza (por exemplo, lesão perfurocontundente de tórax). Assim, marca o tipo de violência como ignorado. Sendo assim, essa morte é classificada no grupo de lesões infligidas sobre as quais se desconhece a intencionalidade. O elevado percentual de óbitos nessa categoria em relação ao total de óbitos por causas externas é um indicador da qualidade deficiente das informações (Njaine et al, 1997).

Em 1989, a convite do Ministério da Saúde, houve em Brasília uma reunião sobre Mortalidade no Brasil para tentar resolver, entre outras coisas, o problema de não preenchimento das circunstâncias da morte nos casos de óbitos por causas externas. Nesta reunião, foi formado um Conselho com Diretores de Institutos Médicos Legais do Brasil e médicos legistas, que após analisarem as competências dos IMLs e dos médicos que ali trabalhavam, decidiram não preencher as circunstâncias da morte na DO. Esta decisão foi documentada, através da chamada "Carta de Brasília".

“Porque aí eles se reuniram e fizeram uma carta chamada de “Carta de Brasília”, onde eles escrevem os motivos pelo qual eles não iam colocar a circunstância da morte a Declaração de Óbito e o que é que isso significava pra eles e tal. E aí fizeram um documento...” (Gestora da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia).

Com o objetivo de conciliar esses distintos entendimentos, o Ministério da Saúde acrescentou à Declaração de Óbito uma advertência de que a informação sobre as “Prováveis Circunstâncias de Morte Não Natural” serve apenas para fins estritamente epidemiológicos, não se prestando, portanto, para finalidades legais. Além disso, a assinatura do médico ficou acima deste bloco na DO. Entretanto, essa tentativa não foi bem sucedida, pois existe uma resistência por parte da maioria dos IMLs em adotar essa concepção.

“A circunstância da morte, o legista não considera uma informação do legista, e sim informação de caráter policial. Eles não registram isso e mesmo com a mudança do formulário da Declaração de Óbito, acrescentando esses tantos de fontes da informação e tal. Muitas vezes o legista não transcreve a informação que tá no boletim de ocorrência pra complementar a informação, a causa básica da morte, que pra nós da saúde, é a circunstância do evento que levou a morte.” (Gestora da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia).

Mesmo com a informação sobre as circunstâncias do óbito abaixo da assinatura, os médicos legistas continuaram achando que estavam sujeitos a participarem de inquéritos.

“E é uma coisa honestamente chega a ser vergonhosa. Porque às vezes você tem fotos no prontuário, coisas assim absurdas e que eles preferem se omitir quanto à intencionalidade. Mas assim, eu tô falando porque, claro que não é 100%, mas assim, tem muitos casos assim, de pessoas amarradas, queimadas, com perfuração. E ainda tem aqueles quesitos. [...] É. Aí é assim, amarrado, carbonizado, dentro do carro, trancado, cheio de perfuração. Aí pergunta, tem aqueles quatro quesitos, “Houve emprego de meios odioso/cruel que não permitisse que a vítima se defendesse?”. Tem uns quesitos que o legista tem que responder. Eles respondem assim, “Não há como afirmar ou negar”. Sabe uma coisa assim, absurda. Isso eu tô dizendo, porque eu própria já vi. Não sei se todo mundo vai colocar isso pra vocês nos outros Estados. Mas tenho certeza que isso não é

só na Bahia.” (Gestora da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia)

A argumentação de desconhecimento e temor de decorrências legais são as principais justificativas dos médicos legistas para a ausência do registro das circunstâncias do óbito nas DOs. Este fato contribui para existência de um número excessivo de óbitos classificados como mortes cuja intencionalidade é desconhecida.

“[...] a causa médica da morte está relacionado com os elementos médicos que deram origem àquela morte ali; é o que a gente usa pra preencher a parte médica, que é o chamado atestado médico na declaração de óbito. Então, o documento médico chama atestado, que faz parte daquela declaração de óbito; então, a gente preenche aquela parte ali. A causa jurídica da morte é relativa à investigação policial; eu posso ter uma ideia do que seja a causa jurídica da morte, mas eu ultrapasso o limite do meu exercício, antes da investigação pronta, dizer qual é a causa jurídica da morte, entendeu? Então, a causa jurídica da morte é de investigação, e, geralmente, associada com a causa médica da morte com o exame feito pela perícia criminal, que são os peritos do Instituto de Criminalística Carlos Éboli. Associado a isso tudo aí, cria-se a causa jurídica da morte, que ultrapassa o limite da causa médica da morte. Então, aqui nós somos especialistas em causa médica da morte.” (Médico Legista do IML do Rio de Janeiro)

Para os médicos legistas é complicado definir o fato gerador da morte, por este ser uma classificação jurídica. A responsabilidade do perito é apenas dar a causa médica. O laudo fornece apenas os primeiros indícios para a investigação.

