



Encontro sobre a Melhoria da qualidade da informação sobre causas de morte no Brasil

1 a 6 de outubro de 2017 • Porto de Galinhas/PE

Treinamento para preenchimento correto da declaração de óbito.

Valéria Maria de Azeredo Passos
Professora titular
Faculdade de Medicina da UFMG

Treinamento para preenchimento correto da DO

1. Educação continuada
Porquê, onde e como ?
2. Educação para médicos
Logística das palestras
3. Conteúdo formal da palestra
4. Análise de eficácia
Resultados preliminares
5. Continuidade do trabalho

1. Educação continuada

Porquê, onde e como ?

Porquê: o estudo piloto em 2016

Alto percentual de *garbage codes* em declarações de óbitos (DO)



Concentração de *garbage codes* (GC) em hospitais



DO hospitalares com má qualidade de preenchimento, apesar da disponibilidade da informação.



O pilar do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) é a DO, preenchida por médicos



Melhor formação dos médicos é um imperativo.

Onde: logística da iniciativa

- Responsável: Dra. Raquel Barbosa
- Identificação de municípios com interesse
- Articulação com o serviço de saúde do município
 - Hospitais com maior % de GC
 - Médicos com maior número de DO com GC
- Convite aos médicos para participação na palestra
 - Atividade obrigatória para os residentes



PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Ato médico a ser aprimorado

PALESTRANTE

Prof^a. Valéria Passos MS/SES - RJ

Objetivo: proporcionar melhoria do diagnóstico das causas de morte no Brasil.

Auditório do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

22/05
às 11h



Como : estratégia educacional

- Educação continuada para colegas e não para alunos
 - Atitude respeitosa
 - Agradecer a participação e a oportunidade de aprendizado mútuo
 - Cito experiências exitosas de outros lugares
- Objetivos principais:
 - Importância dos dados de mortalidade
 - Sistema de Informação em Mortalidade: a DO como documento base
 - Fluxo da DO no SIM: CID, codificação, correção de dados, investigação
 - Preenchimento correto da DO
 - Estímulo ao estudo do assunto

2. Educação para médicos

Logística das palestras

Logística da palestra: fazer nosso melhor...

Dever fazer: Responsabilidade ética, normas do CFM e MS (ambulatório e hospital)

Querer fazer: Grau de envolvimento e satisfação com o trabalho

Contrapartida do Estado: SIM como sistema de informação

Ensino do correto preenchimento da DO como forma de se prestigiar o profissional

Poder fazer: Valorizar os problemas encontrados na prática diária,

Reconhecer que grandes mudanças estão fora do alcance individual

Discutir contrapartida da instituição: tempo protegido para preenchimento da DO

Comissões de Verificação de óbito como instrumento de educação continuada

Saber fazer: Educação e competência como ferramentas de valorização do trabalho

Papel do Estado na educação: aulas na graduação, residência e educação continuada

DO mal preenchida não é responsabilidade única do médico: questões educacionais.

- Graduação: desconexão entre ensino e prática
- Recém-formados: prática sem orientação formal
 - Residência médica
 - Estratégia de saúde da família
 - Programa Mais Médicos
 - Serviços de urgência e emergência
- Educação continuada
 - Iniciativas isoladas
 - Aulas presenciais, geralmente aos finais de semana

DO mal preenchida não é responsabilidade única do médico: desafios do sistema de saúde

- Acesso aos serviços de saúde
 - Ausência ou escassez de médicos
 - Má distribuição dos recursos
- Óbitos domiciliares: sobrecarga aos serviços de emergência
 - Serviços ambulatoriais sem recursos
 - Grandes distâncias
 - Violência
- Sobrecarga de trabalho
 - Não há tempo protegido para preenchimento da DO
- Sem avaliação construtiva
 - Hospitais sem Comissões de Verificação de Óbito
 - Falta de interação entre a CVO e os médicos certificadores



3. Conteúdo formal da palestra

Participação interativa desde o primeiro slide

Causas de mortalidade Guia para gestão em saúde

- Estatística de causas de morte da Cidade X
 - Septicemia - 30%
 - Insuficiência respiratória aguda - 25%
 - Traumatismo craniano - 20%
 - Falência de múltiplos órgãos - 15%
 - Acidente de trânsito - 10%

