



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

BARBARA ARAUJO SILVA DE AZEVEDO

**Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação
de Óbito do Estado de Pernambuco**

RECIFE
2014

BARBARA ARAUJO SILVA DE AZEVEDO

**Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação
de Óbito do Estado de Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Prof. Dra. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Germano de Frias

RECIFE
2014

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

A994a Azevedo, Bárbara Araújo Silva de

Avaliação da implantação dos serviços de verificação de óbito do estado de Pernambuco / Bárbara Araújo Silva de Azevedo; orientadora Lygia Carmen de Moraes Vanderlei; coorientador Paulo Germano de Frias. – Recife: Do Autor, 2014.

60 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação em saúde. 2. Estatísticas vitais. 3. Sistema de informação – Mortalidade. 4. Autopsia. I. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, orientadora. II. Frias, Paulo Germano de, coorientador. III. Título.

CDD 362.1072

BARBARA ARAUJO SILVA DE AZEVEDO

**Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação
de Óbito do Estado de Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: 25 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Roberto Vieira de Mello
Departamento de Patologia Centro de Ciências em Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco

Suely Arruda Vidal
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela graça da vida.

A vovó Levina, por todas as horas dedicadas à minha educação, por me ensinar o verdadeiro valor do amor.

A Lygia Carmem e Paulo Frias, pela paciência, dedicação, sem eles eu não conseguiria finalizar essa dissertação.

Aos meus pais, por todo o carinho e amor de uma vida toda.

Ao meu esposo, Flávio, por todas as abdições durante esse processo, pelo amor, paciência e companheirismo.

A tia Rosário Antunes, por ter me inspirado a seguir o campo de Saúde Pública, sendo exemplo de profissional dedicada, e por ter contribuído na minha formação pessoal e profissional.

Às minhas irmãs, Nadianara e Levina, por fazerem parte da minha vida e mostrar a importância do nosso amor.

A Isabela Maciel, amiga-irmã, pelo incentivo e carinho.

Ao professor Roberto Vieira, pelo apoio, carinho, e me ter feito acreditar que seria possível realizar esse projeto.

A Suely, pelas contribuições durante o processo de construção desse trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pela força e incentivo durante todo o curso.

À Patrícia Ismael e Eronildo Felisberto, pela compreensão, acima de tudo o incentivo para conclusão dessa etapa.

À Coordenação do Curso, Professores e Secretária, pela dedicação, compromisso e apoio.

Por fim, agradeço a todos que me incentivaram e, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

Os Serviços de Verificação de Óbito (SVOs) desempenham papel importante não apenas para a Saúde Pública, mas para os serviços de Anatomia Patológica e outras áreas das Ciências da Saúde, com destaque na melhoria da qualidade das informações sobre mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a implantação dos SVOs de Pernambuco, no ano de 2012. **Métodos:** Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação nos SVOs, localizados no Recife e em Caruaru. Foi elaborado um modelo lógico dos serviços, baseado na análise de documentos e consulta a *experts* e, a partir deste modelo, foi construída uma matriz de indicadores e julgamento. Os indicadores de estrutura, processo e resultados foram obtidos de dados primários, coletados através de entrevistas com os coordenadores dos serviços e observação não participante, e dados secundários, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, relatórios de serviços e livros de registro. Os resultados encontrados foram confrontados com o preconizado no modelo lógico e classificados em: implantado (90-100%), parcialmente implantado avançado (89,9-70,0%), parcialmente implantado incipiente (60,0-69,9%) e não implantado (<60,0%). **Resultado:** Os dois serviços foram considerados como *parcialmente implantado avançado*, alcançaram 89,0% e 82% dos valores esperados, respectivamente. A dimensão estrutura foi mais bem avaliada que a relacionada ao processo. **Conclusão:** Os serviços apresentaram nível de implantação compatível com os resultados alcançados e as intervenções para sua melhoria devem ser realizadas no processo de trabalho

Palavras-chave: Estatísticas Vitais; Sistema de Informação, Autópsia, Avaliação em Saúde

ABSTRACT

Services to autopsy (SVOs) play an important role not only for public health but for the services of Pathology and other areas of health sciences, with emphasis on improving the quality of mortality information.

Objective: To evaluate the implementation of SVOs of Pernambuco, in 2012. **Methods:** an evaluative study of the implementation analysis in SVOs, located in Recife and Caruaru. A logical model of services, based on analysis of documents and consults the experts was established and, from this model, we constructed a matrix of indicators and judgment. The indicators of structure, process and outcomes were obtained from primary data collected through interviews with the coordinators of services and non-participant observation, and secondary data extracted from the Mortality Information System, service reports and record books. The results were compared with the recommendations in the logical model and classified into: implanted (90-100%), partially deployed advanced (89.9 to 70.0%), partially implemented incipient (60.0 to 69.9%) and not implemented (<60.0%). **Results:** Both services were considered partially implemented advanced, reached 89.0% and 82% of expected values, respectively. The size structure was better assessed that the related process. **Conclusion:** The present level of deployment services compatible with the outcomes and interventions for improvement should be made in the work process

Keywords: Vital Statistics; Information System, Autopsy, Health Evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNC	Doença de Notificação Compulsória
DO	Declaração de óbito
GI	Grau de implantação
IMIP	Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IML	Instituto Médico Legal
MM	Morte materna
MS	Ministério da Saúde
OF	Óbito fetal
OI	Óbito infantil
PE	Pernambuco
POP	Protocolo operacional padrão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde
Sinasc	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VE	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS

Dissertação

Quadro 1	Principais marcos na evolução da verificação de óbito em Pernambuco	12
Quadro 2	Documentos utilizados na elaboração do modelo lógico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	17
Quadro 3	Matriz de análise e julgamento para avaliação de implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	20
Quadro 4	Caracterização dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO)	22
Figura 1	Modelo lógico simplificado do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	19

Artigo

Figura 1	Modelo lógico simplificado do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	42
Quadro 1	Matriz de análise e julgamento para avaliação de implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	43
Tabela 1	Grau de implantação do Serviço de Verificação de Óbito segundo componentes do modelo lógico. Pernambuco, 2012	45
Tabela 2	Indicadores de resultados segundo componentes do modelo lógico do Serviço de Verificação de Óbito. Pernambuco, 2012.	46
Quadro 2	Resultados obtidos no Serviço de Verificação de Óbito do Recife e de Caruaru, por indicador	47

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1. Geral.....	17
3.2. Específicos.....	17
4. MÉTODOS.....	18
4.1. Estratégia de pesquisa	18
4.2. Local, período de referência e população do estudo.....	23
4.3. Instrumento e técnicas de coleta.....	24
4.4. Plano de análise.....	24
4.5. Aspectos éticos.....	26
5. RESULTADOS	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. RECOMENDAÇÕES	51
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICE	55
ANEXO A	62

1. INTRODUÇÃO

As estatísticas vitais contribuem de forma significativa para se obter o perfil epidemiológico da população e constituem é uma das formas mais utilizadas para planejar, organizar e avaliar ações e serviços de saúde^{1,2}. No Ministério da Saúde (MS) são operacionalizadas por meio de dois grandes Sistemas de Informação em Saúde (SISs), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)³.

A informação em mortalidade é um importante instrumento para o planejamento de intervenções em saúde, contribuindo para a qualidade das ações e dos serviços em saúde dos municípios e estados. Para que se disponha de indicadores confiáveis e oportunos, além de proporcionar elementos para a conclusão sobre a real causa do óbito é essencial a boa qualidade da informação desses sistemas. Desta forma, a elevada proporção de *causa mortis* não esclarecidas prejudica o conhecimento sobre a situação de saúde da população⁴⁻⁶.

O SIM é um Sistema de Vigilância Epidemiológica cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos no País e construir indicadores epidemiológicos de mortalidade. A coleta dos dados que alimentam o SIM é feita através da Declaração de óbito (DO), documento padronizado em todo o território nacional, apresentando-se de forma pré-numerada e composta de três vias. A DO fornece informações importantes, a depender do grau de completitude do seu preenchimento⁴.

A emissão da DO compete ao médico responsável pela assistência do paciente ou ao médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento. Porém, em sua ausência, outro médico da localidade poderá fazê-lo, excetuando-se os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas não naturais, circunstância em que

a responsabilidade do ato é atribuída ao médico legista do Instituto Médico Legal (IML) ou equivalente^{7,8}.

Há duas situações de óbito nas quais a emissão da DO deve ser de responsabilidade do médico patologista do Serviço de Verificação de Óbito (SVO); quando o óbito ocorreu sem assistência médica e quando, mesmo no caso do falecido ter sido assistido, o médico assistente ou o substituto não conseguem definir a causa^{7,8}. Os exames *post mortem* só devem ser realizados com a devida autorização do parente mais próximo do falecido ou do seu responsável⁹.

A autópsia, realizada pelo patologista do SVO, permite a confirmação de suspeitas clínicas, respondendo a questões não esclarecidas durante o atendimento prestado em vida, sendo considerada um importante elemento para a obtenção de informações epidemiológicas confiáveis ao notificar aos órgãos de saúde pública municipais e estaduais as doenças e agravos inusitados, visando o planejamento das ações de saúde¹⁰⁻¹².

O SVO desempenha relevante papel para os serviços de Anatomia Patológica e outras áreas das Ciências da Saúde, no que concerne à qualidade das informações sobre mortalidade, serviços médicos, ensino e pesquisa nas instituições hospitalares, visto que a autópsia é padrão-ouro no aprimoramento do diagnóstico e na qualidade da assistência médica¹³⁻¹⁵.

A utilização de cadáveres provenientes do SVO para o ensino é um componente importante no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais da área de saúde, principalmente na educação médica. Apesar do desenvolvimento tecnológico vir proporcionando muitas facilidades ao ensino, o conhecimento obtido por meio da dissecação de cadáveres ainda é indispensável^{12,14-18}.

Os registros da informação sobre a *causa mortis* se iniciaram no século XVII, com a realização de autópsia em casos de óbitos suspeitos de febre amarela. Nos primeiros anos do século XX a atribuição de verificação do óbito era de profissionais não médicos; nos tempos atuais, só profissionais especializados podem realizar esta verificação. No quadro 1 estão apresentados os principais marcos na evolução da verificação dos óbitos no estado de Pernambuco.

No ano de 2006, o MS instituiu a Rede Nacional de SVO, subordinada à Vigilância Epidemiológica, para implementar os já existentes e incentivar a criação de novos. Atualmente, esta Rede é composta por 28 serviços: um na Região Sul; dez no Sudeste; três no Norte; três no Centro-Oeste e onze no Nordeste, sendo dois em Pernambuco. Em 2010, foi aprovada a implantação da Rede Estadual de SVO/PE, com duas unidades, uma no Recife e outra em Caruaru, no Agreste pernambucano¹⁸.

O SVO – Recife é o segundo mais antigo do Brasil, sendo antecedido pelo SVO de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo¹⁹, situa-se no *campus* da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no prédio do Departamento de Patologia. Seu funcionamento está vinculado ao convênio de cooperação técnica entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) e a UFPE, sendo a SES/PE responsável pela gestão do serviço, e o apoio técnico pela UFPE.

