

Representações sociais de médicos obstetras e neonatologistas sobre declaração de óbito fetal e neonatal precoce no município de São Paulo

Social representations of obstetricians and neonatologists about fetal and early neonatal death certificate in the city of São Paulo

Daniela Schoeps^I, Fernando Lefevre^{II}, Zilda Pereira Silva^I, Hillegonda Maria Dutilh Novaes^{III}, Priscila Ribeiro Raspantini^I, Márcia Furquim de Almeida^I

RESUMO: *Introdução:* A completude insatisfatória de algumas variáveis da Declaração de Óbito (DO) dificulta a obtenção de indicadores específicos de mortalidade perinatal. *Objetivo:* Avaliar a representação social dos médicos sobre as DOs perinatais. *Métodos:* Foram entrevistados 25 médicos em 15 hospitais, no município de São Paulo, em 2009. Foi realizada análise qualitativa com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). *Resultados:* Grande parte dos médicos vê a DO sob o seu aspecto legal e dá ênfase ao preenchimento da causa de morte em detrimento de outras variáveis. A maioria dos médicos relatou receber auxílio de outros profissionais para preenchimento das informações de identificação e características maternas. Nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), a ausência de informações sobre a evolução da gestação dificulta a definição da causa do óbito perinatal. Parte dos entrevistados recebeu treinamento apenas durante a graduação em medicina. *Conclusões:* A organização e a rotina do trabalho médico podem afetar o preenchimento da DO. Principalmente nos hospitais do SUS, foi observada colaboração de enfermeiros e profissionais do setor administrativo, cujo treinamento para preenchimento do documento poderia aprimorar a qualidade das informações. *Palavras-chave:* Sistemas de informação. Declaração de óbito. Representação social. Registros médicos. Qualidade da informação. Mortalidade perinatal.

^IDepartamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Daniela Schoeps, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP: 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: schoeps@usp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), Processo nº: 2006/61304-3.

ABSTRACT: Introduction: The unsatisfactory completeness of the variables in the Death Certificate (DC) makes it difficult to obtain specific perinatal mortality indicators. **Objective:** To assess the social representation of physicians about the perinatal DC. **Methods:** Twenty-five physicians were interviewed in 15 hospitals in the city of São Paulo, in 2009. Qualitative analysis was performed with the Collective Subject Discourse technique. **Results:** The DC is primarily considered according to its legal aspect. Physicians feel responsible for fulfilling the cause of death. The majority of them reported receiving help from other professionals to complete information on maternal characteristics and identification variables. There is lack of information on the mother's pre-natal conditions, which can make it difficult to identify the perinatal cause of death, mainly in the Unified Health System (SUS) hospitals. Some participants received specific DC training only when attending medical schools. **Conclusions:** The organization of medical work may affect the completion of the DC, especially in hospitals from SUS. Other professionals contributed to this task and their training can improve the quality of information.

Keywords: Information systems. Death certificates. Social representation. Medical records. Qualitative Analysis. Perinatal mortality.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1975 e representou um avanço na concepção dos sistemas de informação ao implantar um instrumento individual padronizado e, em parte, pré-codificado para a coleta de dados com a introdução da Declaração de Óbito (DO) — segundo normas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Desde a criação do SIM, o Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido ações para o aprimoramento das informações. Foram estabelecidas normas técnicas de rotina de preenchimento e gerenciamento do sistema. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve crescente participação do nível municipal de gestão nas ações de saúde, colocando a necessidade de descentralização da produção e gestão do sistema, iniciada em 1998².

O avanço da tecnologia de informação incorporada ao sistema e a criação do aplicativo Seletor de Causa Básica (SBC) permitiu simplificar e padronizar a codificação da causa de morte, possibilitando a transferência da gestão do SIM para o nível municipal³, estabelecida por meio de portaria em 2004. A Secretaria de Vigilância em Saúde, gestora nacional do SIM, por meio de portaria, definiu regras para garantir alimentação e fluxo dos dados dos sistemas locais⁴, resultando em maior agilidade na produção e na melhoria da qualidade dos dados.

Como consta nos manuais de preenchimento e procedimentos do Conselho Regional de Medicina (CRM)⁵ e do MS⁶, o médico responsável pelo atendimento deve preencher os

dados de identificação do paciente com base em um documento da pessoa falecida, registrar os dados sempre com letra legível e registrar as causas de morte, obedecendo às normas internacionais. Ainda, segundo os manuais, o médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e assinatura da DO e, portanto, por as informações registradas no documento, que não deve ser assinado antes de ser feita uma revisão de todos os campos. A DO possui finalidade legal para emissão da certidão de óbito e é crescente o uso de suas informações para estudos epidemiológicos.