*Onde aplicar o orçamento da saúde para redução da mortalidade?
O perfil de morte desta cidade é igual ao restante do Estado?*

Necessidade de classificação padronizada de causas de morte
com conceitos úteis a tomada de decisão em Saúde Pública

“Garbage codes”

- **Causas incorretas**
 - Óbitos atribuídos a causas que não deveriam ser consideradas causas de morte ;
 - seja porque são impossíveis de causar morte (ex: senilidade)
 - ou porque não oferecem informação útil para saúde pública (ex: “outras doenças do aparelho...”)
- **Causas intermediárias:**
 - Insuficiência cardíaca, embolia pulmonar ou septicemia.
 - Podem ter causas básicas diferentes, que especificadas seriam um alvo melhor para diferentes intervenções de saúde pública.
- **Causas ambíguas:**
 - Acidente vascular encefálico (isquêmico ou hemorrágico?)
 - Acidente de trânsito (atropelamento, colisão, carro, moto?)
 - Queda (de altura, da própria altura, tentativa de auto-extermínio, acidente?)

Foreman, 2016

Causas mal definidas e “garbage codes”

- CID- Criada codificação internacional para padronização de causas de morte
- A partir da 6ª revisão, passa a incorporar causas de morbidade
- Capítulo XVIII – Sintomas e sinais mal definidos
 - Descrição de morbidade: relatórios médicos, atestados de afastamento do trabalho, etc
 - Não são causas de morte

(R00-R09) **Sistema respiratório e circulatório**
(R00) Anormalidades do batimento cardíaco
(R00.0) **Taquicardia**, não especificada
(R00.1) **Bradicardia**, não especificada
(R00.2) Palpitações
(R00.3) Valor elevado da pressão arterial sem o diagnóstico de hipertensão
(R01) Sopros e outros sons cardíacos
(R02) **Gangrena** não classificada em outra parte
(R03) Valor anormal da pressão arterial sem diagnóstico
(R04) **Hemorragia** das vias respiratórias
(R05) **Tosse**
(R06) Anormalidades da **respiração**
(R07) Outros sintomas e sinais relativos aos aparelhos circulatório e respiratório
(R08.2) **Parada respiratória**

Regras da OMS e CID

Classificação Internacional de Doenças Organização Mundial de Saúde

- Sistema de categorias às quais são remetidas as entidades mórbidas de acordo com algum critério.
- Há muitas escolhas possíveis: anatomista desejaria classificação baseada na localização da afecção ao passo que o patologista está interessado na natureza do processo mórbido, o médico sanitário na etiologia e o clínico na manifestação particular objeto de sua assistência.
- Embora seja impossível atender com uma única classificação a todas finalidades, é necessário proporcionar uma base de classificação comum para uso estatístico geral, isto é, para compilação, recuperação e tabulação de dados.

Classificação Internacional de Doenças

- 1893: Instituto Internacional de Estatística registra adoção, por serviços de estatística da América do Norte, alguns da América do Sul e da Europa, do sistema de nomenclatura de causas de morte.
- 1900. OMS: primeira Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon ou Classificação Internacional de Causas de Morte.
- Dr. Bertillon: revisões de 1900, 1910 e 1920 (falece em 1922)
- 1923: Dr. E. Roesle, Serviço de Saúde Pública da Alemanha, propõe que a classificação inclua tabulação de estatísticas de morbidade.
- 1946: Sexta revisão em NY aprova longa lista para mortalidade e morbidade e estabelece regras internacionais para a seleção da causa básica de morte.
- 1976: MS do Brasil implanta modelo único de Declaração de Óbito em todo território nacional e incorpora as regras de classificação da CID

Causa básica de morte: 1948, 6ª revisão CID

- Definição:
 - doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou
 - as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.
- Estatísticas de mortalidade pressupõem para cada óbito uma única causa.
- Para determinação da causa da morte, quando duas ou mais causas de morte estivessem relatadas no atestado de óbito, foram aprovadas regras internacionais para a seleção da causa básica do óbito.
- Foram também aprovadas listas especiais de tabulação dos dados de morbidade e mortalidade.
- "Modelo Internacional de Atestado Médico da Causa de Morte".
 - Parte I - inicialmente, com três linhas onde deveria estar declarada, em último lugar, a causa básica, precedida das consequências e complicações e
 - Parte II - onde deveriam ser informados outros estados patológicos significativos que interferiram no curso do processo mórbido, porém, não relacionadas diretamente à doença, as chamadas causas contribuintes.