O SVO-Caruaru possui estrutura física própria, está situado no espaço físico do Hospital Regional do Agreste; também desenvolve suas atividades por meio de convênio de cooperação técnica com o Instituto de Medicina Legal.

Quadro 1. Principais marcos na evolução da verificação de óbitos em Pernambuco.

Período	Responsável, Instituição e Função	Situação da Verificação de Óbito	Observação
Século XVII	1630-1654	Wilhelm Piso, Chefe, Serviço Sanitário da Colônia	Registro das 1ª autópsias no Brasil, realizadas em Pernambuco no Hospital do Forte de São Jorge ou Castelo da Terra em Pernambuco. Wilhelm Piso, considerado o médico e anatomopatologista mais antigo do País. Para relatar as autópsias era necessária a aprovação do Santo Ofício.
	1685-1694	João Ferreyra da Rosa, médico português, patologista geral.	Realização das 1ª autópsia em caso de febre amarela em Pernambuco, associando aumento do contágio com o extraordinário movimento no porto do Recife. O Trattado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco, escrito no Recife, em 1685, por João Ferreyra da Rosa e publicado em Lisboa, em 1694.
Século XIX		Vigários, Igreja Católica	Verificação do óbito para autorização de enterramento Atribuição do vigário.
	1900	Dr. José Joaquim Fonseca	Necessidade de duas testemunhas para autenticar o óbito -
		Médicos da Polícia	Verificação de ausência de crime, suicídio ou acidente em indivíduos mortos sem assistência médica. O óbito era emitido como doença desconhecida ou assinalava a morte não devida a crime, suicídio ou acidente: tanatomorbia.
Século XX	1919	Octávio de Freitas, Diretor Departamento de Higiene de Pernambuco	Criação de quadro de médicos verificadores de óbitos para a realização de inquérito com os familiares ou conhecidos do morto, fornecendo o diagnóstico da <i>causa mortis</i> . Ocorreu melhora nos diagnósticos, porém ainda insuficientes e, por medida de economia, os óbitos passaram a ser verificados no cemitério.
	1932	Décio Parreiras e Octávio de Freitas, Departamento de Saúde Pública.	Criação do SVO no Recife, através do decreto nº 169, de 23/12/1932. Verificação dos óbitos ocorridos no Recife, sem assistência médica e os julgados necessários pelo Departamento de Saúde Pública.
	1933	Faculdade de Medicina e Departamento de Higiene	Contribuição para definição do quadro nosológico, ensino e pesquisa médica, criando a Escola Pernambucana de Patologia. Construído pavilhão no prédio da Faculdade de Medicina, para utilização do SVO 1º técnico de autópsia do Nordeste Malaquias Antônio dos Santos o (recebeu o título de Patologista Honorário pela seccional/PE da Sociedade Brasileira de Patologia).
	1958-1996	Faculdade de Medicina e Departamento de Higiene	Iniciou-se processo de decadência do serviço de autópsia. Em 1974, o serviço passa a funcionar no campus da UFPE Transferência da disciplina de Anatomia e Fisiologia Patológica para o hospital Pedro II, em 31/10/1958.
Século XXI	2006	Ministério da Saúde	Portaria MS 1.406 de 29/06/2006, institui a Rede Nacional de SVO integrada à rede pública, sob gestão da SES. -
	2008/2009	Secretaria Estadual de Saúde	Definição de uma nova estrutura organizacional do SVO, sendo incluído no organograma da SES. -
	2010	Secretaria Estadual de Saúde	Inaugurado o SVO/Caruaru em 01/03/2010 Portaria Estadual n.º 115 institui a Rede Estadual de SVO/PE Funcionando no campus da UFPE e o SVO/ Caruaru no Hospital Regional do Agreste. O SVO e o IML/ Caruaru funcionam juntos, em acordo com a Secretaria de Defesa Social.

IML –Instituto de Medicina Legal ; PE-Pernambuco; SVO -Serviço de Verificação de Óbito; UFPE- Universidade Federal de Pernambuco.

Apesar da contribuição histórica dos SVOs em Pernambuco, não foram identificadas pesquisas avaliativas quanto à sua implantação, acrescentando que a literatura científica disponível sobre o assunto, enfatiza apenas as análises da qualidade da autópsia e o perfil dos óbitos atestados pelos serviços^{15,23}.

A avaliação de políticas públicas, programas e serviços permite, além da produção de informações, viabilizar a transformação do contexto prático das ações em saúde²⁴. Para tanto, as avaliações normativas relacionam os recursos e as atividades desenvolvidas a critérios e normas, enquanto as pesquisas avaliativas utilizam o método científico. Entre estas últimas, a análise de implantação, ao desvendar as relações existentes entre o contexto organizacional, o grau de adesão às normas e os resultados, pode contribuir para a compreensão da lógica do programa e sua operacionalidade além de mostrar as fortalezas e fragilidades da intervenção²⁵.

A análise de implantação é recomendada quando a intervenção é sensível às variações contextuais, podendo apresentar resultados distintos quando realizada em contextos diversos, por mais que esteja incorporada às instituições. A valorização e a ênfase na intervenção parecem depender do interesse dos gestores²⁷.

Este tipo de análise, ao explicitar modelos lógicos consensuais, favorece o entendimento sobre o funcionamento da intervenção por discriminar os aspectos relevantes de um serviço ou programa, descrever as atividades, as práticas e os resultados esperados, mostrando o seu modo de operar²⁸.

A reflexão sobre a rede de SVO, através de processos avaliativos, como um instrumento para a gestão em um dos mais antigos serviços do Brasil, pode oferecer aos gerentes de programas e serviços, apoio no planejamento e tomada de decisão, assim como permitir realizar adaptações verificando a sua viabilidade e funcionalidade, sem que isso acarrete em aumento desordenado de custos²⁹.

Para suprir esta lacuna no conhecimento realizou-se este estudo, para que adaptações e correções de rotas sejam efetivadas, o que contribuiria para o aprimoramento das rotinas dos serviços, aumentando o conhecimento sobre as doenças emergentes e reemergentes, melhoria das informações prestadas, bem como ensino e pesquisa na área da saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que o SVO :

- É um serviço que desempenha um papel importante para a Saúde Pública e as Ciências da Saúde, através de estudos clínicos, anatômicos e desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas;
- É uma importante fonte de informação, que auxilia na caracterização do perfil epidemiológico estadual e na detecção de emergência epidemiológica, encontrando-se em um novo contexto proposto pelo MS;
- Encontra-se sob o regimento de duas novas portarias, a Portaria Federal e a Estadual, que instituem as Redes de SVO;
- As avaliações sobre os SVOs analisam frequentemente a qualidade da autópsia e o perfil dos óbitos atestados pelo serviço, raramente as condições de funcionamento dos mesmos.

Este estudo é pertinente, pela:

- Carência de pesquisas de avaliação relacionadas aos serviços de autópsia, bem como a insuficiência de conhecimentos relativos ao processo de trabalho e de desempenho do serviço;
- Insuficiência de parâmetros para a avaliação dos serviços de SVO no Brasil;
- Construção de um método de avaliação para os SVOs;
- Possibilidade de contribuir para a reorganização das práticas nos SVOs.

3. OBJETIVOS

3.1.Geral

Avaliar a implantação dos SVOs de Pernambuco, no ano de 2012.

3.2.Específicos

- Estimar o grau de implantação dos SVOs Recife e Caruaru;
- Descrever os indicadores de resultados do SVO relacionados aos seus componentes;
- Analisar a influência do grau de implantação das ações dos SVOs sobre os resultados alcançados.

4. MÉTODOS

4.1. Estratégia de Pesquisa

Realizou-se um estudo avaliativo, do tipo análise de implantação, utilizando o modelo sistêmico de Donabedian, que aborda a avaliação em três perspectivas: estrutura (recursos e instrumentos utilizados), processo (atividades e serviços prestados) e resultado (efeitos produzidos). Para avaliar o grau de implantação utilizaram-se aspectos da estrutura e do processo^{25, 26}.

Na primeira etapa do estudo foi construído o modelo lógico do SVO, baseado em documentos oficiais que normatizam o serviço; na consulta a *experts*; e nas atividades de rotina desenvolvidas no serviço (Quadro 2).

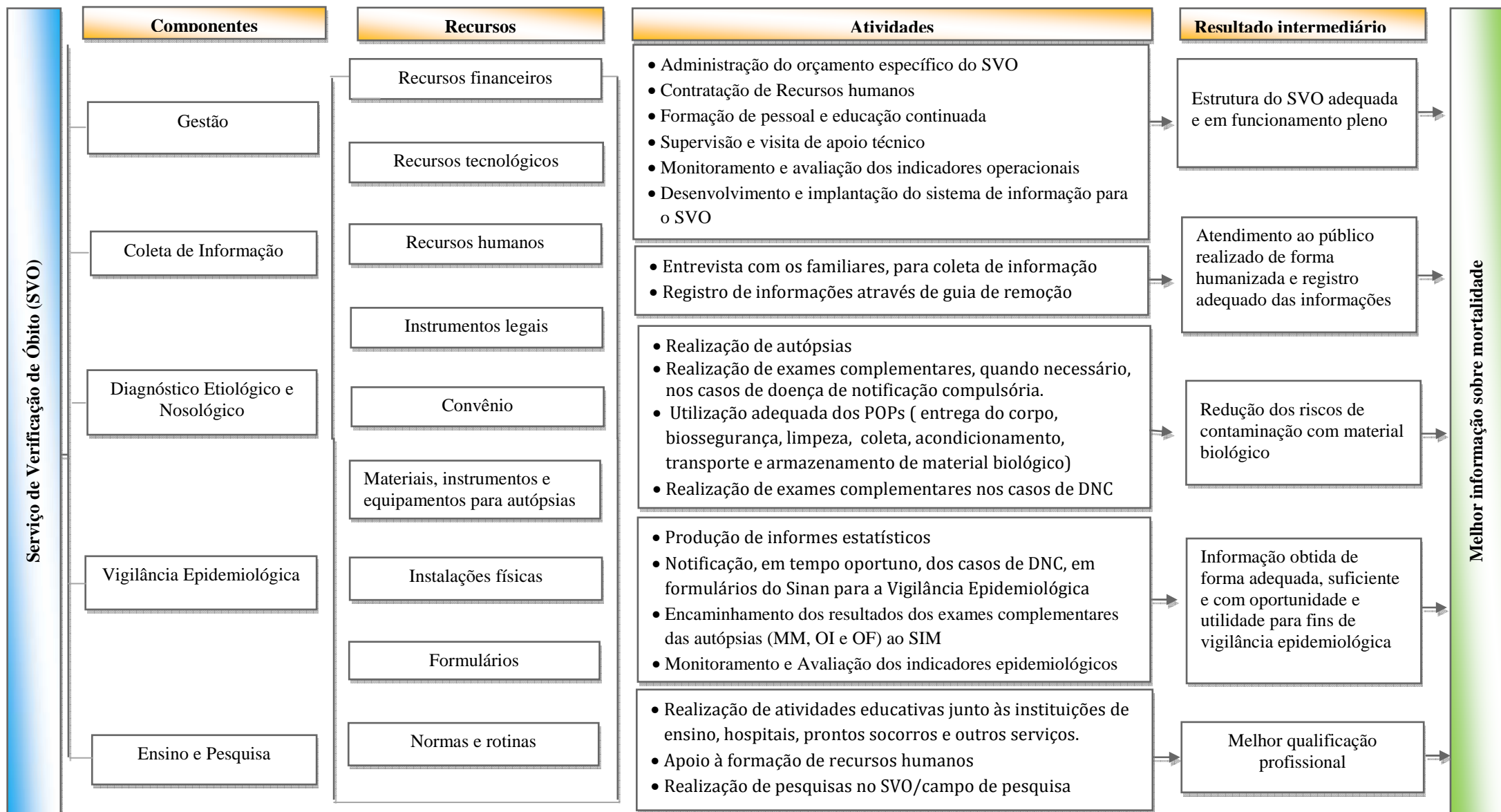
Quadro 2. Documentos utilizados para elaboração do modelo lógico do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Documento	Definição
Lei nº 6015, de 31/12/2003.	Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências.
Portaria nº 1.405, de 29/06/2006.	Institui a Rede Nacional de SVO.
Portaria nº 116, de 11/02/2009.	Regulamenta a Coleta de Informação, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
Decreto nº 34.351 de 09/12/2009	Estrutura os órgãos integrantes da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco
Portaria Estadual nº 115, de 01/03/2010.	Institui a Rede Estadual de SVO