“[...] foge a minha competência legal.” (Médica Legista do IML do Rio de Janeiro)

“Não me cabe, não está na minha função... foge a função do perito. [...] Até porque quem fecha tudo é a investigação. [...]”

Como vai dizer o que aconteceu no começo do inquérito”
(Médica Legista do IML do Rio de Janeiro)

Outro argumento utilizado pelos médicos legistas se refere ao exposto no Código de Ética Médica, no qual o profissional está vedado a ultrapassar os limites do exercício.

Código de Ética Médica (CEM) homologado pela Resolução 1.931/09

Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

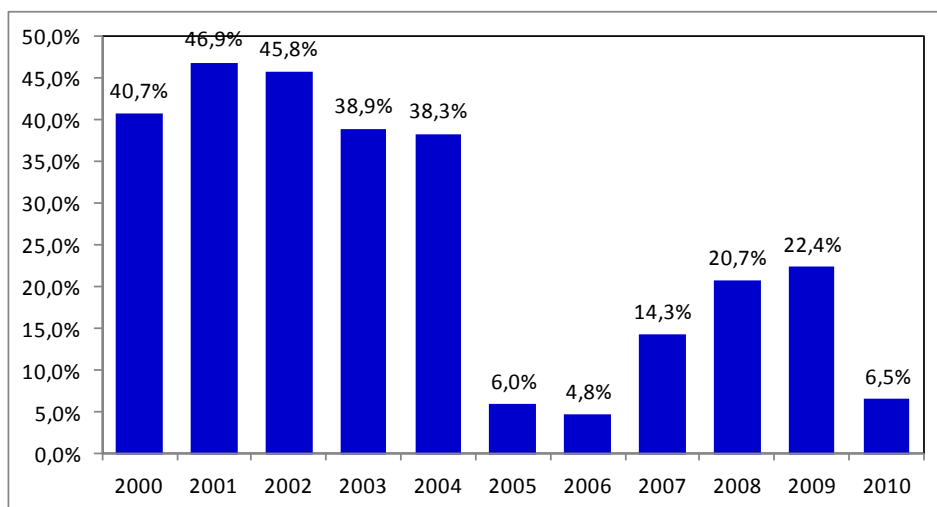
A verificação sistemática e o uso das informações existentes nos IMLs ou em outras instituições de segurança pública são alternativas que têm sido empregadas por alguns estados para melhorar a qualidade dos registros de mortes por causas externas. Em Salvador a Secretaria Estadual de Saúde encaminhou para o IML uma equipe de codificadores para reclassificar as circunstâncias das mortes por causas externas com intencionalidade desconhecida. Segundo os entrevistados, a comparação entre os laudos da polícia e dos legistas, nesse trabalho, também foram essenciais para esclarecer as mortes por suicídio, acidentes e homicídios com projétil de arma de fogo. O laudo policial descreve, inclusive, o trajeto da bala e as perfurações. Os codificadores demonstraram que é possível melhorar a qualidade dos dados de mortes das Declarações de Óbitos (DOs), comparando as informações dos laudos do legistas e da polícia. A Gestora da DIS comemora a melhora de informações. Em suas palavras:

“[...] Mas de qualquer forma pra gente foi um ganho fantástico, se você analisar a informação em 2005 teve uma melhora. Sobe a agressão, sobe o acidente de trânsito e cai os eventos de lesão indeterminada. Em 2006 permaneceu isso, em 2007 volta a subir. E aí em 2010 tava assim, 1800 óbitos emitidos só pelo IML daqui, Salvador. Quer dizer, Salvador e Região metropolitana, e alguns casos, poucos, do interior do Estado que vem pra aqui. Provavelmente alguns casos mais complicados. Mas pelo que a gente listou 1800 eventos de tensão indeterminada. É lógico, que o meu pessoal quando passa o prontuário complementa. Porque a informação vem muitas vezes assim, acidente de trânsito. Se você não ler o prontuário, não vem atropelamento, não vem que foi um ônibus, que foi caminhão, que foi passageiros [...]” (Gestora da DIS/SES, Salvador/BA).

O Gráfico 2 ilustra o sucesso do trabalho do Núcleo no que concerne à redução das mortes classificadas como óbitos com intencionalidade desconhecida, entre os anos 2000 e 2010. O percentual de mortes violentas com intencionalidade desconhecida reduziu de mais de 20% para 6,5%.