Regras do Sistema de Mortalidade

Sistema de Informações em Mortalidade - SIM

- Criado para garantir cobertura adequada e padronização das informações sobre mortalidade
 - Coordenação nacional
 - Padronização de impressos
 - Controle e garantia de qualidade
- **A declaração de óbito é o documento-base do SIM**
 - Atestado ou declaração de óbito: documento preenchido pelo médico
 - Certidão de óbito: documento emitido pelo cartório

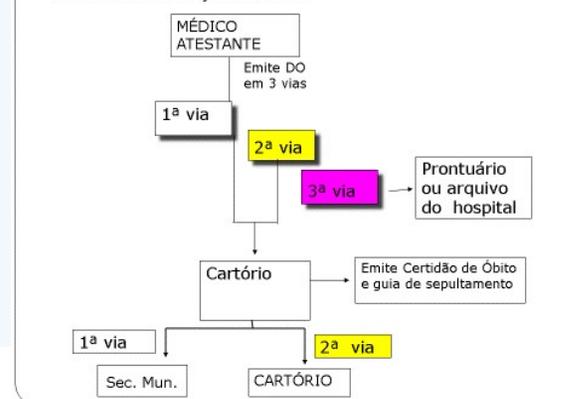
Funções do atestado de óbito

- Documentar o desaparecimento da pessoa
- Jurídicas (heranças, seguros, etc.)
- Saúde Pública : levantamentos epidemiológicos
- Social: mesmo nossa morte pode ser útil para o desenvolvimento do sistema de saúde

Responsabilidade do Médico

- Artigos do Código de Ética Médica (CEM, 2009)
 - Letra legível – art. 11
 - Não assinar em branco – art.11
 - Não fornecer atestado sem ter praticado o ato – art. 83
 - Obrigação de fornecer a declaração de óbito, exceto quando houver indícios de morte violenta – art. 84
- Resoluções do CFM (1779/2005)
 - Art. 1o – O preenchimento dos dados constantes na DO é da responsabilidade do médico que atestou a morte
 - Art. 2o – Os médicos, quando do preenchimento da DO, obedecerão às seguintes normas:

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO



Atribuições específicas

Quem deve emitir

Morte Natural Doença

Com assistência médica

- O médico que vinha prestando assistência ao paciente, sempre que possível, em todas as situações.
- O médico assistente e, na sua falta, o médico substituto ou plantonista, para óbitos de pacientes internados sob regime hospitalar.
- O médico designado pela instituição que prestava assistência, para óbitos de pacientes sob regime ambulatorial.
- O médico do Programa de Saúde da Família, Programa de Internação Domiciliar e outros semelhantes, para óbitos de pacientes em tratamento sob regime domiciliar.

Nota: O SVO pode ser acionado para emissão da DO, em qualquer das situações acima, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições.

Sem assistência médica

- O médico do SVO, nas localidades que dispõem deste tipo de serviço.
- O médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; e na sua ausência, por qualquer médico, nas localidades sem SVO.

Nota: Deve-se sempre observar se os pacientes estavam vinculados a serviços de atendimento ambulatorial ou programas de atendimento domiciliar, e se as anotações do seu prontuário ou ficha médica permitem a emissão da DO por profissionais ligados a estes serviços ou programas, conforme sugerido na caixa ao lado.

Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

Mortes violentas ou não naturais

- A DO deverá ser obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.
- Na localidade onde existir apenas um médico, este é o responsável pelo fornecimento da DO.

Morte Não-Natural Causas Externas*

Em localidade com IML

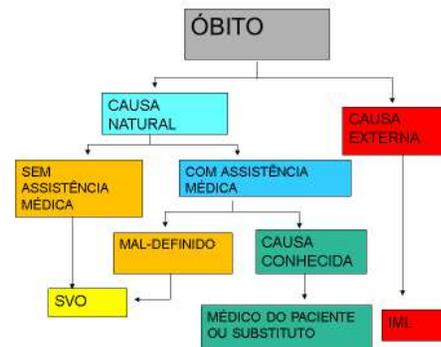
- O médico legista, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento violento e a morte propriamente.