Para compor o modelo do SVO foram definidos cinco componentes: Gestão Administrativa, Coleta de Informações, Diagnóstico Etiológico e Nosológico, Vigilância Epidemiológica e Ensino e Pesquisa (Figura 1).

Após a construção do modelo lógico foi definido um conjunto de indicadores de implantação, relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado das ações no serviço e distribuídos por componentes. Os indicadores apresentados na matriz de análise e julgamento (Quadro 3) foram selecionados de acordo com a relevância e disponibilidade.

Figura 1. Modelo lógico simplificado do Serviço Verificação de Óbito (SVO).



DNC - Doença de Notificação Compulsória; MM - Morte Materna; OI - Óbito Infantil; OF - Óbito Fetal; POP - Protocolo Operacional Padrão; Sinan - Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Quadro 3. Matriz de análise e julgamento para avaliação de implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) .

Componentes	Dimensões	Indicadores	Parâmetros	Pontuação	Valor Esperado	Fonte de dados
Gestão	Estrutura	Administração do orçamento específico do SVO	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Recursos humanos	Auxiliar administrativo, gerência, coordenação médica e coordenação administrativa	Todos 4= 4; Total 3 = 3; Total 2 =2 ; Total 1 =1 ; Nenhuma=0	4	Entrevista
	Processo	Realização de manutenção da estrutura física, material e equipamentos do SVO	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Utilização de normas e rotinas do serviço	Sim	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
		Sistema de informação para o SVO	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Monitoramento e avaliação dos indicadores operacionais do SVO	Relatórios de supervisão e avaliações das atividades desenvolvidas	Sim =5 Não=0	5	Entrevista
		Capacitação de recepcionista e assistente social sobre técnicas de atendimento ao público	1 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Realização de curso de aperfeiçoamento	3 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Sensibilização de médicos patologistas sobre o adequado preenchimento da DO realizada	4 ao ano	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
Supervisão/ visita de apoio técnico mensal	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista		
Coleta de Informação	Estrutura	Utilização de formulário para entrevista com os familiares	Sim	Sim =2,5 Não=0	2,5	Entrevista
		Recursos humanos	1 assistente social e 1 administrativo/plantão	1 assistente social = 2 ; 1 administrativo = 2 e 1 assistente social e 1 administrativo = 3,5	3,5	Entrevista
		Existência de sala específica para recepção da família	Sim	Sim =2,5 Não=0	2,5	Entrevista
	Processo	Registra em livro próprio a entrada do corpo no SVO	Sim	Sim =1,5 Não=0	1,5	Entrevista
	Resultado	Proporção de autorização para autópsia	100%	100% =10 , 90% =6 e abaixo de 59,9 =3	10	Livro de registro
Diagnóstico Nosológico/Etiológico	Estrutura	Existência de equipamento de proteção individual	Luva, máscara N95 e avental cirúrgico impermeável	Todos = 3; Total 3= 2; Total 2 = 1,5 e Total 1 =1	3	Entrevista
		Existência de material cirúrgico (tesoura, bisturi, faca, serra)	Todos	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Existência de câmaras frigoríficas para cadáveres	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Existência de arquivo para exames, laudos e outros documentos	Sim	Sim =1,5 Não=0	1,5	Entrevista
		Sala específica	Sala com mesa de autópsia com lavatório com água corrente, iluminada e refrigerada	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Existência de protocolo para realização de autópsia	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Existência de médico patologista	Carga horária de 24 horas semanais	1/12horas para realização de, no máximo, 30 autópsias = 4,5	4,5	Entrevista
		Existência de auxiliar/técnico de autópsia	Carga horária de 30 horas semanais	1/12horas para realização de, no máximo, 30 autópsias =4	4	Entrevista
		Existência de protocolo de biossegurança e Limpeza	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
Existência de protocolo de coleta, acondicionamento, transporte e armazenamento de material biológico elaborado	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista		

Continua

Quadro 3. Matriz de análise e julgamento para avaliação de implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Componentes	Dimensões	Indicadores	Parâmetros	Pontuação	Valor Esperado	Fonte de dados	
Diagnóstico Nosológico/Etiológico	Processo	Existência de identificação dos cadáveres	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista	
		Realização de recomposição do cadáver para remoção final	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista	
		Existência de protocolo de entrega do corpo ao familiar	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista	
		Frequência de conservação e limpeza dos instrumentos, ferramentas e materiais peculiares aos exames macroscópicos.	2 vezes ao dia	Sim =1 Não=0	1	Entrevista	
	Resultado	Realização de exames complementares nos casos de Doença de Notificação Compulsória	100% de exames realizados	100% -90% =10; 79% -50% =5; abaixo de 50=0	10	Livro de registro	
		% de óbitos não- fatais com <i>causa mortis</i> esclarecida	97% dos óbitos não-fatais com <i>causa mortis</i> esclarecida	100% -90% =20; 89% -60% =5; 59% - 50% =2 ; 49% -30% = 1e 29% - 0%=0	20	SIM	
Vigilância Epidemiológica	Estrutura	Existência de formulário de notificação do Sinan	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista	
		Existência de N° Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista	
		Profissionais (recepção / assistente social) capacitados para VE	70%	100% -70% =2; 69% - 40% =1,5; 39% - 0% =0,5	2	Entrevista	
		Existência de recursos tecnológicos	Computador; Internet; scanner; fax e linha telefônica	Todos = 2; Total de 3= 1,5; Total de 2 = 1; e Nenhuma=0	2	Entrevista	
	Processo	Realização de encaminhamento dos exames complementares da autópsia ao SIM	100%	Sim =2 Não=0	2	Entrevista	
		Informes de análise estatística produzidos	1 ao ano	1 ao ano = 2	2	Entrevista	
		Monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos do SVO	1 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista	
		Regularidade de encaminhamento das listas das autópsias realizadas para o Gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade	Mensal	Mensal=2 e Trimestral = 1	2	Entrevista	
		Produção de boletins pelo SVO	1 ao ano	1 ao ano = 2	2	Entrevista	
		Declaração de óbito emitida	90%	100% -90% =3; 89% -60% =2; abaixo de 60=0	3	Livro de registro	
	Resultado	% casos de doenças de notificação compulsória, Mortalidade Materna , Óbito Infantil e Fetal Informados para e Vigilância Epidemiológica oportunamente	80%	100% -70% =10; 69% -40% =5; 39% - 0% =3	20	Livro de registro	
	Ensino e pesquisa	Estrutura	Recursos humanos	1 patologista e 1 auxiliar de autópsia	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
			Integração inter-institucional com Instituições de Ensino	Sim	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
Resultado		Realização de atividades de formação de recursos humanos realizadas.	4 ao ano	Total de 1= 1; Total de 2 = 2; Total de 3= 3, Total de 4 =4	4	Entrevista	
		Realização de pesquisas realizadas no SVO/ campo de pesquisa	2 ao ano	Total de 1= 3 e Total de 2 = 6	6	Livro de registro	

DO- Declaração de Óbito; Sinan - Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; VE – Vigilância Epidemiológica.

Foram adotados os parâmetros e pontuação para cada indicador, baseados em documentos institucionais ou criados, quando inexistentes ou inadequados à realidade local.

Na segunda etapa, foram coletados os dados primários, através de questionário com o gestor responsável pelo gerenciamento de cada serviço, e captados os dados secundários, através do SIM Estadual, relatórios institucionais, livros de registro do serviço.

4.2.Local, período de referência e população do estudo

O estudo de caráter censitário nos dois SVOs existentes no Estado de Pernambuco. Teve como período de referência o ano de 2012. O Quadro 4 apresenta alguns elementos que caracterizam esses serviços.

Quadro 4 Caracterização dos Serviços de Verificação de Óbito(SVO)

SVO	Área de abrangência	Ano de início de atividades	População adstrita	Nº de funcionários	Instituições parceiras	Autópsias realizadas em 2011	Porte
Recife	69 municípios e Distrito de Fernando de Noronha	1933	5.101.667	31	UFPE	7.317	III
Caruaru	87 municípios	2010	2.390.115	19	IML	827	II

O porte I deve realizar exame anatomopatológico: macroscópico, histopatológico, hematológico, bioquímico, microbiológico, e sorológico; o porte II e o porte III devem realizar todos os exames do porte I e o imuno-histoquímico; porte III deve ainda dispor de espaço destinado para capacitação e realização de exames

toxicológicos e manter, durante todo o plantão, um profissional por categoria, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, médico patologista e técnico de autópsia ²⁰.

4.3. Instrumento e técnicas de coleta

Foi elaborado um questionário (Apêndice A), pela inexistência de instrumento validado, com conteúdo compatível com as variáveis em estudo, baseado nos indicadores de cada componente da matriz de indicadores e julgamento para análise de implantação do SVO (Quadro 3), referente à estrutura necessária, para o desenvolvimento do processo e obtenção dos resultados.

Inicialmente, foi realizado um estudo-piloto para validar as questões com o gestor de um SVO da Região Nordeste e, a partir das observações, foram ajustadas algumas questões e inseridos aspectos não abordados.

Os dados primários foram coletados mediante entrevistas individuais, realizadas por meio de questionário aplicado ao gestor responsável pelo gerenciamento dos serviços no ano de 2012. Os dados secundários foram captados através do SIM estadual, relatórios institucionais e livros de registro dos serviços.