Em síntese, os resultados desse trabalho sugerem o quanto os problemas do fluxo podem ser parcialmente solucionados com a integração de ações de atores institucionais na provisão de informações de mortes violentas mais confiáveis. A proposta dessa secretaria é continuar realizando a busca sistemática de informações no IML para aperfeiçoar a codificação das causas básicas nas Declarações de Óbito.

Gráfico 2 – Percentual de mortes por causa externa cuja a intencionalidade é desconhecida em Salvador



Fonte: Diretoria de Informação da Saúde (DIS) da Secretaria Estadual de Saúde, Salvador/BA

Entre as instituições que compõem o fluxo dos registros de mortes violentas, o IML é a que funciona como intermediária. Por lei, tal órgão deve passar informações para as outras instituições, ou seja, o laudo para a Polícia Civil e a DO para as secretarias de saúde. Entretanto, a comunicação entre essas instituições é marcada por resistências e burocracias. A demora em que o IML encaminha o laudo para a Polícia Civil e a forma como este documento é enviado, muitas vezes, inviabilizam a investigação e a definição do tipo de morte. Isso se dá em função do excesso de trabalho, da falta de recursos e de infraestrutura para atender a demanda, já que os IMLs, na maioria dos estados, além da necropsia dos casos de mortes não naturais, também fazem a verificação de óbito de mortes suspeitas. Vale ressaltar que tanto no Rio de Janeiro quanto em Salvador, cerca de 30% das necropsias feitas pelo IML são de mortes por causas naturais, ou seja, verificação de óbito.

Por outro lado, o fato de os médicos legistas não preencherem as circunstâncias da morte na DO afetam diretamente o trabalho de codificação dos óbitos feito pelas secretarias de saúde. Em muitos casos, as secretarias de saúde, para aperfeiçoarem a qualidade da informação, assumem a função de definir as circunstâncias prováveis da morte não natural, função esta que deveria ser realizada no IML. O IML não utiliza as informações disponíveis no próprio instituto para o preenchimento das DO. Desse modo, entendemos que a forma como o IML desenvolve as atividades de construção da informação é o principal “gargalo” no fluxo dos registros de morte violenta no Brasil. O IML é a única instituição que tem acesso ao Boletim de Ocorrência e a Declaração de Óbito. Adicionalmente, é o único órgão que, de certa forma, possui algum tipo de comunicação com as instituições da saúde e da segurança pública e é, sobretudo, o lugar onde todas as informações, inclusive os exames cadavéricos da vítima, podem ser encontradas.

4.2. Instituições e comunicação: a não institucionalização das parcerias

Cada um dos órgãos que participam do fluxo dos registros de mortes violentas possui atribuições, objetivos e funções diferentes. Suas atividades abarcam níveis de complexidade distintos, necessitando conhecimento e técnicas específicas, conforme as suas demandas. Não obstante, conforme os entrevistados, esses órgãos se organizam com estruturas fortemente burocratizadas, muitas vezes exercendo suas atividades em

uma rotina arcaica e culturalmente autoritária. Com isso a tarefa de gerar informação é deslocada de sua função social, deixando de ser considerada importante para a instituição.

Entretanto, alguns setores dessas instituições procuram valorizar a informação dos registros oficiais e desenvolvem atividades de aperfeiçoamento da qualidade do dado. Essas atividades são exercidas, sobretudo, pelas secretarias estaduais de saúde. Para melhorar a qualidade na codificação dos óbitos, essas secretarias desenvolvem projetos de busca de informações junto aos IMLs. No caso da Bahia, tal como mencionado, essa instituição **encaminha** codificadores ao IML e à polícia para pesquisarem informações nos Boletins de Ocorrência e nos laudos de necropsia.

Diante dos problemas encontrados nos dados oriundos das Declarações de Óbito (DO), as secretarias municipal e estadual articularam parcerias e convênios com órgãos de segurança pública, com o intuito de aperfeiçoar a qualidade das informações sobre mortalidade. Entretanto, esses convênios costumam ser vulneráveis a mudanças institucionais e políticas dos órgãos parceiros que podem influenciar a qualidade dos dados. Além disso, percebe-se que essas articulações partem de iniciativas individuais, de profissionais envolvidos e motivados a resolver os problemas, e não de uma atuação institucional ou de uma política de Estado (Sapori et. al., 2012).