Em localidade sem IML

- Qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual (*ad hoc*).

*Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas.

A quem cabe atestar o óbito?



Condições especiais

Condições especiais

- **Protocolo de morte encefálica para doação de órgãos**
 - Processo irreversível de causa conhecida
 - Resolução CFM 1480/97
 - Resolução CFM 1826/2007
 - **Art. 2º** A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.
- **Doação de corpo para estudo:** Código Civil – Lei 10406, de 10/01/2002
 - **Art. 14.** É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.
Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo.

Condições para não emissão da DO

- **Óbito fetal**
 - gestação teve duração < 20 semanas ou peso < 500 gramas e/ ou estatura < 25 centímetros
 - E emissão da DO facultativa se família desejar o sepultamento do produto de concepção.
- **Peças anatómicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados:** Resolução de Diretoria Colegiada nº 306 da ANVISA (2004)
 - O médico elaborará um relatório em papel timbrado do Estabelecimento de Saúde descrevendo o procedimento realizado.
 - Este documento será levado ao Cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.
 - Basicamente, prega-se, como melhor solução, a incineração dos membros amputados, que poderá ser feita nas dependências do próprio hospital, se ele possuir um cremador.
 - Não sendo possível tal solução, deve-se entregar os membros à coleta hospitalar municipal, quando esta permitir controle eficiente dos restos hospitalares. Caso nada disso exista de maneira eficiente, deve-se enterrar a parte extraída.
 - Membro amputado não requer DO, justamente porque, neste caso, não se teve um óbito. O estabelecimento de saúde deverá elaborar um laudo (além de, obrigatoriamente, fazer constar do prontuário do paciente), narrando o procedimento realizado, documento que deverá ser levado ao cemitério para o sepultamento

Condições especiais Serviço Pré-Hospitalar Móvel

- **Resolução CFM 2110/2014, modificada pela Resolução CFM 2132/2015**
Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.

Art. 23. O médico intervencionista, quando envolvido em circunstância de óbito de suposta causa violenta, deverá obrigatoriamente constatar-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o IML.

§ 1º Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista, com diagnóstico conhecido, deverá obrigatoriamente ter a declaração de óbito fornecida pelo mesmo.

§ 2º Em caso de paciente com morte natural de causa desconhecida assistida pelo médico intervencionista, este deverá comunicar o fato ao médico regulador, que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), desde que haja a concordância da família. Caso não tenha a concordância da família, o médico intervencionista é obrigado a fornecer a declaração de óbito, declarando a causa da morte como "desconhecida".

Formulários para seguradoras

- **Art. 77** – É vedado ao médico: "Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito"
- **Resolução CFM 2003/2012**
 - **Art. 1º** É vedado ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras com informações acerca da assistência prestada a pacientes sob seus cuidados.

Treinamento : a declaração de óbito

Responsabilidade do Médico

- Artigos do Código de Ética Médica (CEM, 2009)
 - Letra legível – art. 11
 - Não assinar em branco – art.11
 - Não fornecer atestado sem ter praticado o ato – art.83
 - Obrigação de fornecer a declaração de óbito, exceto quando houver indícios de morte violenta – art.84
- Resoluções do CFM (1779/2005)
 - Art. 1o – O preenchimento dos dados constantes na DO é da responsabilidade do médico que atestou a morte
 - Art. 2o – Os médicos, quando do preenchimento da DO, obedecerão às seguintes normas:

Regras de preenchimento

- Registrar **APENAS UMA** doença, alteração ou lesão **EM CADA LINHA**;
- Para cada causa registrada, indicar, sempre que possível, **NA CASELA À DIREITA**, o tempo aproximado entre o início da doença e a morte (em horas, dias, meses ou anos);
- Se este tempo for **DESCONHECIDO**, preencher como “DESCONHECIDO”