Os resultados das entrevistas geraram os indicadores que foram confrontados com o modelo lógico, para definir o grau de implantação dos serviços.

4.4. Plano de análise

Os indicadores de estrutura e processo constantes da matriz de análise e julgamento subsidiaram a definição do grau de implantação do SVO. O confronto entre o modelo do SVO e o que foi encontrado a partir dos dados primários e secundários constituiu a essência para definição do grau de implantação do serviço.

Para cada um dos componentes do modelo foram atribuídos escores máximos, considerando sua relevância na reconstrução do objeto de estudo para o qual foi

estabelecido. Para o componente **Gestão** o escore estabelecido foi 30; para **Coleta de Informação**, 10; para **Diagnóstico Etiológico/Nosológico**, 30; para **Vigilância Epidemiológica** 20, e para **Ensino e Pesquisa**, 10. Para obter o grau de implantação foi realizado o somatório da pontuação de cada resposta obtida nas entrevistas que compunham a matriz de indicadores.

A partir da consolidação do grau de implantação de cada componente foi realizado o cálculo de escore para o grau de implantação do SVO e para sua classificação, utilizando-se os seguintes pontos de corte:

- Implantado de 90 % a 100,0%;
- Parcialmente implantado, avançado de 70% a 89,9%;
- Parcialmente implantado incipiente, de 69,9 a 60,0%;
- Não implantado, abaixo de 60,0%.

Posterior à classificação do grau de implantação do SVO por componente e no conjunto, se relacionou com os indicadores de resultados descritos na matriz de análise e julgamento para a implantação do SVO, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do SVO.

4.5.Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP nº Caae 12616713. Os entrevistados, após esclarecimentos e garantidos a confidencialidade dos dados e o anonimato, concordaram em participar da pesquisa, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

5. RESULTADOS

Nesta seção será apresentado o artigo científico, produto da dissertação do Mestrado de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Título: Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação de Óbito do Estado de Pernambuco

A ser submetido para publicação à revista Cadernos de Saúde Pública

Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação de Óbito do Estado de Pernambuco

Assessment on the Implementation of the Death Verification Service of the State in Pernambuco

Barbara Araújo Silva de Azevedo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP. Gerente da Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito SVO de Pernambuco.

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Autônoma de Barcelona (UAB). Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP.

Paulo Germano de Frias

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP.

RESUMO

Os Serviços de Verificação de Óbito (SVOs) desempenham papel importante não apenas para a Saúde Pública, mas para os serviços de Anatomia Patológica e outras áreas das Ciências da Saúde, com destaque na melhoria da qualidade das informações sobre mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a implantação dos SVOs de Pernambuco, no ano de 2012. **Métodos:** Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação nos SVOs, localizados no Recife e em Caruaru. Foi elaborado um modelo lógico dos serviços, baseado na análise de documentos e consulta a *experts* e, a partir deste modelo, foi construída uma matriz de indicadores e julgamento. Os indicadores de estrutura, processo e resultados foram obtidos de dados primários, coletados através de entrevistas com os coordenadores dos serviços e observação não participante, e dados secundários, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, relatórios de serviços e livros de registro. Os resultados encontrados foram confrontados com o preconizado no modelo lógico e classificados em: implantado (90-100%), parcialmente implantado avançado (89,9-70,0%), parcialmente implantado incipiente (60,0-69,9%) e não implantado (<60,0%). **Resultado:** Os dois serviços foram considerados como *parcialmente implantado avançado*, alcançaram 89,0% e 82% dos valores esperados, respectivamente. A dimensão estrutura foi mais bem avaliada que a relacionada ao processo. **Conclusão:** Os serviços apresentaram nível de implantação compatível com os resultados alcançados e as intervenções para sua melhoria devem ser realizadas no processo de trabalho

Palavras-chave: Estatísticas Vitais; Sistema de Informação, Autópsia, Avaliação em Saúde

ABSTRACT

Services to autopsy (SVO) play an important role not only for public health but for the services of Pathology and other areas of health sciences, with emphasis on improving the quality of mortality information. **Objective:** To evaluate the implementation of the services of Pernambuco in 2012. **Methods:** We conducted an evaluative study of the implementation analysis in such kind SVO, located in Recife and Caruaru. Of a logical model based on document analysis and consulting services to experts, was prepared and from this model we constructed a matrix of indicators and judgment. The indicators of structure, process and outcomes were obtained from primary data collected through interviews with the coordinators of services and non-participant observation and secondary data obtained from the Mortality Information System , service reports and logbook . The results were compared with expectations based on the logic model and ranked deployed (90-100 %), partially deployed advanced (89.9 to 70.0 %), partially implemented incipient (69.9 -60.0 %) and not implanted (< 60.0 %). **Results:** Both services were considered partially implemented advanced, SVO Recife and Caruaru reached 89.0 % and 82 % respectively of the expected values. The size structure was better assessed that the related process. **Conclusion:** The services presented level of implementation consistent with the results achieved and interventions for improvement should be related to the work process

Keywords: Vital Statistics, Information System, Autopsy, Health Evaluation

INTRODUÇÃO

As estatísticas vitais são de grande importância para se obter o perfil epidemiológico da população e constituem uma das formas mais utilizadas para planejar, organizar e avaliar ações e serviços de saúde^{1,2}. No Ministério da Saúde (MS) são operacionalizadas por meio de dois grandes Sistemas de Informação em Saúde (SISs), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)³.

O SIM é um Sistema de Vigilância Epidemiológica cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos no País e construir indicadores epidemiológicos de mortalidade. A coleta dos dados que alimentam o SIM é feita através da Declaração de óbito (DO), documento padronizado em todo o território nacional, apresentando-se de forma pré-numerada e composta de três vias. A DO fornece informações importantes, a depender do grau de completude do seu preenchimento⁴.

A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde é importante para que se disponha de indicadores confiáveis e oportunos, além de proporcionar elementos para a elucidação da real causa do óbito, possibilitando o conhecimento sobre a situação de saúde da população⁴⁻⁶.

A emissão da DO para causas naturais compete ao médico responsável pela assistência ao paciente ou, na sua ausência, ao substituto, enquanto para as mortes por causas não naturais a responsabilidade é do médico legista do Instituto Médico Legal (IML). Nos casos de óbitos em que não se consegue definir a *causa mortis* ou naqueles ocorridos sem assistência médica, a DO deve ser emitida pelo médico patologista do Serviço de Verificação de Óbito (SVO), após a autorização da autópsia pelo parente mais próximo ou responsável pelo falecido⁷⁻⁹.

A autópsia, realizada pelo patologista do SVO, permite a confirmação de suspeitas clínicas, respondendo a questões não esclarecidas durante o atendimento prestado em vida, sendo considerada um importante elemento para a obtenção de informações epidemiológicas confiáveis e representa o padrão-ouro entre os procedimentos diagnósticos¹⁰⁻¹⁴.

Portanto, o SVO é um serviço relevante para a saúde pública, ao notificar os órgãos municipais e estaduais de epidemiologia sobre as doenças e agravos inusitados à saúde, visando o planejamento e ações de saúde^{13,15}. Também é importante para os serviços de anatomia patológica e outras áreas da saúde, contribuindo para a melhora da qualidade das informações sobre mortalidade, serviços médicos, ensino e pesquisa^{14,16,17}.

Apesar do registro da primeira autópsia realizada no Brasil ter sido feito em Pernambuco (PE) no século XVII, foi no começo do século XX que o Estado se responsabilizou pela verificação do óbito, com o apoio da Faculdade de Medicina do Recife, por meio do médico Octávio de Freitas. Em 1919, foi criado um quadro de médicos verificadores de óbitos e o primeiro SVO de Pernambuco, no Recife (1933), o segundo do Brasil, antecedido pelo de Ribeirão Preto, São Paulo¹⁸⁻²¹.

No ano de 2006, o MS instituiu a Rede Nacional de SVO, subordinada à Vigilância Epidemiológica, para reorganizar os já existentes e incentivar a criação de novos; esta rede atualmente conta com 28 serviços: um na Região Sul; dez no Sudeste; três no Norte; três no Centro-Oeste e onze no Nordeste, sendo dois em Pernambuco. Em 2010, foi aprovada a implantação da Rede Estadual de SVO/PE, com duas unidades, uma no Recife e outra em Caruaru, no Agreste^{22,23}.

Apesar da contribuição histórica dos SVOs em Pernambuco, não foram identificadas pesquisas avaliativas quanto à sua implantação, acrescentando que a literatura

científica disponível sobre este tema enfatiza as análises da qualidade da autópsia ou o perfil dos óbitos atestados pelos serviços.

Dois trabalhos sobre SVO foram encontrados na literatura: o primeiro teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico da demanda de João Pessoa – PB e o resultado de sua implantação na identificação de causas básicas de morte; o outro trabalho enfocou a caracterização e identificação das contribuições dos SVOs. Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação dos SVOs^{12,13}.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise da implantação, relacionando o grau de implantação (GI) das ações com os efeitos observados. Utilizou-se um estudo de caso, em que os casos foram os do SVO/PE, no ano de 2012.

A Rede Estadual de SVO de PE é composta de dois serviços, classificados por portes: SVO Recife - porte III e Caruaru - porte II.

O porte II e porte III devem realizar exame anatomopatológico: macroscópico, histopatológico e imuno-histoquímico, hematológico, bioquímico, microbiológico e sorológico. A única diferença entre os dois é que, no porte III, deve-se dispor de espaço destinado para capacitação, realizar exames toxicológicos e manter, no mínimo, um profissional por categoria durante todo o plantão, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, médico patologista e técnico de autópsia²².

O SVO- Recife, inaugurado em 1933, com área de abrangência de 69 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, dispõe de 39 funcionários, realizou 7.317 autópsias em 2011 e tem parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); o SVO- Caruaru foi criado em 2010, abrange 87 municípios, dispõe de 20 funcionários que realizaram 827 autópsias no mesmo ano e tem parceria com o IML.

Na primeira etapa do estudo foi construído o modelo lógico do SVO (Figura 1), baseado em documentos oficiais que o normatizam: Lei nº 6015, de 31/12/2003, que dispõe sobre os registros públicos; Portaria nº 1.405, de 29/06/2006, que institui a Rede Nacional de SVO; Portaria Estadual nº 1.405, de 29/06/2006, que institui a Rede Estadual de SVO; Portaria nº 116 de 11/02/2009, que regulamenta a coleta de informação, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os SISs sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde, e o Decreto nº 34.351, de 09/12/2009, que estrutura os órgãos integrantes da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE). Também foram consultados *experts* e verificadas as atividades de rotina desenvolvidas nos serviços.

Na segunda etapa, foi definido um conjunto de indicadores de implantação, distribuídos por componentes, selecionados de acordo com a relevância e disponibilidade, apresentados na matriz de análise e julgamento para avaliação da implantação do SVO (Quadro 1), relacionados à estrutura, ao processo e ao resultado das ações no serviço. Foram adotados os parâmetros e pontuação para cada indicador existente em documentos institucionais, quando inexistentes ou inadequados à realidade local, foram criados outros.

