

Fortalecimento dos dados de mortalidade para políticas e planejamento de saúde: a Iniciativa Bloomberg para a Saúde na América Latina

Strengthening mortality data for health policy and planning: the Bloomberg Data for Health Initiative in Latin America

Deirdre McLaughlin¹ , Alan D. Lopez¹ 

Informações precisas sobre mortalidade e causa de morte são essenciais para o desenvolvimento e monitoramento de programas e políticas em saúde e outros setores. A fonte mais confiável para estatísticas de mortes é um sistema de Registro Civil e Estatísticas Vitais (RCEV) bem funcionais; no entanto, os sistemas RCEV são subdesenvolvidos na América Latina, com diferentes níveis de incompletude entre e nos próprios países^{1,2}. A Iniciativa Bloomberg para a Saúde (D4H) identificou quatro países latino-americanos com sistemas RCEV funcionais que não possuíam a capacidade de fornecer informações de mortalidade de alta qualidade com causas exatas de morte por diferentes razões, incluindo a incapacidade de capturar mortes comunitárias. Esses países, Brasil, Peru, Equador e Colômbia, aderiram à iniciativa em vários momentos. Seus governos tinham um desejo comum de fortalecer seus sistemas RCEV usando intervenções baseadas em evidências para possibilitar o fluxo oportuno de informações de mortalidade de alta qualidade para o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde. Um dos principais resultados para D4H foi que as intervenções técnicas deveriam ser orientadas de forma colaborativa e, em última análise, sustentáveis pelos parceiros governamentais.

O Brasil tem um índice de desempenho de estatísticas vitais relativamente alto (VSPI)¹ e alta taxa de completude de registro de óbito. No entanto, as mortes com uma causa subjacente mal definida, ou codificadas como causas não específicas (códigos inutilizáveis ou *garbage*), representaram 33% de todas as mortes em 2013³. Esta alta carga de códigos *garbage* refletiu a percentagem de mortes ocorridas fora das instalações de saúde, a natureza da geografia em algumas partes do país que isolaram populações

¹Escola de População e Saúde Global de Melbourne, Universidade de Melbourne – Carlton (VI), Austrália.

Autor correspondente: Deirdre McLaughlin, 207 Bouverie St, Parkville, 3010, Melbourne, VI, Australia. E-mail: deirdre.mclaughlin@unimelb.edu.au

Conflito de interesses: nada a declarar – Apoio financeiro: Financiamento foi recebido da Iniciativa Bloomberg Philanthropies Data for Health.

rurais de médicos que podiam certificar a causa de morte, e as pobres práticas médicas de certificação em algumas áreas. Para abordar essas questões, o governo brasileiro, em conjunto com a Iniciativa Bloomberg para a Saúde, implementou quatro intervenções a fim de gerar as evidências necessárias para melhorar a eficiência e a precisão de um sistema com um bom desempenho, a saber: apoiar a introdução de um instrumento de forma curta para a captura de informações de Autópsia Verbal (AV); fortalecimento do sistema de investigação de Causas de Morte (CdM) com foco em códigos *garbage*; desenvolvendo um aplicativo interativo para apoiar o certificado médico da CdM; e introduzindo a codificação automatizada com a IRIS.

O comprimento do instrumento de Autópsia Verbal da OMS 2007, que necessitava de cerca de 50 minutos, foi identificado como um fardo para os entrevistadores e entrevistados durante seu uso no Brasil. Em resposta, a introdução de um instrumento de forma curta foi proposta para capturar informações de autópsia verbal com uma entrevista de 25 minutos. É importante ressaltar que os dados coletados com este questionário de forma curta (Smart VA) foram comparados com os diagnósticos padrão-ouro obtidos da autópsia convencional para garantir que a qualidade dos dados não foi comprometida por um tempo menor de aplicação. O Ministério da Saúde decidiu mudar para o método Smart VA para uma coleta de dados mais eficiente com base nas evidências coletadas em mais de 3.000 AV, possibilitando assim que mais mortes ocorridas fora das instalações de saúde fossem atribuídas a uma causa de morte específica.

Melhorias no certificado médico da causa de morte (MCCOD) por meio do desenvolvimento e uso de um aplicativo para celular compreendeu uma parte da investigação sobre códigos *garbage*, que é o tema de outro artigo nesta edição especial. Em resumo, desde que a iniciativa D4H começou, melhorias substanciais foram feitas para a certificação da causa de morte em ambas as instalações e na comunidade.