Itens que Compõem a DO

- A DO é composta por nove blocos de informações de preenchimento obrigatório, a saber:
- I. É a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório do Registro Civil.
 - II. Identificação do falecido: o médico deve dar especial atenção a este bloco, dada a importância jurídica do documento.
 - III. Residência: endereço habitual.
 - IV. Local de ocorrência do óbito.
 - V. Específico para óbitos fetais e de menores de um ano: são dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil.
 - VI. Condições e causas do óbito: destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito. Dar especial atenção a óbitos de mulheres em idade fértil ao preencher os campos respectivos (43 e 44 do modelo vigente), visando estudos sobre mortalidade materna.
 - VII. Os dados do médico que assinou a DO são importantes e devem ser preenchidos de maneira legível, pois trata-se de documento oficial, cujo responsável é o médico. Para elucidação de dúvidas sobre informações prestadas, o médico poderá ser contatado pelos órgãos competentes.
 - VIII. Causas externas: os campos deverão ser preenchidos sempre que se tratar de morte decorrente de lesões causadas por homicídios, suicídios, acidentes ou mortes suspeitas.
 - IX. A ser utilizado em localidade onde não exista médico, quando, então, o registro oficial do óbito será feito por duas testemunhas.

CAUSAS DA MORTE (PARTES I e II)

CAUSAS ANTERIORES

CAUSAS ATUAIS

ASSISTÊNCIA MÉDICA

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

CAUSAS ATUAIS (preenchidas em vermelho):

- Causa imediata ou terminal
- Causa intermediária
- Causa intermediária
- Causa básica

Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando estreitamente relacionados com o estado patológico que o produziu.

- Informações sobre óbitos de mulheres em idade fértil
- Informações sobre assistência médica
- Informação sobre confirmação do diagnóstico por necropsia
- Causas de morte

Treinamento : prática com exercícios

Caso nº 1

Homem com 65 anos, há 35 anos, sabia ser hipertenso e não fez tratamento.

Há dois anos, começou a apresentar dispneia de esforço. Foi ao médico, que diagnosticou hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva, e iniciou o tratamento.

Há dois meses, desenvolveu insuficiência cardíaca congestiva.

Hoje foi encontrado na rua e levado ao HPS pelo SAMU com edema agudo de pulmão, falecendo após 5 horas.

Fumante por cerca de 45 anos, bebe pouco.

Há dois meses, foi diagnosticado câncer de próstata.

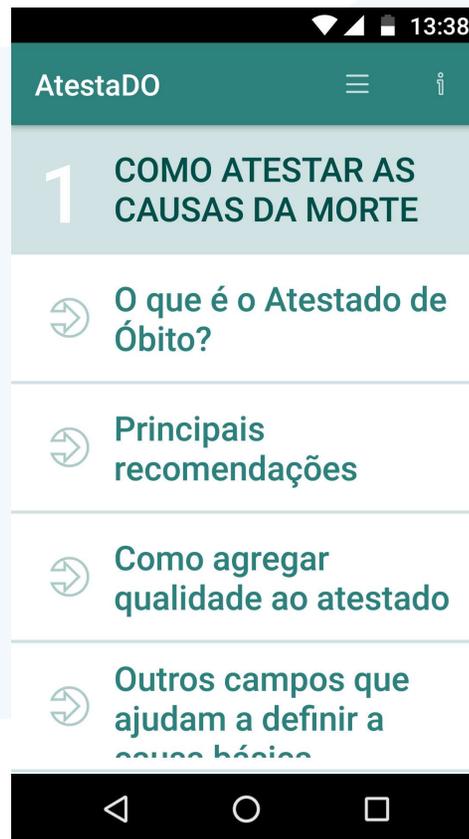
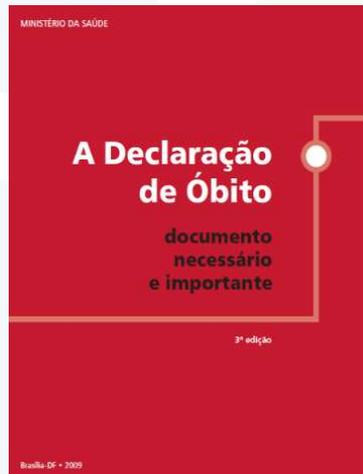
Caso nº 6