Estudo de revisão sobre qualidade dos dados e métodos aplicados para avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil, realizado por Lima et al.⁷, apontou que 48% dos artigos analisados se referem ao SIM e que 90% avaliaram a qualidade dos dados considerando quatro dimensões: confiabilidade, completitude, cobertura e validade.

Um dos elementos críticos para o sucesso de um sistema de informações é o controle de qualidade dos procedimentos nas fases de coleta e processamento dos dados^{8,9}. A qualidade da informação vai depender, sobretudo, de processos adequados de coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento. Os serviços de saúde se constituem na principal fonte de dados do SIM e sua qualidade depende do registro das informações hospitalares¹⁰. Fatores institucionais, tais como o tipo de serviço de saúde, a estrutura e a organização dos serviços podem influenciar o registro de dados, bem como o suporte administrativo. Além disso, também podem ser importantes o grau de informatização dos dados, o nível de descentralização da operação dos sistemas de informação e as atividades de gestão destes sistemas¹¹, como o treinamento e as atividades rotineiras de controle da qualidade das informações em todas as etapas de sua produção.

A coleta de dados de óbitos ocorre predominantemente nos hospitais, que no Brasil formam uma rede de cerca de 6.400 estabelecimentos inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ou seja, uma extensa rede de unidades de coleta desses dados. No entanto, apesar de existir uma concentração dos eventos vitais nos hospitais, são poucos os estudos que avaliam como as informações são produzidas nesses ambientes. Segundo Arts et al.⁸, para assegurar a qualidade das informações é necessário garantir processos adequados na etapa anterior à coleta de dados, como, por exemplo, protocolos de registro e coleta com definições claras, treinamento e motivação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das informações.

O estudo do processo de produção da informação pode contribuir para aprimorar a qualidade do indicador de mortalidade perinatal que possibilita a avaliação da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Com o aumento de cobertura e informatização crescente, há mais facilidade de acesso às bases de dados, o que teoricamente permitiria a obtenção, no Brasil, de indicadores específicos, tais como a mortalidade perinatal segundo idade da mãe, tipo de gravidez, peso ao nascer e duração da gestação, que se constituem em ferramentas indispensáveis para seu monitoramento, além de elementos importantes para a avaliação da assistência ao parto e ao recém-nascido, à semelhança do que é prática rotineira na União Europeia¹². Entretanto, uma das dificuldades encontradas tem sido a completitude insatisfatória de algumas variáveis, impedindo o cálculo desses indicadores¹³.

Os médicos são os responsáveis pelo preenchimento das declarações de óbito (DOs) e, como já foi mencionado, diferenças institucionais, estrutura, organização e o tipo de serviços de saúde podem interferir na rotina do trabalho médico e, conseqüentemente, no registro de dados nas DOs; por essa razão, foram realizadas entrevistas com médicos para avaliar suas representações sociais sobre as informações existentes para óbitos fetais e neonatais em uma amostra de hospitais SUS e não SUS no município de São Paulo. Foi empregada abordagem qualitativa, que permite compreender como se dá o registro de dados nas DOs perinatais no grupo social que o realiza e na instituição produtora da informação, obtendo-se uma representação contextualizada socialmente, e não apenas buscando a generalização de resultados¹⁴.

MÉTODOS

HOSPITAIS DO ESTUDO

O estudo foi realizado no âmbito da pesquisa “Avaliação da Qualidade da Informação sobre Mortalidade Perinatal no Município de São Paulo”, que considerou os hospitais como unidades amostrais, sendo sorteados por amostragem estratificada proporcional ao número de óbitos perinatais em cada estabelecimento. Foi sorteada uma amostra de hospitais, sendo 8 não SUS e 14 SUS, representativos das diferentes entidades mantenedoras, contemplando hospitais filantrópicos, estaduais, municipais e organizações sociais de saúde. Foram considerados como ineligíveis dois hospitais SUS e houve recusa de três hospitais (um SUS e dois não SUS).

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E AS ENTREVISTAS

Entre os 17 hospitais que participaram do estudo, 2 não indicaram os profissionais para a realização de entrevistas; assim, foram realizadas entrevistas com médicos em 15 hospitais, em 2009. As entrevistas semiestruturadas com questões abertas foram compostas por roteiro predefinido e objetivaram identificar as representações sociais dos médicos sobre o SIM e a inserção do preenchimento das DOs na sua rotina de trabalho. Foi realizado pré-teste para calibração do roteiro de entrevistas em hospital não participante do estudo.

Definiu-se como critério entrevistar médicos diretamente envolvidos na rotina de preenchimento das DOs fetais e neonatais. Em um hospital não SUS uma médica indicada pela coordenação do hospital relatou nunca ter preenchido o documento e, por esse motivo, a entrevista não foi realizada.