Gráfico 3 – Número de vítimas por causas externas cuja intencionalidade é desconhecida no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / DATASUS-MS

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, até meados de 2007, possuía uma parceria com a Polícia Civil, com a permissão de acesso ao sistema ROWeb para a

busca de informações que ajudassem na definição dos códigos da causa do óbito, nos casos de intencionalidade desconhecida. No entanto, em função de uma portaria expedida pela Polícia Civil, em que somente policiais civis poderiam ter acesso ao ROWeb, o trabalho de melhoria do dado realizado pela secretaria municipal de saúde foi interrompido. Conforme se verifica no Gráfico 3, a partir de julho de 2007, o número de óbitos com intencionalidade desconhecida aumentou significativamente no Rio de Janeiro.

O percentual deste tipo de morte em relação ao total de óbitos por causas externas passou de uma média mensal de 12% para 25%. Apesar de neste projeto não ser utilizada uma metodologia para avaliar se a finalização da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Polícia Civil impactou a qualidade dos dados do SIM no Rio de Janeiro, acreditamos que essa hipótese é verdadeira. De qualquer forma, ficou claro que as parcerias entre essas instituições são temporárias e estão, em geral, limitadas as redes de relações políticas dos profissionais que atuam nesses órgãos. A falta de institucionalização dessas parcerias e da percepção dessa troca de informações como uma política pública impede o aprimoramento da qualidade dos dados no Rio de Janeiro.

Nessa mesma linha, em Salvador o acesso da Secretaria Estadual de Saúde ao IML varia conforme o diretor do instituto.

“[...] num tempo o IML mandava uma listagem pra gente, porque não queria que mexesse no arquivo, mandava uma listagem, mas o que eles achavam. E assim, acidente, homicídio, suicídio, sem muito detalhe pra codificar. Claro que melhoraram, mas assim, outro diretor já permitia o acesso, sabe? Outros não, então a informação é toda irregular.”
(Gestora da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia).

Essa fragilidade na relação entre as instituições prejudica o trabalho de qualificação do dado. Em Maceió, os diferentes órgãos que compõem o fluxo de mortes violentas dependem fortemente das relações pessoais, em detrimento das institucionais, para se comunicarem entre si. Por exemplo, alguns entrevistados constataram que o período mais fértil de comunicação entre o IML-EL e a Secretaria Municipal de Saúde sucedeu no momento em que uma técnica de tal secretaria passou um tempo

trabalhando na sede do IML-EL. Ela revisava as Declarações de Óbito e as codificava no próprio IML-EL e, só então, enviava essa documentação à Secretaria. Esse mesmo tipo de procedimento é constantemente adotado pela Polícia Civil de Alagoas, já que alguns dados lançados no Sistema da Polícia Civil de Alagoas (SISPOL) aparecem incompletos ou errados e, a fim de sanar esses problemas, o chefe do setor de estatística dessa polícia aciona diretamente, sem qualquer articulação de caráter mais institucional, os funcionários do IML-EL para checar as informações contidas nas Declarações de Óbito. Nesses casos, eliminam-se as comunicações via ofício ou por outro canal mais formal, desburocratizando as relações institucionais e, por outro lado, reforçando as relações pessoais na garantia de certa fluidez no curso dos casos de mortes violentas em Maceió. O relato abaixo mostra como a “confiança” devotada pelo IML-EL e o tempo de serviço da técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió são essenciais ao acesso às Declarações de Óbito

“Porque eu já sei fazer o serviço. Porque eu sou mais antiga. Porque eu já tenho uma grande liberdade lá. O diretor (do IML) chega lá: “Vá, entre ali, pegue o livro...”. Ai é diferente. E, se elas (outros técnicos) forem, vai ter que depender de ofício. E quando chegar lá, eles (funcionários do IML) não vão ter tempo – a verdade é essa – pra estar ali olhando no livro, não vai confiar, né? Que é muito sério, sabe? Essas coisas são muito sérias.” (Técnica Secretaria municipal de Saúde de Maceió)

“Pra você ter uma ideia: isso aqui eu já fiz pelo telefone, porque eu tenho amizade lá, e fiz, entendeu, mas veio sem o campo todinho.” (Técnica Secretaria municipal de Saúde de Maceió)

Os funcionários com menos experiência ou não tão bem quistos pelo IML-EL, segundo a entrevistada, teriam de recorrer a trâmites mais burocráticos e mais institucionais para acessar as informações. Esse tipo de inserção de cunho mais individual nas instituições pessoaliza demasiadamente o trabalho e dificulta o perpetuamento do fluxo de informações para além de determinado funcionário. Nesse ponto, não se defende um contato estritamente formal entre as instituições, já que isso

tem como base uma relação estabelecida em parâmetros puramente burocratizados que poderiam tornar o fluxo de mortes violentas moroso e ineficiente. Seria necessário um canal de comunicação entre instituições que não dependesse tão somente da rede de relações de um funcionário específico de determinado órgão nem de um contato estritamente formal, bastante fechado e pouco articulador.