Os dados primários foram coletados através de entrevistas individuais realizadas por meio de questionário aplicado ao gestor responsável pelo gerenciamento dos serviços, previamente testado, pela inexistência de instrumento anterior validado com conteúdo compatível com as variáveis em estudo. O questionário foi elaborado com base nos indicadores representativos de cada componente constante na matriz, referentes à estrutura e ao processo necessário para o desenvolvimento das ações.

Os dados secundários foram captados do SIM estadual e de relatórios institucionais e livros de registro dos serviços.

Os resultados das entrevistas geraram os indicadores que foram confrontados com o modelo lógico para definir o GI dos serviços.

Para cada um dos componentes do modelo foram atribuídos escores máximos, considerando sua relevância na reconstrução do objeto de estudo, para o qual foi estabelecido. Para o componente **Gestão**, o escore estabelecido foi 30; para **Coleta de Informação**, 10; para **Diagnóstico Etiológico/Nosológico**, 30; para **Vigilância Epidemiológica**, 20 e para **Ensino e Pesquisa**, 10. Para obter o GI foi realizado o somatório da pontuação de cada resposta obtida nas entrevistas que compunham a matriz de indicadores. A partir da consolidação do GI de cada componente foi realizado o cálculo de escore para o GI do SVO e para sua classificação, foram utilizados os seguintes pontos de corte: *implantado* (90-100,0%); *parcialmente implantado avançado* (70,0%-89,9); *parcialmente implantado incipiente* (69,9-60,0 %) e *não implantado* (abaixo de 60,0%).

Após a definição do GI do SVO por componente e no conjunto, se relacionou com os indicadores de resultados descritos na matriz de análise e julgamento para a implantação do SVO, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do SVO.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), nº Caae 12616713.

RESULTADOS

Os dois serviços foram considerados como *parcialmente implantado avançado*, o SVO Recife alcançou 89,0% e o SVO Caruaru 82% dos valores esperados (Tabela 1). Em relação à dimensão estrutura, o SVO Recife obteve 98,0% e o de Caruaru 94,0%, enquanto na dimensão processo alcançaram 80,0% e 68,0%, respectivamente.

No SVO Recife constatou-se que, dos cinco componentes, três obtiveram grau *implantado*, sendo “Coleta de Informação” e “Ensino e Pesquisa” com 100%; “Diagnóstico Nosológico/Etiológico”, 96,7 %, enquanto “Vigilância Epidemiológica” 75,0% e “Gestão” 83,3% foram classificados como *parcialmente implantado avançado* (Tabela 1).

Com relação à dimensão Estrutura, quatro dos cinco componentes obtiveram 100% do valor esperado no SVO Recife: “Gestão”; “Coleta de Informação”; “Diagnóstico Etiológico/Nosológico” e “Ensino e Pesquisa”; apenas diferiu “Vigilância Epidemiológica”, que alcançou 85,7%. Na dimensão Processo, apenas os componentes “Coleta de Informação” e “Ensino e Pesquisa” alcançaram 100%, enquanto “Gestão” atingiu 78,3%, “Diagnóstico Etiológico/Nosológico” 85,7% e “Vigilância Epidemiológica” 69,2%.

Quanto ao SVO Caruaru, foram considerados como *implantado* os componentes “Coleta de Informação”, com 100%, e “Diagnóstico Nosológico/Etiológico”, com 96,7% dos valores esperados. “Gestão” alcançou 83,3%, classificada como *parcialmente implantado avançado*, “Vigilância Epidemiológica” como *parcialmente implantado incipiente* (65%), e “Ensino e Pesquisa” como *não implantado*, com 30% do valor esperado.

Na dimensão Estrutura, o SVO Caruaru alcançou resultados semelhantes ao SVO Recife, diferindo apenas no percentual do componente “Vigilância Epidemiológica”, que obteve 65,0 % e no de “Ensino e Pesquisa” (42,9%). No que se refere à dimensão Processo, o componente “Coleta de Informação” alcançou 100%, “Vigilância Epidemiológica” 69,2%, “Gestão” 78,3%, “Diagnóstico Nosológico/Etiológico” 85,7%, não se obtendo pontuação em “Ensino e Pesquisa”.

Entre os indicadores de resultados dispostos na tabela 2, verifica-se que há coerência com o GI de cada componente, em ambos os serviços. Os componentes “Coleta de Informação”, “Diagnóstico Nosológico/Etiológico” e “Vigilância Epidemiológica” obtiveram o mesmo valor (100%); no entanto, no componente “Ensino e Pesquisa” o SVO Recife alcançou 100% do esperado e o SVO Caruaru não desenvolve ações relacionadas a este componente.

DISCUSSÃO

Na análise do Grau de implantação (GI) dos SVOs Recife e Caruaru, ambos apresentaram-se *parcialmente implantado avançado*, apesar do SVO Recife ser mais antigo que o de Caruaru. É possível que os resultados reflitam a recente criação da Rede Estadual de SVO/PE, que adotou a mesma estrutura organizacional para ambos os serviços, com gestão única²³.

Entretanto, para o componente Ensino e Pesquisa houve diferença expressiva entre os SVOs, uma vez que o SVO Recife, desde 1933, logo após sua criação sempre funcionou em cooperação técnica com instituições públicas de ensino, revelando a influência destas parcerias, enquanto o de Caruaru não conta com o apoio destes serviços, não desenvolvendo nenhuma atividade do referido componente^{18-21,24}.

O estudo de cadáveres é essencial para o processo ensino-aprendizagem, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre as doenças humanas, através dos diagnósticos macroscópicos das autópsias e dos relatórios dos exames histopatológicos que produzem informações precisas sobre a causa *mortis*^{10,25,26}. O incentivo destas atividades na formação médica de graduação e pós-graduação visa aprimorar o aprendizado, a qualidade e a resolutividade dos serviços^{11, 16, 17, 24,25}.

Os SVOs contribuem, adicionalmente, para a qualidade das informações em saúde, ao produzirem grande número de laudos conclusivos quanto à causa *mortis* e investigações sobre óbito materno, infantil, fetal e as doenças de notificação compulsória. Destaque-se que a causa mal definida de óbito restringe o perfil nosológico de mortalidade e afeta a qualidade e fidedignidade das informações, e ainda, que a autópsia realizada pelo patologista do SVO é considerada padrão-ouro na qualidade das informações em mortalidade^{1,11-14}.

Entretanto, alguns estudos identificaram falhas no preenchimento das DOs emitidas pelos médicos patologistas, concernentes à falta de preenchimento de outras variáveis distintas da causa básica de óbito²⁶.

Apesar da contribuição para a boa qualidade da informação em saúde pública, por proporcionar informações epidemiológicas, confiáveis sobre a mortalidade, foram evidenciadas fragilidades no componente Vigilância Epidemiológica, nos dois SVOs estudados, que se apresentaram não adequadamente implantados por existir falhas nos procedimentos, como a produção de informes e monitoramentos dos indicadores epidemiológicos.

Como o monitoramento é uma prática importante, pois requer acompanhamento das ações, induzindo a reflexão para a ação em tempo oportuno, contribuindo para a interpretação do contexto, mudança de processo e crescimento profissional e institucional, o achado alerta para a subutilização das informações relevantes para o planejamento de ações em saúde pública proporcionadas pelos SVOs^{27, 28}.

Em se tratando da Gestão, componente cujos resultados interferem nos demais, muitas atividades necessárias não são desenvolvidas nos serviços. Apesar destas atividades relacionadas ao SVO serem uma prática antiga no estado de Pernambuco, o

reconhecimento técnico normativo da Secretaria de Saúde só ocorreu em 2010, com a publicação da Portaria Estadual que instituiu a Rede SVO, posteriormente à normatização federal²³.

Assim, é necessário que o componente Gestão promova o fortalecimento e aprimoramento institucional, para facilitar o funcionamento do serviço, minimizar a omissão ou execução parcial das atividades. Ademais, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado um conjunto de ações que envolvem a gestão e a organização da produção de serviços e os SVOs necessitam acompanhar o processo para contribuir de forma mais efetiva para o sistema²⁸.

O confronto dos resultados observados com o modelo lógico aponta uma necessidade de reflexões sobre as práticas e rotinas dos serviços de SVO, sendo necessário treinamento específico, que viabilize a utilização dos recursos e estrutura disponíveis e estabeleça condições para o pleno desenvolvimento de suas atividades.

A manutenção de um serviço moderno de autópsia é uma tarefa que transcende as responsabilidades individuais, alcançando o interesse público, com objetivos amplos e maior confiabilidade na informação em mortalidade, apoio estratégico ao ensino e treinamento profissional na área de saúde e ainda em pesquisas, em qualquer nível dos sistemas orgânicos²⁹.

Ademais, a qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde é fundamental para que se disponha de indicadores confiáveis e oportunos, além de proporcionar elementos para a conclusão da real causa do óbito, possibilitando o conhecimento sobre a situação de saúde da população^{4,6}. Agrega-se a isto, o fato de que as DOs emitidas pelos SVOs, representam 14,4% dos óbitos de *causa mortis* natural ocorridos em Pernambuco.

Entre as limitações enfrentadas no desenvolvimento desta avaliação, destacam-se a inexistência de avaliações sistemáticas sobre a implantação dos SVOs no Brasil e a indefinição de competências direcionadas aos mesmos, o que determinou a adoção de parâmetros baseados na rotina dos serviços. Adicionalmente, ocorreu a impossibilidade de realização da técnica de consenso para a validação do modelo lógico, o que foi minimizado pela consulta a *experts* e documentos oficiais que normatizam o serviço.