- RMS, 41 anos, sexo masculino.
- Paciente soropositivo para HIV, deu entrada no pronto-atendimento às 9:00 horas com história de vômitos sanguinolentos desde às 6:00 horas da manhã.
- Às 7:00 horas já apresentava tontelas e desmaios.
- Ao exame físico, descorado +++/4+, e PA de 96x54 mmHg.
- A família conta que o paciente apresenta cirrose hepática há 6 anos, e que no ano passado foi internado devido a vômitos com sangue e recebeu alta com diagnóstico de varizes de esôfago após exame endoscópico, porém sem essas terem sido tratadas.
- A reposição volêmica não foi suficiente para estabilizar o paciente, que veio a óbito por volta das 13:00 horas, após uma parada circo-respiratória.

49. CAUSAS DA MORTE		anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	Edema agudo de pulmão	5 h.	
		Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	Insuficiência cardíaca	2 m.	
		Devido ou como consequência de:		
	c	Cardiopatia hipertensiva	2 a.	
		Devido ou como consequência de:		
	d	Hipertensão arterial	35 a.	
PARTE II Causas condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Câncer de próstata	2 m.	
		Tabagismo	45 a.	

CAUSAS DA MORTE		anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	Choque hipovolêmico	4 h.	
		Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	Hematêmese (HDA)	7 h.	
		Devido ou como consequência de:		
	c	Varizes de esôfago	1 a.	
		Devido ou como consequência de:		
	d	Cirrose hepática	6 a.	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		HIV positivo		

Término: incentivo ao estudo



4. Análise de eficácia

Resultados preliminares

Esta estratégia funciona?

- Atividades implicam em custos: honorários dos profissionais, passagens, diárias, tempo dos médicos, etc.
- Avaliação de eficácia:
 - Houve melhora no preenchimento das DOs?
 - Esta melhora persiste no tempo?
 - A melhora é diferente, de acordo com as características do médico?
 - Idade
 - Especialidade
 - Tempo de formação
 - Local de atendimento

Avaliação da eficácia: desenho do estudo

- População: médicos que comparecem às palestras
- Metodologia: comparação das DOs antes e 30 dias após intervenção
 - Instrumento padronizado para aferição da DO (modificado da Un. Melbourne)
 - Não será aferida performance individual do médico
- Estudo mascarado
 - Médicos não saberão que estão sendo avaliados
 - Avaliadores não terão conhecimento se a DO foi antes ou depois da intervenção
 - Avaliadores não saberão nome dos médicos
- Análise
 - Mudança do escore de qualidade das Dos
 - Influência das características individuais dos médicos

Características dos médicos: resultados preliminares (n=238)

- Sexo:
 - Feminino: 170 (71%)
 - Masculino: 68 (29%)
- Idade:
 - Média= 37.5 + 11.1 anos
 - Mediana= 35 anos
- Especialidade:
 - Clínica Médica= 81 (34%)
 - Pediatria= 80 (34%)
 - Ginecologia/obstetrícia= 45 (19%)
 - Cirurgia=12 (5%)
 - Outro= 20 (8%)

Características dos médicos: resultados preliminares (n=238)

- Anos de formado
 - Amplitude: 0 a 42 (média = 11.7 + 10.7 , mediana = 8 anos)
- Setor de trabalho

– Vários setores	77	32%
– Pronto Atendimento	54	23%
– Enfermaria	46	19%
– Unidade de terapia intensiva	35	15%
– Ambulatório	7	3%
– Outros	19	8%
- Vínculo empregatício

– Servidor público	119	50%
– Residente	59	25%
– Autônomo	30	13%
– Celestista	28	12%

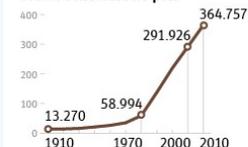
Avaliação de processo: O Brasil é grande demais!