Para além da necessidade de acionamento das redes pessoais para a garantia de um fluxo mais ágil das mortes violentas em Maceió, chama a atenção o fato de o IML-EL sempre ser uma espécie de mediador no fluxo de mortes violentas. Todas as instituições envolvidas em tal fluxo - Polícia Civil, secretarias municipal e estadual de Saúde, Secretaria de Defesa Social - necessitam, para além de suas atividades internas, que o IML-EL exerça adequadamente as suas funções para que a tramitação de determinado caso de morte violenta ocorra, não ficando, portanto, “engasgado”. Desse modo, verificamos, portanto, que estas atividades desenvolvidas no fluxo dos registros de mortes violentas de Maceió são iniciativas pessoais e não exatamente institucionais. Não há apoio político ou legal das instituições na maioria das vezes, o que permite que esse trabalho seja desarticulado com muita facilidade.

A pouca institucionalização na relação entre os órgãos que compõem o fluxo dos registros de morte violenta, assim como a ausência de articulação entre segmentos organizacionais internos e externos foram questões observadas nas três capitais enquanto possível fator explicativo para a falta de qualidade das informações. Em outras palavras, as instituições de saúde e de segurança além de não se comunicarem entre si, não estabelecem diálogo com setores internos próprios. Ambas as dimensões citadas estão inter-relacionadas.

4.3. A importância do Serviço de Verificação de Óbito

O esclarecimento das mortes não naturais é de responsabilidade dos Institutos Médico Legais (IML), que contam com o conhecimento especializado dos médicos legistas nas questões de suas competências. Já nos casos de morte natural em que não se têm clareza sobre a causa básica do óbito, ou na ausência de assistência médica durante o curso da doença de base, os corpos devem ser encaminhados aos Serviços de Verificação de Óbito (SVO). Nos municípios que não possuem este serviço, a responsabilidade da necropsia desses óbitos passa a ser do IML. Conforme vimos

anteriormente, do total de necropsias realizadas nos IMLs do Rio de Janeiro e de Salvador, 30% se referiam a verificação de óbito.

O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) surgiu com o objetivo de atender a população com seus serviços essenciais à investigação clínica dos exames “post-mortem”, conforme o que dispõem o parágrafo IV, do art. 8º da Portaria MS/GM nº1.405 de 2006. Diferente do IML, que funciona para esclarecer mortes por causas externas, o SVO tem a função de pesquisar as causas de óbito por morte natural, em consequência de alguma patologia a ser esclarecida. Vale ressaltar que, quando ocorre a chegada do paciente em óbito e não há condição que possa justificar o óbito e inexistência de Serviços de Verificação de Óbito na localidade, é colocado causa indeterminada na DO.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

(Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p.121)

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte Natural:

I - Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, qualquer médico da localidade.

II - Morte com assistência médica:

...

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

Segundo o Ministério da Saúde, até 2011, funcionavam 21 unidades do SVO em todo o país, que integram a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito. Esta

rede funciona integrada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Os estados que ainda não têm SVO implantados são: Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul, Paraná, Pará e o Distrito Federal. A implantação do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) possibilita, entre outras atividades, a redução da demanda de necropsias no IML⁸, bem como o aprimoramento da qualidade da informação de mortalidade para subsidiar as políticas de saúde.

A implantação de Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) foi considerada uma estratégia com potencial de redução do número de causas mal definidas e indeterminadas e uma solicitação feita pelos entrevistados na pesquisa, tanto dos IMLs quanto das secretarias de saúde. Nossa pesquisa confirmou a importância deste serviço para o aprimoramento das informações sobre mortalidade, uma vez que retirando da esfera de competência do IML as verificações de óbito, haverá mais tempo, equipe e condições para as necropsias de mortes violentas.

5. Conclusões

No que se refere à geração da informação, o evento morte, em muitos casos, é pouco esclarecido, tanto por parte da polícia, quanto pelos setores da saúde. A carência de informações necessárias para o esclarecimento das mortes nessas instituições é percebida diretamente nos formulários oficiais, que são mal preenchidos não só pela precariedade dos dados, mas também por desinteresse e descaso de alguns funcionários.

Em Salvador, por exemplo, os funcionários do IML reclamam que várias informações importantes a respeito do óbito não são encaminhadas pela Polícia Civil, o que dificulta o preenchimento da Declaração de Óbito. Por outro lado, as secretarias municipais e estaduais de saúde de Salvador e do Rio de Janeiro, destacaram que o fato de os médicos legistas não preencherem a Causa Básica na DO dificulta a codificação das mortes para a digitação no sistema do Ministério da Saúde.