Finalmente, os resultados obtidos podem dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, devendo, entre outras metas, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações dos serviços e avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais. Entretanto, é importante a realização de outros estudos, com o desenvolvimento de modelos mais integrais de avaliação do SVO, bem como validar o modelo proposto em outros serviços, para melhor adequação do modelo lógico, dos critérios e indicadores considerados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

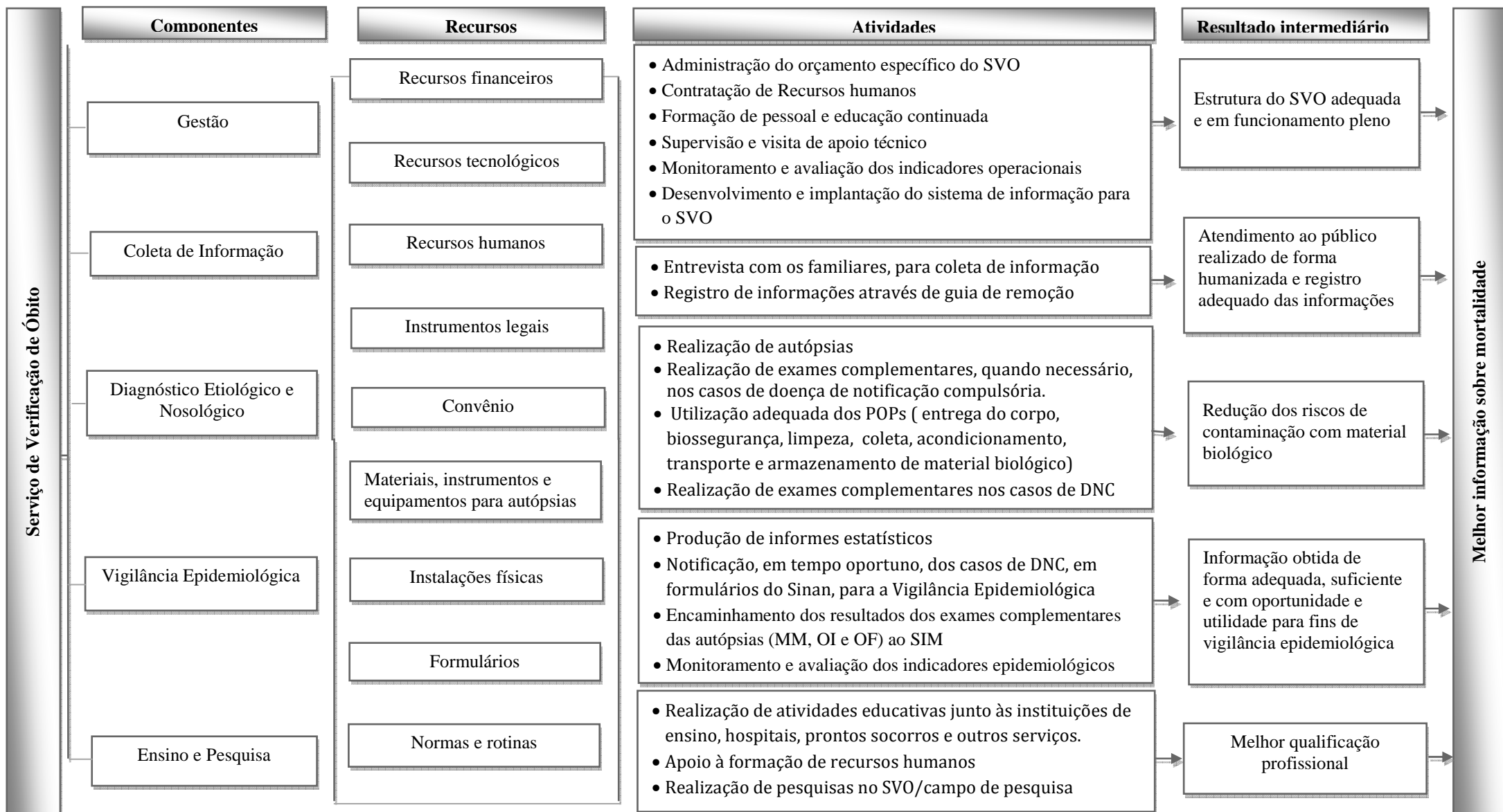
1. Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Lira PIC, Szwarcwald CL. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad de Saúde Públ*, 2010; 26, 4, p. 671-81, abr. 2010.
2. Rodrigues M; Bonfim C, Frias PG, Braga C, Gurgel IGD, Medeiros Z. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(2): 275-84.
3. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do Sinasc. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 643-54.
4. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Nubila HBV. O Óbito e sua investigação reflexões sobre aspectos relevantes. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4): 561-76.

5. Rozman MA, Eluf-Neto J. Necropsia e mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo. *Rev Panam Salud Publ.* 2006; 20(5): 307-13.
6. Santos AH. Causa mal definida de óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1): 23-
7. Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília:, 2009.
8. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Eventos vitais. In: Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de saúde.* 2^a ed. São Paulo: Pedagógica e Atualizada Ltda; 2005. p. 53-86.
9. Brasil. Resolução nº 1081/82, de 12 de março de 1982. Consentimento Informado para procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Brasília;1990.
10. Roulson J, Benbow E, Hasleton P. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a metalysis and review. *Histopathology* 2005; 47 (6):551-9.
11. Moreira DR, Lana AMA, Godoy P.L. Estudos sobre a contribuição da autópsia como método diagnóstico. *J Bras Patol Med Lab* ,2009;V45 (3) : 239-45.
12. Moreira DR, Lana AMA, Godoy P.L. Estudos sobre a contribuição da autópsia como método diagnóstico. *J Bras Patol Med Lab* ,2009;V45 (3) : 239-45.
13. Cardoso ABC. *Serviços de Verificação de Óbitos: características e contribuições para o esclarecimento de causas de morte.* Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007.
14. Fittipaldi H, Mello RJV. Análise comparativa entre os diagnósticos clínicos, os achados da autópsia e o exame histopatológico: revisão [internet]. *Rev Para Med* 2009.Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n1/a2044.pdf>>Acesso em: 01 jun.2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104 de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU, Brasília, 2011.

16. Segura MEA, Rocha EM, Lourenço AA, Veloso MGP, Moras WC. Comparação entre os diagnósticos clínicos e os achados de necropsia: Análise retrospectiva de 680 pacientes. *J Bras Med Lab* 2006; 42(6): 461-7.
17. Pastores SM, Dulu A, Raoof N, Alicea M, Halpern NA. Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies in critically ill cancer patients. *Crit Care* 2007; 11(2): 48.
18. Franco MF, Soares FA. A história da Patologia no Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia; 2001.
19. Freitas O. História da Faculdade de Medicina do Recife 1895-1943. Recife Imprensa Oficial; 1944.
20. Costa VP. História da Faculdade de Medicina do Recife 1915-1985. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; Imprensa Universitário; 1985.
21. Paraíso RA. A velha senhora: a medicina é uma velha e possessiva senhora que nunca larga seus escravos. Recife: Editora Bargaço; 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). DOU 2006; Brasília.
23. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Estadual nº 115, de 01 de março de 2010. Institui a Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). DO Estado de Pernambuco, Recife, 2011.
24. Veloso M. Autópsia – um procedimento ainda importante? *Brasília Med* 2005; 42(1/2): 51-4.
25. Melo EN. Procedimentos Legais e Protocolos para Utilização de Cadáveres no Ensino de anatomia em Pernambuco. *Revista brasileira de educação médica* 34 (2): 315–323; 2010.
26. Stuque CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. *Rio de Janeiro*, v. 39, n. 4, p. 361-364, 2003.
27. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.217-38.

28. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCAB, Cesse EAP, Samico ICI.. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (5):1201-1216, 2013
29. Michel F. O nascimento da Clínica. Editora Forense Universitária. Rio de Janeiro. 6ª edição. 2006.

Figura 1. Modelo lógico simplificado do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)



DNC - Doença de Notificação Compulsória; MM - Morte Materna; OI - Óbito Infantil; OF - Óbito Fetal; POP - Protocolo Operacional Padrão; Sinan - Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Quadro 1. Matriz de análise e julgamento para avaliação da implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Componentes	Dimensões	Indicadores	Parâmetros	Pontuação	Valor esperado	Fonte de dados
Gestão	Estrutura	Administração do orçamento específico do SVO	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Recursos humanos	Auxiliar administrativo, gerência, coordenação médica e coordenação administrativa	Todos 4= 4; Total 3 = 3; Total 2 =2 ; Total 1 =1; Nenhuma=0	4	Entrevista
	Processo	Realização de manutenção da estrutura física, material e equipamentos do SVO	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Utilização de normas e rotinas do serviço	Sim	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
		Sistema de informação para o SVO	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Monitoramento e avaliação dos indicadores operacionais do SVO	Relatórios de supervisão e avaliações das atividades desenvolvidas	Sim =5 Não=0	5	Entrevista
		Capacitação de recepcionista e assistente social sobre técnicas de atendimento ao público	1 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Realização de curso de aperfeiçoamento	3 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Sensibilização de médicos patologistas sobre o adequado preenchimento da DO realizada	4 ao ano	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
Supervisão/ visita de apoio técnico mensal	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista		
Coleta de Informação	Estrutura	Utilização de formulário para entrevista com os familiares	Sim	Sim =2,5 Não=0	2,5	Entrevista
		Recursos humanos	1 assistente social e 1 administrativo/plantão	1 assistente social = 2 ; 1 administrativo = 2 e 1 assistente social e 1 administrativo = 3,5	3,5	Entrevista
		Existência de sala específica para recepção da família	Sim	Sim =2,5 Não=0	2,5	Entrevista
	Processo	Registra em livro próprio a entrada do corpo no SVO	Sim	Sim =1,5 Não=0	1,5	Entrevista
	Resultado	Proporção de autorização para autópsia	100%	100% =10 , 90% =6 e abaixo de 59,9 =3	10	Livro de registro
Diagnóstico Nosológico/Etiológico	Estrutura	Existência de equipamento de proteção individual	Luva, máscara N95 e avental cirúrgico impermeável	Todos = 3; Total 3= 2; Total 2 = 1,5 e Total 1 =1	3	Entrevista
		Existência de material cirúrgico (tesoura, bisturi, faca, serra)	Todos	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Existência de câmaras frigoríficas para cadáveres	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Existência de arquivo para exames, laudos e outros documentos	Sim	Sim =1,5 Não=0	1,5	Entrevista
		Sala específica	Sala com mesa de autópsia com lavatório com água corrente, iluminada e refrigerada	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Existência de protocolo para realização de autópsia	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Existência de médico patologista	Carga horária de 24 horas semanais	1/12horas para realização de no máximo, 30 autópsias = 4,5	4,5	Entrevista
		Existência de auxiliar/técnico de autópsia	Carga horária de 30 horas semanais	1/12horas para realização de no máximo, 30 autópsias =4	4	Entrevista
		Existência de protocolo de biossegurança e limpeza	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
Existência de protocolo de coleta, acondicionamento, transporte e armazenamento de material biológico elaborado	Sim	Sim =3 Não=0	3	Entrevista		