Os três países latino-americanos restantes enfrentaram desafios semelhantes no registro de óbitos ocorridos fora das instalações de saúde e na qualidade de informações sobre causas de morte. O Ministério da Saúde do Peru (MINSa) conquistou uma acentuada melhoria na qualidade da causa de morte e uma redução na estimativa de 30% de códigos inutilizáveis ou *garbage* entre suas principais prioridades^{4,5}. A proporção significativa de cerca de 30% dos óbitos ocorridos fora das instalações de saúde, barreiras geográficas para certificar a CdM das populações rurais, má qualidade do certificado médico da CdM e ausência de um sistema de codificação formal contribuem para a má qualidade dos dados de mortalidade. D4H no Peru ofereceu treinamentos, ferramentas inovadoras e influenciou uma mudança significativa na qualidade e integralidade dos dados de mortalidade nacional por meio da implantação do Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). O Peru fundou um comitê de coordenação nacional de RCEV, que reforçou a cooperação entre as partes interessadas. A melhoria da governança foi um resultado extremamente crucial da estratégia; o comitê técnico supervisionou as intervenções introduzidas e trabalhou em conjunto com a D4H, assegurando a avaliação contínua do sistema RCEV. O Comitê também assumiu a responsabilidade por futuras intervenções.

A maior conquista para o Peru foi o lançamento do SINADEF, um sistema eletrônico de registro de óbito, que tem sido extremamente efetivo. O governo peruano planeja continuar conscientizando e oferecendo treinamento sobre a certificado médico da CdM e SINADEF entre a equipe médica em todas as 26 regiões, melhorando o atestado de óbito e as práticas de notificação. Outras soluções eletrônicas foram implementadas com base na implantação nacional bem-sucedida do SINADEF, como a plataforma de e-Learning SmartVA e a ferramenta de codificação automatizada, a IRIS. O Peru impulsionou tais intervenções estabelecendo uma força de trabalho forte e bem qualificada, analisando intervenções e desenvolvendo ferramentas interessantes que podem ser utilizadas e mantidas de forma sustentável.

Desafios semelhantes foram enfrentados no Equador e na Colômbia, países cujas barreiras geográficas e porcentagem relativamente grande de mortes na comunidade sugeriram que muita informação estava sendo perdida devido à inexistência de uma estratégia para detectar e registrar eventos vitais ocorridos em comunidades rurais, étnicas e dispersas. Tanto o Equador como a Colômbia aderiram à iniciativa D4H relativamente tarde, ficando com tempo limitado para desenvolver e implementar intervenções técnicas. Esta é a razão pela qual essas iniciativas foram firmemente centradas em fornecer o máximo de informação e assistência possível e em estabelecer uma base de provas com a qual os países pudessem considerar a melhor forma de prosseguir com tais intervenções. O Equador precisou fazer mudanças significativas para aumentar a captação de eventos vitais, com pouco mais de 80 por cento das mortes registradas em 2016. As intervenções selecionadas focaram na prova de conceito e nas atividades fundacionais para validar o método RCEV de aprimoramento escolhido para o contexto equatoriano. Um grupo de médicos empregados pelo escritório nacional de estatística supervisionou a implementação de boas práticas médicas de certificação dentro das instalações de saúde equatorianas como tutores e capacitadores de certificação médica da causa de morte (MCCOD).

Outras atividades como a introdução de um aplicativo para celular para o acompanhamento do certificado médico e treinamento para redução de códigos *garbage* também provocaram melhorias nos dados de mortalidade. O Equador também implementou um piloto automatizado de autópsia verbal em três regiões do país usando o Smart VA para avaliar como esse método é útil na coleta de dados de aproximadamente 25% das mortes ocorridas fora das instalações de saúde.

Embora a Colômbia tenha um VSPI relativamente alto¹, não foram encontradas estimativas confiáveis de óbitos em áreas rurais e remotas, e cerca de 22% das mortes têm um código inutilizável ou *garbage* como a causa subjacente de morte em áreas onde os óbitos são certificados por um médico. Como uma alta prioridade para a Colômbia, uma estratégia focada no desenvolvimento e implementação de um sistema de busca pró-ativo foi proposta como uma forma de melhorar a captação de eventos vitais e a qualidade dos dados de CdM (Rural Vital). Isso foi baseado no desenvolvimento de um programa de software projetado para vincular bancos de dados que envolviam práticas de implementação como notificação de celular e Smart VA para que médicos pudessem capturar eventos em populações rurais

e dispersas. Após uma nova implementação e testes, essa intervenção pode ser adotada em todas as regiões do país, permitindo que a Colômbia colete informações mais completas de alta qualidade. Uma revisão de todos os materiais de treinamento MCCOD levou ao desenvolvimento de um novo curso de formação, que incluía um elemento e-Learning e apoiou a implementação da ferramenta automatizada de codificação ICD, a IRIS.

O foco da D4H tem sido a cooperação com as partes interessadas do governo, auxiliando-os na melhoria de seus sistemas RCEV, fornecendo assistência técnica baseada em evidências de alta qualidade que levará a uma mudança sustentável. A Tabela 1 mostra um resumo das conquistas nesses quatro países.

Tabela 1. Resumo de conquistas da D4H em quatro países da América Latina.

País	Resumo
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • O Ministério da Saúde autorizou o uso de Smart VA, que leva menos da metade do tempo do instrumento da OMS e coleta causas de morte que são comparáveis com o diagnóstico de autópsia padrão-ouro. • Mais de 2.600 médicos foram treinados em MCCOD por meio de treinamento face-a-face em 60 cidades. • Um adicional de 11.400 médicos foi treinado usando o aplicativo para celular desenvolvido no Brasil. • Uma investigação examinou mais de 80.000 mortes tendo o código <i>garbage</i> como a CdM subjacente. As mudanças na classificação de CdM resultaram em uma melhoria de 18% em 60 cidades priorizadas. • A investigação do código <i>garbage</i> foi institucionalizada pelo Ministério por meio do desenvolvimento de um manual e protocolo para a investigação de óbitos hospitalares. • Introdução de codificação automatizada por meio da IRIS.
Peru	<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 7.000 médicos treinados em MCCOD e SINADEF, que está capturando quase 80% das mortes anuais com 38% de redução nas taxas de erro de certificado. • O governo planeja lançar treinamentos sobre MCCOD e SINADEF em todas as regiões do Peru. • Desenvolvimento da plataforma de e-Learning Smart VA para auxiliar médicos em áreas rurais e remotas no registro preciso de CdM. • Introdução de codificação automatizada por meio da IRIS.
Equador	<ul style="list-style-type: none"> • 5.123 (15 por cento) de médicos de 158 unidades de saúde foram treinados para certificado médico da CdM entre maio e dezembro de 2018. • REVIT-Death introduzido como um sistema de registro de morte on-line e mais de 5.000 médicos treinados em seu uso. • Teste do Smart VA em três regiões para avaliar a ferramenta neste contexto antes de realizar um estudo mais aprofundado e abrangente.
Colômbia	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da intervenção Rural Vital como forma de melhorar a notificação de morte em áreas rurais e remotas com mais de 400 mortes notificadas. • Smart VA para médicos implementados em 12 municípios e considerados por médicos locais como uma ferramenta altamente útil. • Desenvolvimento de materiais de treinamento MCCOD e implementação da IRIS.

REFERÊNCIAS

1. Mikkelsen L, Phillips DE, AbouZahr C, Setel PW, de Savigny D, Lozano R, et al. A global assessment of civil registration and vital statistics systems: monitoring data quality and progress. *Lancet*. 2015;386(10001):1395-406. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60171-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60171-4)
2. Adair T. Strengthening small area demographic estimates in Latin America [Internet]. Melbourne: University of Melbourne; 2019 [cited 2019 Aug 4]. Available from: <https://crvsgateway.info/file/10180/3072>
3. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Morais Neto OL, Szwarcwald CL. Ill-defined causes of death in Brazil: a redistribution method based on the investigation of such causes. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):671-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005146>
4. Vargas-Herrera J, Pardo Ruiz K, Garro Nuñez G, Miki Ohno J, Pérez-Lu JE, Valdez Huarcaya W, et al. Preliminary results of the strengthening of the national death registry information system. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(3):505-14. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3913>
5. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metr*. 2010 May 10;8:9. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-8-9>

Recebido em: 25/06/2019

Versão final apresentada em: 14/08/2019

Aceito em: 15/08/2019