Ademais, as péssimas condições de trabalho e o despreparo de alguns profissionais com relação à importância da própria atividade que realizam influenciam

⁸ O SVO permite detectar as emergências epidemiológicas, o diagnóstico isolado ou surtos de doenças emergentes e reemergentes e ainda agravos inusitados, orientando a tomada de decisões para o controle de doenças.

sobre a má qualidade dos registros, sobretudo nos IMLs. Averiguamos que tanto em Salvador quanto em Maceió, os recursos existentes para a execução das atividades nos respectivos IMLs eram muito precários. Além disso, verificamos que no discurso dos funcionários dessas instituições não existe uma cultura de valorização da informação. O mesmo foi verificado na visita feita a uma Delegacia de Homicídio na capital baiana. Com exceção de Maceió, a qualidade da informação sobre os casos de mortes violentas não é percebida como responsabilidade dos policiais que atuam nas delegacias, mas apenas dos setores de estatística da Polícia Civil e da Secretaria de Segurança Pública.

Sendo assim, tanto nas informações oficiais da Polícia, quanto as das Secretarias de Saúde, a qualidade em relação a alguns dados essenciais é extremamente precária. Isso contribui para a obscuridade e impunidade dos crimes cometidos, no caso dos registros policiais, e para a distorção da realidade, no que se refere às estatísticas da Secretaria de Saúde que vão alimentar o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde.

No caso específico das Secretarias de Saúde, que coletam os dados preenchidos na Declaração de Óbito pelo Instituto Médico Legal (IML), a insuficiência de informação reflete diretamente na elucidação da causa básica do óbito. O não-preenchimento do campo próprio na DO sobre o tipo de violência ocorrida foi destacada tanto nas entrevistas realizadas em Salvador quanto no Rio de Janeiro, onde essa variável consta como sem informação ou a informação é ignorada. Em Maceió, esse tipo de problema não ficou tão marcado, já que, em geral, os médicos legistas preenchem esse campo da DO. No entanto, isto não é feito sempre pelo médico legista, devido as demandas cotidianas, sendo, então, a causa da morte classificada pelos assistentes desses médicos.

Outro fator fundamental é a falta de esclarecimento sobre as circunstâncias que levaram à morte. O IML, que por lei deve atestar todos os óbitos por causas externas, informa apenas a lesão que provocou a morte sem esclarecer o grupo de causa externa no qual essa lesão pode ser classificada (se a lesão ocorreu por causa de um acidente, por um suicídio ou por um homicídio). Essa problemática, que produz informação de má qualidade, também advém de outras questões políticas e culturais nas instituições. Para o IML, esclarecer a circunstância em que a morte ocorreu significa determinar a causa jurídica do óbito. Segundo os entrevistados, isto não pode, ou não deve ser feito, antes das devidas investigações, uma vez que a Declaração de Óbito pode vir a ser usada como prova de inquérito com as devidas implicações legais para o agressor. Já

para a Secretaria de Saúde, interessa identificar a causa básica que provocou a morte daquela vítima, a fim de compor as estatísticas de mortalidade do País.

Apesar de o IML de Maceió exercer suas atividades em condições precárias e a Causa Básica do Óbito nem sempre ser preenchida pelo médico legista responsável, o fato da Declaração de Óbito ser encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde com a causa do óbito preenchida aprimora a codificação e reduz o número de causas externas com intencionalidade desconhecida. Outra questão interessante acerca do trabalho realizado na capital alagoana é a de que a Polícia Civil tem acesso online a todas as informações dos laudos do IML, o que também auxilia na qualidade da classificação da morte. A pesquisa observou que o acesso as informações do IML, pelas outras instituições pode ser um grande facilitador para o aperfeiçoamento dos dados sobre morte violenta.

Corroboramos este argumento apresentando outra experiência detectada na pesquisa. Em Salvador, segundo relato dos entrevistados, entre os anos de 2005 e 2006, através de uma articulação política iniciada pela Secretaria Estadual de Saúde, foi construído no IML um núcleo de mortalidade, coordenado por uma médica legista, cuja atribuição era preencher as Causas Básicas dos Óbitos nas DOs. A eficácia dos resultados do trabalho desenvolvido por este núcleo pode ser confirmada pela redução do percentual de causas externas cuja intencionalidade é desconhecida nos anos de 2005 e 2006. Em janeiro de 2007 o núcleo foi desativado e, conseqüentemente, as estatísticas de mortalidade voltaram a apresentar altos índices de informação desqualificada. No entanto, para o ano de 2010 há uma mudança no percentual de causas externas com intencionalidade desconhecida. Neste ano, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia realizou um trabalho de recodificação das mortes por causa externa com intencionalidade desconhecida, através de uma busca nos arquivos do IML, analisando os Boletins de Ocorrência, os laudos e os prontuários dos hospitais. Como resultado deste esforço, o percentual de mortes violentas com intencionalidade desconhecida reduziu de mais de 20% para 6,5%.

Desse modo, gostaríamos de destacar o fato de as Secretarias de Saúde realizarem tarefas de crítica dos seus dados para os casos em que a informação da Declaração de Óbito ser insuficiente utilizando os registros da Polícia Civil, como é o caso do Rio de Janeiro, ou os dados dos prontuários e laudos do Instituto Médico Legal, como ocorre em Salvador. A análise das mudanças nos registros da saúde originadas pela investigação dos registros policiais cumpre parcialmente o nosso objetivo, embora

deixe ainda por fazer a análise contrária: que mudanças poderiam ser originadas nos registros policiais a partir da sua comparação com os da saúde. Todavia, o trabalho realizado pelas Secretarias de Saúde parte das categorias problemáticas nos registros da Saúde, mas não diz respeito às categorias problemáticas nos registros policiais.

Ademais, esses trabalhos de crítica dos dados não são institucionalizados ou definidos em portarias ou legislações dessas instituições. Contudo, não são atividades desempenhadas por iniciativas das equipes das Secretarias de Saúde, através de articulações de parceria por contatos pessoais com as outras instituições (Polícia Civil e IML) ou através de convênios interinstitucionais. Sendo assim, quando o convênio é encerrado ou quando as pessoas que mantinham os contatos entre as instituições são transferidas para outro setor, o trabalho de crítica fica parado e a qualidade das informações é prejudicada. Portanto, verificamos que não existe uma articulação institucional e política entre os órgãos de saúde e polícia que assegure a qualidade dos registros de morte violenta nos municípios visitados. Ressaltamos esta questão, considerando que, segundo uma entrevistada que realiza o trabalho de crítica das informações da Declaração de Óbito, a comparação entre os laudos da polícia e dos legistas foram essenciais para esclarecer as mortes por suicídio, acidentes e homicídios com arma de fogo entre os casos em que a causa da morte não estava bem definida. Ou seja, a integração das informações da Polícia Civil, do IML e das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde é fundamental para a produção de uma informação válida e confiável. Baseadas em informações tão precárias, as ações de segurança pública, assim como as do setor saúde, acabam prejudicadas.

Em resumo, a sociedade, ora desconhece a magnitude e o significado de seu processo de violência, ora se contenta com o que lhe é oferecido como sendo a verdade.

6. Referências Bibliográficas

- BLALOCK, H. M. JR.. *The Measurement Problem: A Gap between the Languages of Theory and Research*. In H. M. BLALOCK, JR. e A. B. BLALOCK (ed.), *Methodology in Social Research*, Nova Iorque, McGrawHill, 1968.
- BOURDIEU, P. *The three forms of theoretical knowledge*. *Social Science Information*, v. 12, n. 1, p. 53-80, 1973.
- CANO, I.; SANTOS, W. *Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil*. Rio de Janeiro: 7letras, 2001.

- CANO, I. Mensurando a impunidade no sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro. 3º Congresso Latino-Americano de Ciência Política: Democracia e Desigualdades. UNICAMP, 2006.
- CASTRO M. S. M.; ASSUNÇÃO R. M.; DURANTE, M. O. Comparação de dados sobre homicídios entre dois sistemas de informação, Minas Gerais. Rev Saúde Pública; 37:168-76, 2003.
- CATÃO, Y. Mortes Violentas – Um Panorama dos Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro, Departamento de Populações e Indicadores Sociais – IBGE, 1999.
- CERQUEIRA, D. Mortes Violentas não Esclarecidas e Impunidade no Rio de Janeiro. IPEA. Texto para Discussão N° 1697, 2011.
- DIRK, R. C. Homicídio doloso no Estado do Rio de Janeiro: uma análise sobre os registros de ocorrência da polícia civil. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Estudos Populacionais e Pesquisa Social do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rio de Janeiro, 2007.
- DRUMOND J. R. M.; LIRA, M. M. T. A.; LIRA, M. de F., NITRINI, T. M. V.; SHIBAO, K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. Rev. Saúde Pública, v.33, n.3, p.273-80, 1999.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2011.
- FOUCAULT, M. A Verdade e as Formas Jurídicas. Rio de Janeiro: Cadernos da PUC n° 16, 1974.
- GUERRERO, R.. *Programa Desepez (Desarrollo, Seguridad y Paz: Epidemiologia de la Violencia)*. Washington, 1995.
- LOZANO, R. *La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la ciudad de México*. México, Centro de Economía y Salud/FUNSALUD-Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
- MARCH, J. G.; SIMON, H. A. *Organizations*. Graduate School of Industrial Administration Carnegie Institute of Technology, pp.1-33, 1958.
- MATOS, S. G.; PROIETTI, F. A., BARATA, R. C. B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública; 41(1): 76-84, 2007.
- MELLO JORGE, M. C. P. Como morrem nossos jovens. In: CNPD. Jovens Acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, 1998.
- MELLO JORGE, M. C. P. Acidentes e violências no Brasil: breve análise de suas fontes de dados. In: CERQUEIRA, Daniel; LEMGRUBER, Julita & MUSUMECI, Leonarda (orgs.) Fórum Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: Uma discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas – 1º encontro Conceituação do Sistema de Justiça Criminal e as Bases de Dados Policiais. Rio de Janeiro: IPEA/CESEC, 2000.
- MERTON, R. K. *Bureaucratic structure and personality*. Social Forces, 18, pp-560-568, 1940.
- MIRANDA, A. P. M.; BERALDO, M. B.; PAES, V. F.. Antropologia e políticas públicas: notas sobre a avaliação do trabalho policial, In: Cuadernos de