No total, foram entrevistados 25 médicos, sendo 6 médicos em hospitais não SUS e 19 em hospitais do SUS. Usualmente são os obstetras que preenchem a DO fetal. Já as declarações de óbitos neonatais podem ser preenchidas pelos médicos neonatologistas,

pediatras ou mesmo por obstetras, quando ocorreram na sala de parto na ausência do pediatra. Dessa forma, foram entrevistados 13 obstetras, 11 neonatologistas e 1 patologista de hospital que possui serviço de necrópsia.

O roteiro de entrevista incluiu perguntas que buscavam identificar aspectos relativos a treinamento/capacitação para o preenchimento dos documentos, o comportamento dos profissionais quando têm dúvidas ou dificuldades no preenchimento dos documentos, bem como conhecer suas opiniões sobre as finalidades/ usos das DOs. As entrevistas foram realizadas nos hospitais, gravadas e transcritas para análise das informações.

ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa foi analisada empregando o método do Discurso do Sujeito Coletivo e o *software Qualiquantisoft*¹⁵, que possibilita procedimento metodológico de natureza quali-quantitativa que recupera na escala coletiva a natureza discursiva e argumentativa do pensamento. A opinião é obtida por meio de questões abertas, propiciando ao entrevistado a geração de um depoimento discursivo. Cada questão gera um número de diferentes posicionamentos, ou seja, de distintos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), que resultam de uma agregação de diferentes discursos ou extratos de discursos individuais que apresentam sentido semelhante^{16, 17}.

O discurso de cada entrevistado pode conter uma ou mais ideias a respeito da questão estabelecida. Para o processo de análise são atribuídas expressões-chave a cada ideia para que, então, seja possível agrupar as expressões de sentido semelhante e criar categorias de respostas. Com essas categorias e seus respectivos discursos estabelecidos torna-se possível a análise qualitativa das ideias compartilhadas em cada uma das questões. As somas dos resultados correspondem ao número de ideias em cada categoria, e não ao número de indivíduos entrevistados^{16,17}.

Por meio da abordagem qualitativa os entrevistados expressam suas ideias e se posicionam sobre um tema expressando significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Busca-se entender os fenômenos em termos de significados conferidos pelos entrevistados, ou seja por meio de suas Representações. O indivíduo entrevistado não é apenas um produto das determinações sociais e nem um produto individual mas um somatório de ambas as coisas.¹⁸.

A pesquisa foi previamente aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), dos hospitais e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da prefeitura Municipal de São Paulo. Antes das entrevistas foi lido e assinado termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo anonimato dos médicos participantes e dos hospitais nos quais a pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com 13 médicos ginecologistas/obstetras, 11 neonatologistas e 1 patologista, responsável pelas necrópsias de um setor de verificação de óbito em um hospital de ensino. A maior parte dos médicos entrevistados (20) trabalhava também em outro hospital e cinco trabalhavam somente no hospital onde foi realizada a entrevista.

Em relação à rotina de trabalho, 14 médicos atuavam exclusivamente na assistência aos pacientes e 10 relataram exercer também cargos de diretoria, coordenação ou pesquisa. O dia a dia de trabalho desses profissionais envolveu, além da prestação de assistência, a orientação de residentes e participação em comitês, esta relatada apenas por médicos de hospitais do SUS.

Foi perguntado se o preenchimento das declarações de óbito fazia parte da rotina de trabalho (Quadro 1). Oito médicos de hospitais SUS e um não SUS relataram que na época da pesquisa não preenchiam a DO, pois os óbitos perinatais eram encaminhados para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO); entretanto, tais médicos declararam que já haviam preenchido o documento em outras situações.

Os médicos que preenchiam os documentos no período no qual foram realizadas as entrevistas relataram duas situações: a primeira, em um hospital não SUS, o médico disse não receber auxílio para o preenchimento da DO e que cada médico preenche os documentos relativos aos seus pacientes, pois não há uma equipe do hospital para essa atividade. Em contrapartida, foram relatadas situações nas quais os médicos recebem ajuda de outros profissionais do hospital para preenchimento dos documentos; por exemplo, descrevem que a “ficha” (DO) vem com uma parte já preenchida, com o que eles denominam de informações burocráticas, ou seja, dados de identificação do paciente, características maternas, da gestação e do recém-nascido já preenchidos e que completam apenas a parte médica, que, para esses profissionais, são as causas do óbito. Assim, informações epidemiológicas como idade, paridades maternas, consultas de pré-natal e duração da gestação são muitas vezes consideradas burocráticas.