UF	Município	Total óbitos 2016	%garbage 2016	Garbage-Hospital 2016	%Gabage hospitalar 2016	No de médicos (2016)	Número de médicos treinados/hospital - 2017	Responsável pelo treinamento dos médicos - 2017
AC	120020 Cruzeiro do Sul	443	33,6	126	84,6		38	Valéria Passos
GO	520870 Goiânia	13.337	24,5	2.755	84,3	7.915	148	Valéria Passos
PA	150080 Ananindeua	2.452	32,4	536	67,4		74	Ana Crisitna Vidor
PA	150140 Belém	13.247	29,4	3.354	86,0	5.333	216	Ana Crisitna Vidor Valéria Passos
PA	150420 Marabá	1.510	38,5	290	49,8		76	Eleonora G. Walcher
PA	150680 Santarém	2.117	45,6	686	71,1		51	Valéria Passos e Maria do Carmo
RN	240810 Natal	8.630	29,2	2.001	79,5	3808	94	Maria do Carmo Lopes
RR	140010 Boa Vista	1.648	32,3	415	77,9	657	75	Valéria Passos
TO	170210 Araguaína	1.667	22,5	308	82,1		51	Eleonora G. Walcher
TO	170255 Augustinópolis	277	39,0	99	91,7		5	Eleonora G. Walcher
TO	170950 Gurupi	604	23,5	122	85,9		36	Eleonora G. Walcher
TO	172100 Palmas	1.937	29,0	523	93,1	840	35	Eleonora G. Walcher
TO	171610 Paraíso do Tocantins	174	37,9	42	63,6		49	Eleonora G. Walcher
TO	171820 Porto Nacional	280	33,6	67	71,3		32	Eleonora G. Walcher
14/	SESENTA CIDADES	416.587	33,2	103.788	75,0		980	

ONDE ESTÃO OS MÉDICOS

Profissionais Por mil habitantes

Total de médicos no país



Selo de qualidade Hospitais que receberam o reconhecimento externo, em %

* dados de 2012; ** com CRM; *** Demografia Médica Paulista 2012; Fonte: Demografia Médica no Brasil 2013

Fonte: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628533-brasil-aumenta-numero-de-medicos-mas-concentracao-continua.shtml>

Participam os que menos precisam?

Avaliação de processo: participação heterogênea

Hospitais

- Participação heterogênea: aqueles com maior % de GC com menor participação?

	Participaram do evento	Assinaram TCLE
Belém	214	126 (59%)
Boa Vista	75	50 (67%)
Cruzeiro do Sul	38	17 (45%)
Duque de Caxias	41	9 (22%)
Rio de Janeiro	52	26 (50%)

Pequeno % de TCLE:

_ médicos jovens, que nunca assinaram DO?

__ assinam o TCLE aqueles mais preparados?



5. Continuidade do trabalho

Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando.

Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago.

Pesquisa para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo.

Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade .

Paulo Freire

Alcançar muitos médicos exige múltiplas ações

- ATESTA DO
- DO eletrônica
- Graduação
- Comissão Nacional de Residência Médica
- Educação continuada, com atividades no local de atuação dos médicos

Proposta de encaminhamento Rumo a 2018

- Ampliação do número de palestrantes
 - Plano de trabalho para 2018, com previsão de recursos
 - Aula padronizada, com conceitos mínimos
 - Encontro para treinamento dos médicos interessados
 - Palestras nos 60 municípios do atual Projeto
 - Hospitais com maior % de GC
 - Atividades obrigatórias para médicos residentes
 - Priorizar médicos que mais atestam DO

Vamos juntos buscar soluções ?

Muito obrigada!

passos.v@gmail.com

Quadro de destaque

- A base do SIM é a DO, que deve ser melhor preenchida pelos médicos.
- Como a maioria das DO são emitidas em hospitais, estes deveriam ser o local de escolha para educação continuada presencial.
- A logística das palestras privilegia o envolvimento dos serviços de saúde do município e os hospitais com maior problema em preenchimento correto da DO.
- A estratégia educacional das palestras privilegia o incentivo à participação e o respeito às experiências vividas.
- São repassados conhecimentos sobre as responsabilidades dos médicos para o preenchimento da DO, o fluxo da DO no SIM e a importância da análise epidemiológica, além das regras de preenchimento formal.
- Ao final da palestra, há exercícios para estimular a discussão.
- Devido à grande dimensão do país, propõe-se continuidade do trabalho em 2018 com o treinamentos dos médicos certificadores para disseminar estas palestras em seus estados.