Continua

Quadro 1. Matriz de análise e julgamento para avaliação da implantação do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Componentes	Dimensões	Indicadores	Parâmetros	Pontuação	Valor esperado	Fonte de dados
Diagnóstico nosológico/etiológico	Processo	Existência de identificação dos cadáveres	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Realização de recomposição do cadáver para remoção final	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Existência de protocolo de entrega do corpo ao familiar	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Frequência de conservação e limpeza dos instrumentos, ferramentas e materiais peculiares aos exames macroscópicos.	2 vezes ao dia	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
	Resultado	Realização de exames complementares nos casos de Doença de Notificação Compulsória	100% de exames realizados	100% -90% =10; 79% -50% =5; abaixo de 50=0	10	Livro de registro
% de óbitos não- fetais com <i>causa mortis</i> esclarecida		97% dos óbitos não-fetais com <i>causa mortis</i> esclarecida	100% -90% =20; 89% -60% =5; 59% - 50% =2 ; 49% -30% = 1e 29% - 0%=0	20	SIM	
Vigilância Epidemiológica	Estrutura	Existência de formulário de notificação do Sinan	Sim	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Existência de N° do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Sim	Sim =1 Não=0	1	Entrevista
		Profissionais (recepção / assistente social) capacitados para VE	70%	100% -70% =2; 69% - 40% =1,5; 39% - 0% =0,5	2	Entrevista
		Existência de recursos tecnológicos	Computador; Internet; Scanner; Fax e Linha telefônica	Todos = 2; Total de 3= 1,5; Total de 2 = 1; e Nenhuma=0	2	Entrevista
	Processo	Realização de encaminhamento dos exames complementares da autópsia ao SIM	100%	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Informes de análise estatística produzidos	1 ao ano	1 ao ano = 2	2	Entrevista
		Monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos do SVO	1 ao ano	Sim =2 Não=0	2	Entrevista
		Regularidade de encaminhamento das listas das autópsias realizadas para o Gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade	Mensal	Mensal=2 e Trimestral = 1	2	Entrevista
		Produção de boletins pelo SVO	1 ao ano	1 ao ano = 2	2	Entrevista
		Declaração de óbito emitida	90%	100% -90% =3; 89% -60% =2; abaixo de 60=0	3	Livro de registro
	Resultado	% casos de doenças de notificação compulsória, mortalidade materna, óbito Infantil e fetal Informados para Vigilância Epidemiológica oportunamente	80%	100% -70% =10; 69% -40% =5; 39% - 0% =3	20	Livro de registro
Ensino e pesquisa	Estrutura	Recursos humanos	1 patologista e 1 auxiliar de autópsia	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
		Integração inter-institucional com Instituições de Ensino	Sim	Sim =4 Não=0	4	Entrevista
	Processo	Realização atividades educativas junto a instituições de ensino, hospitais, prontos socorros e outros serviços.	4 ao ano	Sim =3 Não=0	3	Entrevista
	Resultado	Realização de atividades de formação de recursos humanos.	4 ao ano	Total de 1= 1; Total de 2 = 2; Total de 3= 3, Total de 4 =4	4	Entrevista
		Realização de pesquisas no SVO/ campo de pesquisa	2 ao ano	Total de 1= 3 e Total de 2 = 6	6	Livro de registro

SVO - Serviço de Verificação de Óbito; Sinan - Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; VE – Vigilância Epidemiológica.

Tabela 1. Grau de implantação do Serviço de Verificação de Óbito segundo componentes do modelo lógico. Pernambuco, 2012

Componente	Dimensão	Valor Esperado	SVO Recife		SVO Caruaru	
			N	%	N	%
Gestão	Estrutura	7	7	100,0	7	100,0
	Processo	23	18	78,3	18	78,3
	GI	30	25	83,3	25	83,3
Coleta de informação	Estrutura	8	8	100,0	8	100,0
	Processo	2	2	100,0	2	100,0
	GI	10	10	100,0	10	100,0
Diagnóstico Nosológico/Etiológico	Estrutura	23	23	100,0	23	100,0
	Processo	7	6	85,7	6	85,7
	GI	30	29	96,7	29	96,7
Vigilância Epidemiológica	Estrutura	7	6	85,7	4	57,1
	Processo	13	9	69,2	9	69,2
	GI	20	15	75,0	13	65,0
Ensino e pesquisa	Estrutura	7	7	100,0	3	42,9
	Processo	3	3	100,0	0	0,0
	GI	10	10	100,0	3	30,0
TOTAL	Estrutura	50	49	98,0	48	94,0
	Processo	50	40	80,0	35	70,0
	GI	100	89	89,0	82	82,0

SVO – Serviço de Verificação de Óbito; GI- Grau de implantação.

Implantado	100- 90
Parcialmente implantado avançado	89,9-70,0
Parcialmente implantado incipiente	60-69,9
Não implantado	< 60

Tabela 2: Indicadores de resultados segundo componentes do modelo lógico do Serviço de Verificação de Óbito. Pernambuco, 2012

Componentes	Indicadores de resultados	Valor esperado	SVO Recife		SVO Caruaru	
			N	%	N	%
Coleta de informação	Proporção de autorização para autópsia	10	10	100,0	10	100,0
Diagnóstico Nosológico/ Etiológico	Realização de exames complementares nos casos de Doença de Notificação Compulsória	10	10	100,0	10	100,0
	% de óbito não-fetais com causa esclarecida	20	20	100,0	20	100,0
Vigilância Epidemiológica	% de casos de doença de notificação compulsória, morte materna, óbito infantil e fetal informados para Vigilância Epidemiológica oportunamente	20	20	100,0	20	100,0
Ensino e pesquisa	Realização de atividades de formação de recursos humanos.	4	4	100,0	0	0,0
	Realização de pesquisas no SVO/ campo de pesquisa	6	6	100,0	0	0,0

SVO – Serviço de Verificação de Óbito.

Quadro 2. Resultados obtidos no Serviço de Verificação de Óbito do Recife e de Caruaru, por indicador

Componentes	Dimensões	Indicadores	Valor Esperado	Valor obtido Recife	Valor obtido Caruaru
Gestão	Estrutura	Administração do orçamento específico do SVO	3	3	3
		Recursos humanos	4	4	4
	Processo	Realização de manutenção da estrutura física, material e equipamentos do SVO	3	3	3
		Utilização de normas e rotinas do serviço	4	4	4
		Sistema de informação para o SVO	3	0	0
		Monitoramento e avaliação dos indicadores operacionais do SVO	4	4	4
		Capacitação de recepcionistas e assistentes sociais sobre técnicas de atendimento ao público	1	1	1
		Realização de curso de aperfeiçoamento	2	0	0
		Sensibilização de médicos patologistas sobre o adequado preenchimento da Declaração de óbito	4	4	4
Supervisões/ visitas de apoio técnico mensais	2	2	2		
Coleta de informação	Estrutura	Utilização de formulário para entrevista com os familiares	2	2	2
		Profissionais de nível médio	3	3	3
		Existência de sala específica para recepção da família	3	3	3
	Processo	Registra em livro próprio a entrada do corpo no SVO	2	2	2
	Resultado	Proporção de autorização para autópsia	10	10	10
Diagnóstico nosológico/etiológico	Estrutura	Existência de equipamento de proteção individual	3	3	3
		Existência de material cirúrgico (tesoura, bisturi, faca, serra)	3	3	3
		Existência de câmaras frigoríficas para cadáveres	1	1	1
		Existência de arquivo para exames, laudos e outros documentos	2	2	2
		Sala específica	2	2	2
		Existência de protocolo para realização de autópsia	2	2	2
		Existência de médico patologista	4	4	4
		Existência de auxiliar/técnico de autópsia	4	4	4
	Existência de protocolo de biossegurança e limpeza	2	2	2	
	Processo	Existência de protocolo de coleta, acondicionamento, transporte e armazenamento de material biológico	3	3	3
		Existência de identificação dos cadáveres	1	1	1
		Realização de recomposição do cadáver para remoção final	1	1	1
		Existência de protocolo de entrega do corpo à família	1	1	1
	Resultado	Realização de exames complementares nos casos de Doença de Notificação Compulsória	10	10	10
% de óbitos não- fatais com <i>causa mortis</i> esclarecida		20	20	20	
Vigilância Epidemiológica	Estrutura	Existência de formulário de Notificação do Sinan	2	2	2
		Existência de Nº Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	1	0	0
		Profissional (recepção / assistente social) capacitado para VE	2	2	0
		Existência de recursos tecnológicos	2	2	2
	Processo	Realização de encaminhamento dos exames complementares da autópsia ao SIM	3	3	3
		Monitoramento e avaliação dos indicadores epidemiológicos do SVO	2	2	2
		Regularidade de encaminhamento da lista das autópsias realizadas para o Gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade	2	2	2
		Produção de Boletins Epidemiológicos pelo SVO	3	0	0
	Resultado	Declarações de óbitos emitidas	3	3	3
		% de casos de doenças de notificação compulsória, mortalidade materna, óbito infantil e fetal Informados para Vigilância Epidemiológica oportunamente	20	20	20
Ensino e pesquisa	Estrutura	Recursos humanos	3	3	3
		Integração interinstitucional com instituições de ensino	4	4	0
	Resultado	Realização de atividades de formação de recursos humanos	4	4	0
		Realização de pesquisa no SVO/ campo de pesquisa	6	6	0

NOTA: SVO - Serviço de Verificação de Óbito; Sinan - Sistema de Informação das Doenças e Agravos em Saúde; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; VE – Vigilância Epidemiológica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados relativos aos SVOs Recife e Caruaru, foram semelhantes, não obstante algumas disparidades em suas características e o fato de estarem sediados em municípios diferentes. Um achado que pode ser acreditado ao fato de ambos fazerem parte de uma mesma gestão.

O SVO-Caruaru apresenta fragilidades na utilização do SVO como ferramenta facilitadora no processo ensino-pesquisa, o que pode refletir a falta de parcerias com instituições de ensino, como ocorre no SVO-Recife.

A manutenção de um SVO é uma tarefa que transcende as responsabilidades individuais, alcançando o interesse público. Um desafio que abrange objetivos amplos, favorece maior confiabilidade na informação em mortalidade, oferece apoio estratégico ao ensino na área de saúde, possibilitando treinamento profissional e ainda a realização de pesquisas em qualquer nível dos sistemas orgânicos.

Embora a autópsia seja um elemento relevante na história da medicina em Pernambuco, este estudo identificou deficiências nos dois SVO, principalmente nas atividades relacionadas aos componentes Vigilância Epidemiológica e Gestão, sendo imprescindível aliar a anatomopatologia às necessidades atuais do SUS, propondo melhorias no processo de trabalho desses componentes.

7. RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos poderão dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, subsidiando a identificação de problemas, constituindo uma fase para reorientar as ações dos serviços e incorporar de novas práticas na rotina dos profissionais.

É necessário enfatizar a necessidade de manter a parceria com instituições de ensino e estabelecer novas, que envolvam o SVO Caruaru. Isso contribuirá para o aperfeiçoamento do sistema de saúde e de educação.

O fortalecimento das atividades referentes à dimensão processo, nos componentes Gestão e Vigilância Epidemiológica, pode contribuir para um melhor resultado nos SVOs.

É importante a realização de estudos adicionais para o desenvolvimento de modelos mais integrais de avaliação do SVO, validando o modelo existente em outros serviços, para melhor adequação do modelo lógico, dos critérios e indicadores dos componentes do SVO.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Lira PIC, Szwarcwald CL. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad de Saúde Públ*, 2010; 26, 4, p. 671-81, abr. 2010.
2. Rodrigues M; Bonfim C, Frias PG, Braga C, Gurgel IGD, Medeiros Z. Diferenciais na adequação das informações de eventos vitais nos municípios de Pernambuco, 2006-2008. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(2): 275-84.
3. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do Sinasc. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 643-54.
4. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Nubila HBV. O Óbito e sua investigação reflexões sobre aspectos relevantes. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4): 561-76.
5. Rozman MA, Eluf-Neto J. Necropsia e mortalidade por causa mal definida no estado de São Paulo. *Rev Panam Salud Publ*. 2006; 20(5): 307-13.
6. Santos AH. Causa mal definida de óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1): 23-8.
7. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Eventos vitais. In: Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de saúde*. 2ª ed. São Paulo: Pedagógica e Atualizada Ltda; 2005. p. 53-86.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2009 fev. 11
9. Brasil. Resolução nº 1081/82, de 12 de março de 1982. *Consentimento Informado para procedimentos diagnósticos e terapêuticos*. Brasília;1990.
10. Roulson J, Benbow E, Hasleton P. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a metalysis and review. *Histopathology* 2005; 47 (6):551-9.
11. Fittipaldi H, Mello RJV. Análise comparativa entre os diagnósticos clínicos, os achados da autópsia e o exame histopatológico: revisão [internet]. *Rev Para Med* 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n1/a2044.pdf>> Acesso em: 01 jun.2012.
12. Costa VP. História da Faculdade de Medicina do Recife 1915-1985. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; Imprensa Universitária; 1985.
13. Veloso M. Autópsia – um procedimento ainda importante? *Brasília Med* 2005; 42(1/2): 51-4.