No Quadro 2 encontram-se as ideais centrais relativas à pergunta: “Você considera que existe dificuldade para preencher alguma informação? Qual(is)?” Em relação à categoria A,

Quadro 1. Descrição dos médicos a respeito do preenchimento de declarações de óbito na rotina de trabalho em hospitais Sistema Único de Saúde e não Sistema Único de Saúde, município de São Paulo, 2009.

Rotina de trabalho no preenchimento da Declaração de óbito perinatal	
A	Médico menciona situações que encaminha o óbito para o Serviço de Verificação de Óbitos ou necrópsia
B	Nem sempre o médico que acompanhou o paciente é o mesmo que preenche a Declaração de óbito
C	Médico recebe ajuda de outros profissionais do hospital para preencher a Declaração de óbito
D	O médico explica a rotina do preenchimento mencionando o campo referente à causa do óbito
E	O médico que atendeu o paciente preenche

seis médicos relataram não sentir dificuldades. A questão foi dividida (ou foi expressa) em subcategorias de respostas: A.1 – não têm dificuldades porque já possuem experiência no preenchimento e fazem isso com naturalidade; A.2 – não sentem dificuldades quando a causa do óbito é aparente; A.3 – no hospital há uma rotina de registro de informações que indicam a evolução do paciente, o que torna mais fácil definir a causa de morte; A.4 – um médico relatou não ter dificuldade porque encaminha o óbito para o SVO.

Entre os entrevistados que relataram alguma dificuldade, a necessidade de consultar outras fontes de informação (categoria D) é um dos fatores mais citados:

Olha, você está falando da declaração de óbito como um todo, né? Não é só o que corresponde ao médico, os itens do atestado de óbito, da parte burocrática, vamos dizer, observações que o médico consegue fazer, tipo, um paciente que você não acompanhou, a gente sente um pouco de dificuldade para alguns dados relacionados à mãe, escolaridade da mãe, se a mãe é casada, se não é casada, são esses pequenos itens que às vezes o obstetra não informa isso lá na ficha, ou o pediatra que atende a criança na sala de parto. A gente tem dificuldade de preencher esses dados, a respeito principalmente de escolaridade da mãe, idade, se tem pré-natal ou não, e tem o número de consultas para preencher. Se o paciente não trouxe nenhum cartão de pré-natal você precisa adivinhar, às vezes o paciente fez e não trouxe, às vezes o paciente realmente não fez e diz que não trouxe, então aí torna-se de certa forma gestação de risco, se me chegar um paciente, por exemplo, com 30 semanas de gestação e ela falar que é 9 meses, aí você imagina que pode ser um retardo de crescimento, mas podia ser prematuro, tem que olhar com cuidado, repetir os exames de novo no pronto socorro, ultrassom, pra avaliar se não é um retardo, então dá um pouco mais de trabalho nesse sentido. São alguns campos que tem na declaração de óbito e às vezes os colegas são bem econômicos nos prontuários e muitas vezes a gente tem dificuldade em elaborar o diagnóstico.

Tal discurso indica que a rotina de registro de informação desempenha um papel importante para que os dados tenham maior fidedignidade, desde a parte de registro/identificação da paciente, que muitas vezes é realizada no momento de urgência de internação

Quadro 2. Dificuldades apontadas por médico no preenchimento de declarações de óbito em hospitais Sistema Único de Saúde e não Sistema Único de Saúde, município de São Paulo, 2009.

Dificuldades mencionadas no preenchimento da declarações de óbito	
A	Não tem dificuldade
B	Dificuldades em definir a causa do óbito
C	Dificuldade em preencher a “evolução do óbito”
D	Dificuldade quando precisa consultar outras fontes de informação
E	Dificuldade em relação à “ficha” da declarações de óbito
G	O preenchimento da declarações de óbito é uma situação de estresse para o médico

com informações fornecidas por parentes ou acompanhantes, até as informações médicas registradas nos prontuários.

A dificuldade de preencher “evolução do óbito” referente ao bloco “Condições e causas de óbito” na DO (categoria C) envolveu dúvidas em relação à indicação da causa básica de morte e a ordenação em que devem ser registradas as causas consequenciais ou contribuintes do óbito. A dificuldade de definição da causa do óbito (categoria B) foi relatada principalmente por médicos de hospitais do SUS.

Após abordar as dificuldades foi feita a pergunta: “Você recebeu treinamento/capacitação sobre o preenchimento da DO? Se sim, o que achou desse treinamento?”. Como mostra o Quadro 3, alguns entrevistados relataram que receberam treinamento apenas durante a faculdade ou residência:

Eu vou te dizer, na faculdade a gente tem essa aula, se você me perguntar em que ano, eu não sou capaz de lembrar, mas eu me lembro que na faculdade a gente tinha esta aula, talvez no quarto ano. Não lembro muito bem, mas, assim, o que eu lembro é que ele foi indo item por item falando, ressaltando importância daquela causa de óbito quando é óbito mulher jovem, idade fértil, alguma coisa assim, que é importante preencher e preencher o máximo de coisas que a gente conseguir preencher. A gente recebeu também aquele livrinho da faculdade, acho que é da Faculdade de Saúde Pública. Aqui no hospital nunca vi esse tipo de treinamento. Depois disso acaba, pega uma informação aqui outra ali né, pela vivência a gente vai percebendo como que é a situação, na verdade é em cima dos casos que surgem, não tem nem, assim, olha, uma aula específica como preencher um atestado de óbito, tem aula durante a faculdade e que a gente acaba fazendo adaptação para o natimorto, acontece. Então vem um pouco desse pot-pourri aí de informações que a gente teve durante a faculdade e durante vivência dos casos, durante a residência e depois na vida profissional da gente mesmo. Agora aula específica de como preencher uma declaração de óbito para natimorto, isso acho que na minha formação nunca teve.

O discurso referente ao treinamento para preenchimento das DOs recebido em disciplinas específicas durante o curso de graduação de Medicina mostra uma realidade distante do cotidiano de trabalho nos hospitais e a necessidade de atualizações e palestras constantes.

Quadro 3. Aspectos sobre treinamento para preenchimento de declarações de óbito, apontados pelos médicos entrevistados em hospitais Sistema Único de Saúde e não Sistema Único de Saúde, município de São Paulo, 2009.

Aspectos do treinamento recebido para o preenchimento da declarações de óbito	
A	Hospital fornece treinamento e palestras constantes
B	Hospital fornece treinamento e palestras esporádicos
C	Recebeu treinamento somente na faculdade ou durante a residência
D	Aprendeu a preencher pelo Manual de Preenchimento da declarações de óbito ou folhetos
E	Recebeu treinamento da prefeitura ou Conselho Regional de Medicina
F	Nunca recebeu treinamento

Alguns hospitais, a maior parte do SUS, oferecem palestras (categorias A e B), para treinamento de preenchimento e sensibilização sobre a DO como direito do paciente. Segundo os entrevistados, esses eventos são importantes e deveriam acontecer com mais frequência. Um médico de hospital não SUS relatou ter participado de treinamento em outro hospital durante reunião clínica obrigatória, por ser hospital-escola referência. Conforme relata o entrevistado, é muito difícil promover esse tipo de palestra, pois os médicos não têm interesse no assunto:

Agora, se eu marcar uma reunião aqui pra eu vir dar essas informações não aparece um. Só se eu obrigar os plantonistas a vir e se não vierem eu mandar embora, porque se só convidar não aparece uma alma, porque isso não faz sucesso no meio dos médicos, não vem ninguém, então, se eu pedir pra conselho regional de medicina vir e fazer uma reunião grande, oferecer um jantar, não vem ninguém. O médico não tem nenhum interesse nisso.

Outros profissionais relataram que aprenderam a preencher as DOs no dia a dia de trabalho (sem treinamento específico) e, para reforçar ou tirar dúvidas, utilizam o Manual de Preenchimento da DO e folhetos enviados pelo CRM ou Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM) da SMS de São Paulo (categoria D). Destaca-se que o manual nem sempre estava disponível; um dos médicos o encontrou por acaso junto a outros documentos e passou a usá-lo. Dois médicos de hospitais SUS relataram não terem recebido treinamento e aprenderam a preencher na prática com auxílio de outros colegas ou das enfermeiras (categoria F).

Alguns entrevistados referiram ter assistido a palestras ou participado de treinamentos fornecidos pelo CRM ou pelo PROAIM (categoria E) e acharam a experiência importante para o aprimoramento e conhecimento dos documentos:

Os treinamentos são importantes, porque dá conhecimento para o médico, ajuda a melhorar o preenchimento, e o atestado, o SVO, o DNV (Declaração de Nascido Vivo), acho que é vital para a gente ter uma estatística bem feita neste país, que eu imagino, porque, assim, em São Paulo é assim, imagine por aí afora como deve ser. Outra coisa que acontece aqui que, assim, agora acontece menos, mas às vezes um laudo ou uma declaração de óbito que não está de acordo, o SVO do município eles mandam pra gente depois de alguns meses uma carta endereçada comentando que deveria ter sido preenchido assim assado, e não do jeito que foi preenchido.

Para dar sequência à questão do treinamento, foi perguntado: “Você recebe ajuda para o preenchimento das DOs? Em caso positivo, para quais informações?”. Tal pergunta teve como objetivo identificar como age o médico quando tem alguma dúvida ou dificuldade para o preenchimento dos documentos e se preenche a DO sozinho.

Como mostra o Quadro 4, a ideia central mais observada (categoria A) foi que o médico costuma dialogar com outros médicos, principalmente em relação à causa do óbito:

Às vezes, se a gente está com alguma dúvida com relação ao diagnóstico é com outro colega aqui a gente sempre confirma, olha, então vamos atestar o óbito como sendo: 'prematuridade, levou uma imaturidade múltipla de órgãos, falência múltipla de órgãos'. Em relação a causas do óbito, nós estamos assim entre colegas, a gente até troca uma ideia, e é um paciente conhecido que já estava aqui e que a gente quer definir melhor a causa principal, a causa secundária, para você colocar tudo de acordo, porque você tem que também [pensar que] qualquer coisa que você coloque hoje em dia pode ser usado contra você e principalmente em relação a processos, acho que é mais um apoio moral do que outra coisa. Mas não com uma entidade superior no hospital, diretoria, não. Então, geralmente é aquilo que eu te falei, a maior parte do atestado vem preenchido, a gente preenche mesmo a parte médica.

Esse texto indica que o médico se considera responsável apenas pelo campo da DO referente à causa do óbito. As ideias centrais B e C indicam que os demais campos são preenchidos por outros profissionais do hospital que internamente têm essa responsabilidade:

Não tenho dificuldade porque a recepção, que é o pessoal que faz a identificação e a internação do paciente, muitas vezes eles que preenchem o local do óbito, o endereço do paciente, esses dados são eles que preenchem. A gente faz a parte médica, o restante o pessoal da burocracia (administração) faz o resto.

Foram relatadas dúvidas referentes à causa do óbito e aos campos de identificação dos pacientes, dados preenchidos pelo setor administrativo do hospital, como idade gestacional, paridade e número de filhos vivos e mortos. Estas variáveis não ganham destaque na

Quadro 4. Posicionamento frente as dúvidas de preenchimento das declarações de óbito apontadas pelos médicos entrevistados em hospitais Sistema Único de Saúde e não Sistema Único de Saúde, município de São Paulo, 2009.

Posicionamento dos médicos quanto a possíveis dúvidas no preenchimento da declarações de óbito perinatal	
A	Tira dúvidas e discute as causas de óbito com outros médicos
B	Busca informações com as enfermeiras
C	Não tem dúvidas porque o administrativo preenche parte da declarações de óbito
D	Tenta preencher da maneira mais correta possível

Quadro 5. Uso das informações do SIM apontados pelos médicos entrevistados em hospitais Sistema Único de Saúde e não Sistema Único de Saúde, município de São Paulo, 2009.

Categoria	
A	As informações servem para uso epidemiológico e de saúde pública
B	São informações importantes para o hospital
C	São informações para fins legais
D	São informações importantes para família

rotina de preenchimento dos documentos; entretanto, quando perguntado aos médicos a respeito da utilidade das informações das DOs (Quadro 5), a grande maioria mostrou conhecimento da importância desses dados para uso epidemiológico e de saúde pública. Além da importância epidemiológica, foram relatados usos da informação para o hospital, para fins legais e para família.

DISCUSSÃO

As diferentes funções, cargos ocupados e o regime de trabalho dos médicos entrevistados, em diferentes contextos e situações de trabalho, podem implicar em diferenças nas representações sociais que estes possuem a respeito das DOs.

O trabalho médico em mais de um hospital pode influenciar na rotina de preenchimento das DOs, pois estes profissionais podem trazer experiências de outros estabelecimentos para sua prática. O trabalho de coordenação ou diretoria clínica envolve, além da assistência, a participação em comitês de mortalidade e pesquisas, onde parte das informações constantes da DO pode ser utilizada, possibilitando, assim, uma representação social distinta desse documento. Já o médico plantonista tem com principal atribuição no seu dia a dia de trabalho a prestação de assistência, e o preenchimento dos documentos relativos ao paciente fazem parte dessa rotina, porém não é seu foco principal.

No modelo atual de atenção à saúde, principalmente no que se refere à atenção à gestante e ao parto, há uma fragmentação do trabalho médico nos hospitais SUS que se expressa de duas formas. A primeira refere-se aos esquemas de plantão, onde a produção dos serviços médicos ocorre de maneira estratificada em termos de equipe institucional, ou seja, no lugar de um agente de trabalho surgem equipes que se revezam, mas que necessariamente não se relacionam com o mesmo caso (paciente)¹⁹.

A segunda forma de fragmentação ocorre quando os obstetras realizam partos de pacientes das quais não tiveram a possibilidade de acompanhar o desenvolvimento da gestação, o que resulta na dificuldade relatada pelos entrevistados em determinar a causa de óbitos fetais anteparto ou da indicação de causa básica de morte dos óbitos perinatais.

Nessa situação, os óbitos fetais anteparto são considerados como tendo causa indeterminada e são frequentemente encaminhados ao SVO²⁰, situação que reflete também uma especificidade da rotina do município de São Paulo, dada existência e proximidade desse serviço, fato que resulta na elevada emissão de DOs fetais pelo SVO (75%). Entretanto, a premissa de que o encaminhamento para o SVO auxilia no diagnóstico da causa de morte nem sempre é verdadeira, pois um estudo mostrou que a autópsia não resultou em aprimoramento da indicação das causas de morte fetais²⁰.

Ao lado das reais dificuldades em diagnosticar a causa de morte dos óbitos intrauterinos pode também estar presente a relutância dos profissionais de saúde em relatar desfechos desfavoráveis^{21,22}. Nos hospitais não SUS essa dificuldade não foi mencionada, pois o médico que realizou o parto, em geral, foi o mesmo que acompanhou a mãe durante a gestação.

Essas diferenças reforçam a hipótese de que diferenças institucionais e da organização dos serviços de saúde interferem na rotina do trabalho médico e podem interferir no preenchimento dos documentos.

Ainda considerando as diferenças existentes entre a organização do trabalho médico em hospitais SUS e não SUS, entre as dificuldades de preenchimento descritas pelos médicos dos hospitais SUS está o histórico materno, com informações que constam no cartão de pré-natal, nem sempre disponível no hospital durante o parto, o que dificulta a definição da causa básica de morte e reflete também na qualidade das informações registradas nos prontuários hospitalares. Tal dificuldade poderia ser minimizada por meio da integração entre assistência pré-natal e parto, com informatização, disponibilidade e compartilhamento dos prontuários e históricos maternos para o médico que atendeu a parturiente e o recém-nascido.

Cabe comentar que a qualidade dos prontuários hospitalares e outras fontes de registro de dados dos pacientes também influenciam a disponibilidade da informação^{8,9}. Estudo realizado por Mendonça et al.²² observou que existe dificuldade para o preenchimento da DO devido à falta de registro de dados nos prontuários médicos.

Outra dificuldade mencionada é a necessidade de consulta em diferentes fontes (prontuário ou consulta às mães), o que indica que a informação, segundo os entrevistados, é organizada de forma fragmentada, contribuindo para a percepção da segmentação da informação em burocrática (dados de identificação dos pacientes e características maternas e da gestação) e clínica (processo de doença que levou ao óbito). Essa fragmentação pode, ainda, contribuir para a dificuldade de compreensão sobre as variáveis epidemiológicas (idade e paridade materna, peso ao nascer) que estão no caminho causal dos óbitos perinatais.

Ao perguntar para os médicos se sentiam dificuldade para preencher a DO, ficou evidente em seus discursos que eles se sentem responsáveis apenas pelo campo da causa de morte, enquanto as outras informações geralmente ficam a cargo de setores administrativos do hospital (SAME, admissão do paciente). Esse resultado confirma os achados de Mendonça et al.²² e Niobey et al.²³.

Segundo a Portaria MS 20/03 da Secretaria de Vigilância em Saúde, artigo 8, a declaração de óbito deve ser usada em todo o país, para coleta de dados sobre óbitos, e é “indispensável para a lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito”, ou seja, é ao mesmo tempo documento base para o SIM e para produzir a certidão de óbito, que é um instrumento legal. Tendo em foco essa dupla finalidade, fica claro pelas entrevistas que o olhar do médico está voltado para atestar o óbito e para os fins legais da DO, assim como discutido por Lopes²⁴. Apesar de a postura dos médicos valorizar mais os aspectos legais, vários profissionais mencionaram a importância desses dados para estudos epidemiológicos.

As ênfases no aspecto legal da DO e no preenchimento da causa de morte, além da rotina de trabalho, implicam em consequências para a qualidade do preenchimento das declarações, pois apenas os médicos recebem treinamento e, mesmo assim, muitos deles só receberam orientação durante a residência ou em aulas na faculdade de Medicina. Os outros profissionais que, na prática, preenchem determinados campos das DOs acabam não recebendo treinamento específico, apesar de cumprirem tais atribuições, o que pode interferir na

qualidade da informação. Segundo Arts et al.⁸, os principais erros de preenchimento incluem definição não clara das variáveis e violação do protocolo de preenchimento. Portanto, a qualidade poderia ser melhorada com treinamento específico para os profissionais que, de fato, são responsáveis por parte de preenchimento da DO. Nos Estados Unidos existe uma declaração específica para óbitos fetais e um responsável pelo preenchimento, o “*funeral director*”, que deve coletar as informações em fontes predefinidas; a causa do óbito deve ser obtida pelo médico que atendeu ou assumiu o plantão, enquanto os dados pessoais devem ser perguntados aos familiares (existe uma ordem de parentesco de preferência)²⁵.

As entrevistas com os médicos possibilitaram identificar as suas representações sociais sobre o preenchimento das DOs e como tal atribuição está inserida no seu dia a dia de trabalho. Todavia, este estudo qualitativo buscou explorar a percepção dos médicos e pode não ter retratado a complexidade de todos os aspectos envolvidos na produção das informações de mortalidade.

CONCLUSÃO

A dinâmica do modelo atual de serviço hospitalar no qual, principalmente na rede SUS, o médico que realizou o parto ou o pediatra não tem acesso às informações da evolução da gestação pode dificultar o estabelecimento da causa de morte. Apesar de os entrevistados reconhecerem a importância do uso das informações da DO em estudos epidemiológicos, eles ressaltam a importância legal do documento, mas não se sentem contribuintes do sistema que gera estas informações, e essa percepção influencia a qualidade do registro de dados.

REFERÊNCIAS

1. Baldijão MFA. Sistemas de informação em saúde. São Paulo em Perspectiva 1992; 6(4): 21-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 3.947/GM, de 25 de novembro de 1998. Estabelece os padrões comuns dos sistemas e bases de dados na área da saúde. Publicada no Diário Oficial da União. 14 de janeiro de 1999, Seção 1:8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS/SVS nº 20, de 3 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Publicada no Diário Oficial da União. 9 de outubro de 2003, Seção 1:71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Publicada no Diário Oficial da União. 12 de fevereiro de 2009, Seção 1:71.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: documento necessário e importante. Conselho Federal de Medicina. Brasília; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília; 2009.

7. Lima CRA, Schhramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(10): 2095-109.
8. Arts DG, De Keizer NF, Scheffer GJ. Defining and improving data quality in medical registries: a literature review, case study, and generic framework. *J Am Med Inform Assoc* 2002; 9(6): 600-11.
9. Solomon DJ, Henry RC, Hogan JG, Van Amburg GH, Taylor J. Evaluation and implementation of public health registries. *Public Health Rep* 1991; 106(2): 141-50.
10. Terris DD, Litaker DG, Koroukian SM. Health state information derived from secondary databases is affected by multiple sources of bias. *J Clin Epidemiol* 2007; 60(7): 734-41.
11. Novaes, MHD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 133-40.
12. Zeitlin J, Wildman K, Bréart G, Alexander S, Barros H, Blondel B, et al. Selecting an indicator set for monitoring and evaluating perinatal health in Europe: criteria, methods and results from the PERISTAT project. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111(Suppl 1): S5-S14.
13. Almeida MF, Alencar GP, França Junior I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3): 643-52.
14. Souza DV, Zioni F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das Representações Sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. *Saude soc* 2003; 12(2): 76-85.
15. SPi-Sales & Paschoal informática. www.spi.com.br. Elaborado com base na teoria do DSC. (Acessado em 23 de janeiro de 2012)
16. Lefevre, F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
17. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. São Paulo: Interface; 2006. p. 517-20.
18. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3): 300-8.
19. Schraiber LB. O Trabalho Médico: Questões acerca da autonomia profissional. *Cad Saúde Pública* 1995; 11(1): 57-64.
20. Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D, Minuci EG, Silva ZP, Ortiz LP, et al. Qualidade das informações registradas nas declarações de óbito fetal em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5): 845-53.
21. Froen JF, Gordijn SJ, Abdel-Aleem H, Bergsjo P, Betran A, Duke CW, et al. Making stillbirths count, making numbers talk: issues in data collection for stillbirths. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9: 58.
22. Mendonça FM, Eliane D, Cardoso AMP. Problemas de preenchimento das Declarações de Óbito: estudo exploratório. *R Bras Est Pop* 2010; 27(2): 285-95.
23. Niobey FML, Cascão AM, Duchiate MP, Sabroza PC. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(4): 311-8.
24. Lopes JCN. Aspectos éticos e jurídicos da declaração de óbito. *Rev Bioét* 2011; 19(2): 367-82.
25. National Center for Health Statistic. Specifications for Collecting and Editing the United States standard Certificates of Birth and Death - revision general guidelines. 2003.

Recebido em: 22/06/2012

Versão final apresentada em: 10/12/2012

Aprovado em: 12/12/2012