Antropología Social. Sección de Antropología Social. Nº 25. Buenos Aires, julio del 2007.

- MONTEIRO; G. T. R.; KOIFMAN, R. J. & KOIFMAN, S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(Sup. 1):39-52, 1997.
- MORIYAMA, I. M. Problems in measurement of accuracy of cause of death statistics. *American Journal of Public Health*, 79:1349-1350, 1989.
- MUNIZ, J. Registros de Ocorrência da PCERJ como Fonte de Informações Criminais. In: Cerqueira, D. Lemgruber, J. e Musumeci, L. (orgs.), *Fórum de Debates – Criminalidade, Violência e Segurança Pública: Uma discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas*. Rio de Janeiro, IPEA/CeSEC-UCAM, 2000.
- MUSUMECI, L. Violência, criminalidade e segurança. Relatório de Desenvolvimento Humano do Município do Rio de Janeiro, capítulo 5, IPEA/PNUD/Prefeitura Municipal, Rio de Janeiro: 2000.
- NJAINÉ, K.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. A produção da (des) informação sobre violência: Análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:405-414, 1997.
- PAES, V. F. A Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro: análise de uma (re) forma de governo na Polícia Judiciária. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.
- SANTOS, F. M. Os papéis dos corpos: a produção de registros policiais no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro. In: XI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 2011, Salvador. *Anais do XI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, 2011.
- SAPORI, F. M. Segurança pública no Brasil: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- SAPORI, L. F.; ANDRADE, S.; CARDOSO, P. Desafios da governança da política de segurança pública: o caso da Política de Integração das Polícias em Minas Gerais. Trabalho apresentado na 8º Congresso da ABCP, Gramado/RS, p.1-39. 2012.
- SELZNICK, P. *Foundations of theory of organization*. *American Sociological Review*, 13. pp. 25-35, 1948.
- SOARES, L. E.; SENTO-SÉ, J. T. O que aconteceu com o Rio de Janeiro em 93 e 94, segundo os dados sobre criminalidade? In: SOARES, L. E. et alli, *Violência e Política do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ISER, 1996.
- SOARES, L. E. (org.) *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Iser, 1996.
- SOARES, G. A. D. Homicídios no Brasil: vários factóides em busca de uma teoria. Trabalho apresentado à reunião LASA (Latin American Studies Association), Miami, 2000.
- SOARES, G. A. D.; BORGES, D. A cor da morte. *Ciência Hoje*, 2004.

- SOUZA, E. R. *Violência Velada e Revelada: Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: O grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Sup. 1):45-60, 1994.
- SOUZA, E. R., ASSIS, S. G.; SILVA, C. M. F. P. *Violência no Município do Rio de Janeiro: Impacto e Tendência da Mortalidade em Adolescentes de 10 a 19 Anos*. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde "Jorge Carelli", Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- WEBER, M. *From Max Weber: Essays in Sociology*. Gerth e Mills, trans. Oxford, 1946;
- WEBER, M. *The Theory of Social and Economic Organization*. Henderson e Parsons, trans. Oxford, 1947.
- ZALUAR, A.; NORONHA, J. C.; ALBUQUERQUE, C. *Violência: Pobreza ou fraqueza institucional?* *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Sup. 1):213-217, 1994.
- ZALUAR, A. – *Qualidade de dados. Políticas públicas e democracia*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.