14. Segura MEA, Rocha EM, Lourenço AA, Veloso MGP, Moras WC. Comparação entre os diagnósticos clínicos e os achados de necropsia: Análise retrospectiva de 680 pacientes. *J Bras Med Lab* 2006; 42(6): 461-7.
15. Sales Filho R. *Necropsia clínica*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2009.
16. Moreira DR, Lana AMA, Godoy P.L. Estudos sobre a contribuição da autópsia como método diagnóstico. *J Bras Patol Med Lab* ,2009;V45 (3) : 239-45.
17. Pastores SM, Dulu A, Raof N, Alicea M, Halpern NA. Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies in critically ill cancer patients. *Crit Care* 2007; 11(2): 48.
18. Moreira DR, Lana AMA, Godoy P.L. Estudos sobre a contribuição da autópsia como método diagnóstico. *J Bras Patol Med Lab* ,2009;V45 (3) : 239-45.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). DOU 2006; Brasília.
20. Franco MF, Soares FA. *A história da Patologia no Brasil*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia; 2001.
21. Freitas O. *História da Faculdade de Medicina do Recife 1895-1943*. Recife Imprensa Oficial; 1944.
22. Paraíso RA. *A velha senhora: a medicina é uma velha e possessiva senhora que nunca larga seus escravos*. Recife: Editora Bargaço; 2004.
23. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Estadual nº 115, de 01 de março de 2010. Institui a Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). DO Estado de Pernambuco, Recife, 2011.
24. Cardoso ABC. *Serviços de Verificação de Óbitos: características e contribuições para o esclarecimento de causas de morte*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007.
25. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciê n Saúde Col* 2006; 11(3):705-11.
26. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. *Avaliação, conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.217-38.

27. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.61-74.
28. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p 49-87.
29. McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your program`s performance story. Eval Program Planning 1999; 22 (1): 65-72.
30. Bodstein R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. Ciên Saúde Col [serial on the Internet]. 2009; 14 (Supl 1): 1336-8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200900080003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800003>.

APÊNDICE A: Instrumento para coleta de Informação



**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE
ÓBITO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

ESTRUTURA - PROCESSO - RESULTADO

2013

Avaliação dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) do Estado de Pernambuco

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: “Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) do Estado de Pernambuco”

Pesquisador Responsável: Bárbara Araújo Silva de Azevedo

Telefone para contato: 81-88643722/8194882726/8131840333

Esta pesquisa será realizada nos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) do Estado de Pernambuco.

Tem por objetivo avaliar o estágio de implantação dos SVOs de Pernambuco, em consonância com a normatização existente, com o intuito de fornecer informações estratégicas para auxiliar no processo de tomada de decisões, subsidiar os processos de formulação, implementação e reorientação de políticas.

O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos. Em caso de dúvida, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, telefone 21224287.

Bárbara Araújo Silva de Azevedo

Secretaria
de Saúde

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, concordo em participar do estudo “Avaliação dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) do Estado de Pernambuco”, após ter sido devidamente esclarecida sobre os objetivos da pesquisa pelo (a) investigador (a) _____ (nome do pesquisador/a).

Atesto não ter sido submetida a qualquer tipo de coação, influência indevida, indução, intimidação ou qualquer outro ato lesivo aos princípios legais, morais ou éticos. Foi-me garantido o direito de me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento pessoal.

Recife, ____ de _____ de 20____

Assinatura do sujeito responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

Para todo questionário, preencher 8 ou 88 para não se aplica e 9 ou 99 para não informado.

1. Número de profissionais existentes no SVO, por categoria de profissional e carga horária.			
1.1 Médico Patologista	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.2 Auxiliares de Autópsia (ou nomenclaturas similares)	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.3 Gestor administrativo	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.4 Gestor técnico	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.5 Assistente Social	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.6 Auxiliar Administrativo	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.7 Residentes/Estagiários	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.8 Auxiliar de Serviços Gerais	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.9 Motorista	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.10 Outros _____	Total	<input type="text"/>	Carga horária <input type="text"/>
1.11 Total de Profissionais no SVO	Total	<input type="text"/>	
2. Existe formulário para entrevista com familiares?		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
3. É utilizado termo de autorização de autópsia?		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
4. Há número adequado e suficiente de profissionais de nível médio de acordo com a carga horária?		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
5. Existe sala específica para recepção da família?		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
6. A entrada do corpo no SVO é registrada em livro próprio?		<input type="text"/>	
7. Qual o total de entradas realizadas no SVO em 2012?		<input type="text"/>	
8. Qual o numero de exames anatomopatológico macroscópicos realizado no SVO em 2012 ?		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9. Existem os Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?			
9.1 Avental		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.2 Máscaras de segurança N 95		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.3 Óculos de proteção		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.4 Toucas		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.5 Luvas		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.6 Botas de segurança		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.7 Macacões		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
9.8 Outros _____			
10. Existe material cirúrgico disponível no SVO?			
10.1 Tesoura		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.2 Bisturi		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.3 Faca		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.4 Serra		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.5 Linha		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.6 Agulha		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.7 Pinça		1. Sim	2. Não <input type="text"/>
10.8 Outros _____			

11. A estrutura física do SVO possui:					
11.1 Sala de arquivo	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.2 Anfiteatro	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.3 Área para recepção de cadáver	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.4 Sala de atendimento do Serviço Social	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.5 Sala de autópsia	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.6 Sala de Administração	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.7 Sala de Recepção	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.8 Expurgo	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.9 Sala de repouso dos funcionários	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.10 Depósito de material de limpeza	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.11 Sala de amostras biológicas	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.12 Sala de lâminas	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.13 Sala de material administrativo / Almoxarifado	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
11.14 Outros _____					
12. Há câmaras frigoríficas para cadáveres?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
13. Há sala específica para autópsia?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
14. Existe protocolo para autópsia?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
15. Existe instrumento próprio para registro de autópsia realizada?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
16. Há protocolo de biossegurança ?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
17. Existe protocolo de coleta, acondicionamento, transporte e armazenamento de material biológico elaborado?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
18. Há identificação dos cadáveres?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
19. O cadáver é enroupado na remoção final?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
20. Há protocolo de entrega do corpo à família?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
21. São realizado encaminhamentos para laboratórios de referência?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
21.1 Se sim, com que frequência	1. Diária	2. Semanal	3. Mensal	4. Outros	<input type="checkbox"/>
22. São realizados encaminhamentos para laboratórios de referência?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
23. Qual o número de exames complementares realizados?					
23.1 Histopatológico			<input type="checkbox"/>		
23.2 Hematológico			<input type="checkbox"/>		
23.3 Bioquímico			<input type="checkbox"/>		
23.4 Microbiológico			<input type="checkbox"/>		
23.5 Imuno-histoquímico			<input type="checkbox"/>		
23.6 Sorológicos			<input type="checkbox"/>		
24. Há formulários de notificação ao Sinan disponíveis no serviço?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
25. Há número de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
26. Qual o número de profissionais que realizaram algum tipo de capacitação ou atualização no serviço?			<input type="checkbox"/>		
27. Recursos tecnológicos existentes:					
27.1 Linha de Telefone convencional (Ramais)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
27.2 Acesso à internet	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
27.3 Aparelho de Fax	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		
27.4 Aparelho de telefone celular com linha	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>		

27.5 Computador (Desktop)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
27.6 Notebook	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
27.7 Tablet	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
27.8 Impressora	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
27.9 Scanner de mesa	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
27.14 Outros			<input type="checkbox"/>
28. Qual o número de Informes de Análise Estatística das informações emitidas pelo SVO produzidos em um ano?			
<input type="checkbox"/>			
29. Qual a regularidade de encaminhamento das listas das autópsias realizadas para o Gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade ?			
1. Diária 2. Semanal 3. Mensal 4. Outros <input type="checkbox"/>			
30. Qual o número de reuniões técnicas realizadas?			
<input type="checkbox"/>			
31. Qual o número de notificações para a Vigilância Epidemiológica?			
31.1 Doença de Notificação Compulsória não imediata			<input type="checkbox"/>
31.2 Doença de Notificação Compulsória mediata			<input type="checkbox"/>
31.3 Óbito materno			<input type="checkbox"/>
31.4 Óbito infantil			<input type="checkbox"/>
31.5 Óbito fetal			<input type="checkbox"/>
32. Foram realizadas atividades educativas junto à instituições de ensino, hospitais, serviços de urgência/ emergência e outros serviços ?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
33. Foram realizadas atividades de formação de recursos humanos em 2012 ?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
34. Qual o número de pesquisas realizadas no SVO anualmente?			
<input type="checkbox"/>			
35. Existe administração própria de recursos financeiros?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
36. Há encaminhamentos administrativos junto à SES no que tange à manutenção da estrutura física, de material e equipamentos do SVO ?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
37. As normas e rotinas estão estabelecidas no SVO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
38. Os fluxos e atribuições dos SVOs estão definidos na Rede em Saúde?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
39. Há sistema de informação próprio para o SVO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
40. Há monitoramento dos indicadores operacionais e epidemiológicos do SVO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
41. Há avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos do SVO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
42. Foi realizada capacitação/sensibilização dos médicos da Rede Estadual de Hospitais sobre o encaminhamento adequado para o SVO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
43. Foi realizada capacitação dos recepcionistas e assistentes sociais sobre técnicas de atendimento ao público?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
44. Qual o número de cursos de aperfeiçoamento realizados?			
<input type="checkbox"/>			
45. Foi realizada capacitação/sensibilização dos médicos patologistas do SVO sobre o adequado preenchimento da DO?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			
46. São realizadas supervisões ou visitas de apoio técnico?			
1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>			

ANEXO A

Instituto de Medicina Integral
 Prof. Fernando Figueira
 Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
 Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3446- 13 intitulado "Avaliação da implantação dos serviços de verificação de óbito do estado de Pernambuco". Apresentado pelo (a) pesquisador (a) Barbara Araujo Silva de Azevedo foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 13 de março de 2013.

Recife, 14 de março de 2013

Dr. José Eulálio Cabral Filho
 Coordenador do Comitê de Ética
 em Pesquisa em Seres Humanos do
 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira