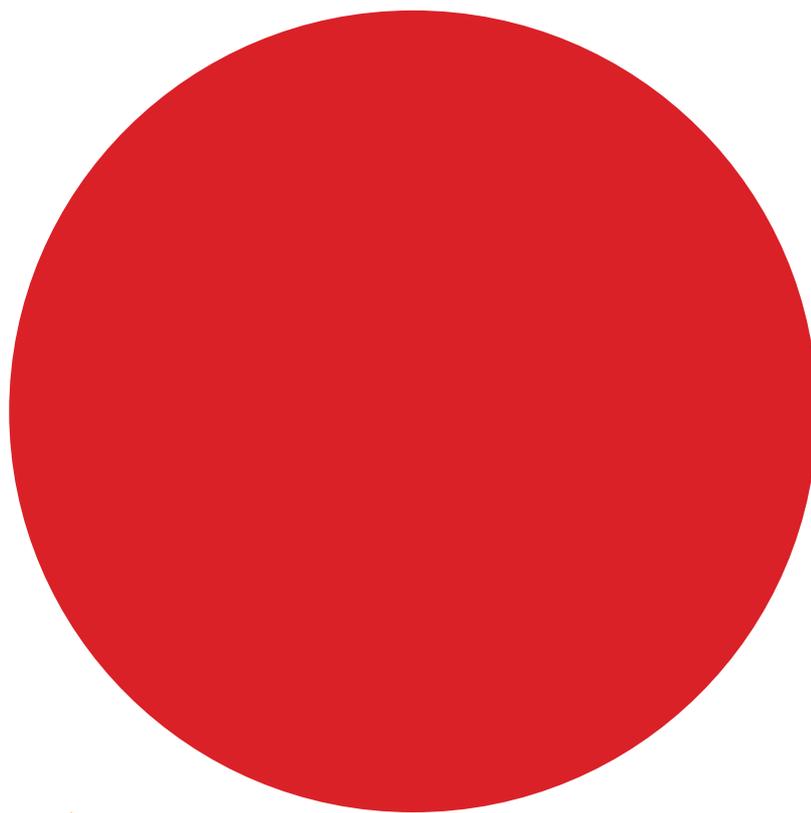


Nº4

Junho 2014

cadernos CISA



**Sistema
de Autópsia Verbal**

**METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS
PARA APLICAÇÃO NO TERRENO**

Prefácio

O Projecto CISA resulta de uma parceria entre o Governo Angolano, o Governo Português e a Fundação Calouste Gulbenkian. Estabelecido em 2007, as actividades desenvolvidas têm tido por base objectivos como: **a criação do primeiro Centro de Investigação em Saúde de Angola** que possa contribuir para um conhecimento mais aprofundado dos principais problemas de saúde que afectam a região e o país e através de investigação epidemiológica e clínica das doenças mais prevalentes ou relevantes para a saúde pública; **a melhoria das condições de saúde da população** através do fortalecimento assistencial dos seus serviços de saúde; e **a participação de Angola e Portugal a nível internacional na área de investigação** direccionada às principais doenças que afectam os países em desenvolvimento.

Ora existe um conjunto de informações que são imprescindíveis à prossecução dos objectivos de investigação em saúde, tais como conhecer as características demográficas da população, taxas de mortalidade e fertilidade, dados de morbilidade, causas de morte, estabelecer denominadores para cálculo de taxas de prevalência e incidência, entre outros. Trata-se de **“Conhecer para interpretar e interpretar para actuar”** (Luisa Iñiguez Rojas).

Para recolher estas informações, o CISA criou uma plataforma de dados de rotina que servem de base aos estudos epidemiológicos e de intervenção, designadamente um Sistema de Vigilância Demográfica (SVD), um Sistema de Vigilância de Morbilidade (SVM) e um Sistema de Autópsia Verbal (SAV).

O primeiro “Caderno CISA” publicado incidiu sobre o SVD e este quarto caderno aborda o Sistema de Autópsia Verbal.

A Autópsia Verbal é um sistema de recolha de dados recomendado pela Organização Mundial de Saúde para fazer face às lacunas existentes a nível do conhecimento das causas de morte que afectam as populações em regiões onde os registos vitais são de fraca qualidade. Este sistema consiste na realização de questionários aos cuidadores primários, sobre os principais sinais, sintomas e processo de fim da vida, para posterior interpretação médica e classificação patológica das causas prováveis de morte.

Este instrumento contribui para fundamentar políticas de saúde pública pois produz informações mais robustas sobre mortalidade, factores de risco, permitindo conhecer o peso das mortes ‘evitáveis’ e possibilitando consequentemente elaborar políticas de saúde para reduzir o seu impacto na população.

Pretende-se com este caderno apresentar as principais características do Sistema de Autópsia Verbal implementado no Dande pelo CISA, único em Angola e dos poucos conhecidos em toda a África Central. Da mesma forma, espera-se que o mesmo inspire e sirva de guia à replicação deste modelo noutras regiões de Angola, o que, sem dúvida, beneficiaria o conhecimento da mortalidade (taxas e causas) e a comparabilidade de dados a nível nacional e internacional.

Índice

2	Introdução
2	Importância dos dados sobre mortalidade
3	Autópsia Verbal
5	A implementação da Autópsia Verbal no Projecto CISA
6	Metodologia
6	Padronização da Autópsia Verbal
7	Os Questionários da Autópsia Verbal (QAV)
8	O SAV no Dande – Procedimentos gerais
8	O <i>modus operandi</i> da aplicação do SAV Dande
9	O(A) inquiridor(a)
11	Formação e manuais
12	A família em luto
13	Recolha de dados referentes aos óbitos ocorridos
14	Painel de peritos
15	Considerações éticas
16	Um instrumento e os seus problemas
16	A experiência do CISA com o SAV
17	Resultados

O presente documento foi elaborado por Jorge Varanda (CMDT-IHMT; CRIA-ISCTE) e Edite do Rosário (Projecto CISA).

Na montagem inicial do SAV contou-se com o apoio de Ana Paula Rodrigues (médica de saúde pública), sob a coordenação científica de Susana Vaz Nery.

Introdução

Importância dos dados sobre mortalidade

Nascem e morrem diariamente milhares de pessoas em todo o mundo. No entanto, dos 18,6 milhões de óbitos ocorridos anualmente, apenas 1/3 é verificado pelos médicos, pelo que em todos os outros casos não são identificadas as causas de morte. Ironicamente é nas zonas do globo onde ocorrem mais mortes que menos se conhece os factores que as determinam.¹

A ausência de informação sobre a mortalidade e as causas que lhe estão associadas relaciona-se com a inexistência de Sistemas de Registos Vitais, uma realidade com particular acuidade nos Países em Desenvolvimento, à qual Angola não é excepção.

Estes sistemas fornecem registos universais e contínuos de eventos como nascimentos e mortes, permitindo a produção rotineira de estatísticas vitais em todos os níveis geográficos, informação essencial para o conhecimento e monitorização do estado de saúde de uma população.

Quando o registo civil de mortes é acoplado com a certificação médica da causa de morte, utilizando os princípios e normas estabelecidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID),² é possível gerar dados precisos e actualizados sobre as causas de morte na população. Tal informação permite o estudo da mortalidade por idade e sexo e fornece os dados fundamentais para a construção de tabelas de vida e probabilidades de morte estimadas em várias idades.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 2000 e 2009, apenas em 4 dos 46 países da região africana, existe uma cobertura de 75% ou mais dos registos vitais: Ilhas Maurícias, Seicheles, África do Sul e Argélia.³

Em Angola, segundo um estudo realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde, “as taxas de mortalidade obtidas através do actual sistema (de recolha de dados), não permitem avaliar a realidade dos acontecimentos (...) e avaliar com rigor a situação do país.”⁴ Esta situação é problemática para os sistemas de saúde, que necessitam de números fiáveis e conhecimento de causas de morte para funcionarem adequadamente.⁵

O conhecimento das taxas de mortalidade e causas de morte de uma população é um indicador essencial para determinar o estado de saúde dessa comunidade. Nesse sentido, tem sido feito um esforço, em particular pela OMS, para mobilizar a implementação de Sistemas de Registos Vitais nos países em que estes não estão ainda em vigor.

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, por exemplo, especialmente os focados nas crianças e mulheres grávidas, exigem, de forma indirecta, um reforço da monitorização

1 – Snow, R. *et al.* 1992. Childhood deaths in Africa: uses and limitations of verbal autopsies, *in* *Lancet*, Vol. 340 (8815), pp. 351-5.

2 – World Health Organization. 2010. International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems. 10th Revision. Volume 2, Instruction Manual, 2010 Edition. Acessível em: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1.

3 – World Health Organization, Civil registration and vital statistics system. Acessível em: http://www.who.int/profiles_information/index.php/AFRO:Civil_registration_and_vital_statistics_systems.

4 – República de Angola, Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2010. Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (SIS), Versão Final. Luanda.

5 – Editorial *in* *Bulletin of the World Health Organization*, 2007.

mais sistemática da mortalidade, por forma a apreender as taxas e as causas de morte e a melhor aferir o estado de saúde das populações.

A dificuldade em implementar e alargar os sistemas de registo vital baseados nos certificados de óbito, sobretudo nos países da África Subsaariana, tem a ver com o facto de se tratar de um sistema dispendioso, moroso e exigente em termos de recursos humanos.

Daí que se considere a utilização de instrumentos alternativos, como as autópsias verbais, para colmatar a ausência de dados concretos sobre o número e causas de morte que permitam elaborar tendências e indicadores referentes à mortalidade.⁶



Figura 1 – Campas numa berma de picada (Fonte – Jorge Varanda, 2010)

Autópsia Verbal

A Autópsia Verbal (AV) parece ter origem em 1931⁷. No entanto, só em 1956 Yves Biraud considera usar a informação para aferir por pessoal local, sem formação biomédica, quais as causas de morte localmente definidas dos óbitos ocorridos na comunidade.⁸ Duas décadas mais tarde, nos anos 70, a AV foi aplicada de forma sistemática e em larga escala em Matlab, Bangladesh.⁹ Desde então, o número de países que utilizam este sistema não parou de aumentar – de 65 países em 1970 para 115 em 2003.¹⁰

6 – Mathers, C.D. *et al.* 2005. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, *in* Bulletin of the World Health Organization; 83, p. 174.

7 – Chen LC, *et al.* 1974. Maternal mortality in rural Bangladesh. *Stud Fam Plann* 5: 334–341.

8 – Garenne M. e Fontaine O., 2006. Assessing probable causes of deaths using a standardized questionnaire: A study in rural Senegal. Proceedings of the International Union for the Scientific Study of Population seminar, Sienna, 7–10 July 1986. *In* Bulletin of the World Health Organization 84, pp. 248-253.

9 – *Op. cit.* 7.

10 – *Op. cit.* 6. pp. 171-177.

O uso crescente da AV teve como consequência uma transformação do próprio instrumento. Passou-se de um foco na sintomatologia para uma inclusão de sinais, com vista a considerar o processo de morte e o aumento de dados estatísticos na determinação da(s) causa(s) de morte.

A técnica da AV baseia-se no pressuposto de que a recolha de informação por entrevista oral aos cuidadores primários – usualmente familiares que tenham cuidado da pessoa falecida – pode fornecer elementos capazes de contribuir para a identificação de prováveis causas de morte.¹¹ A sua aplicação consiste na realização de questionários (abertos, fechados ou mistos) aos familiares, sobre os principais sinais, sintomas e processo de fim da vida do falecido, para posterior interpretação médica e classificação patológica das causas prováveis que estiveram na origem da sua morte.

Esta metodologia é usada nomeadamente em países africanos e asiáticos onde o sistema de registo vital ou de certificados de óbitos é fraco e em diversos Sistemas de Vigilância Demográfica que operam nesses contextos.^{12, 13}

Para além de ser um instrumento que contribui para a determinação de causas de morte prováveis em áreas onde os sistemas de registo vital são escassos ou de fraca qualidade,¹⁴ a implementação da AV permite:

- Produzir informações sobre mortalidade através da definição da causa;¹⁵
- Avaliar intervenções de saúde piloto, desenhadas para reduzir a mortalidade provocada por determinadas causas em áreas geográficas específicas;
- Identificar surtos epidémicos e determinar factores de risco;¹⁶
- Conhecer o peso das mortes 'evitáveis' e procurar formas de as reduzir;
- Facilitar a pesquisa em relação aos factores mais directamente associados com a mortalidade através de causas de morte.¹⁷

11 – World Health Organization, *A Standard Verbal Autopsy Method for Investigating Causes of Death in Infants and Children*, WHO/CDS/CRS/ISR/99.4.

12 – Adjuik, M. *et al.* 2006. Cause-specific mortality rates in sub-Saharan Africa and Bangladesh. *In* Bulletin of the World Health Organization, vol.84, n.º 3, pp. 181-188.

13 – Soleman N, Chandramohan D e Shibuya K., 2006. Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bulletin World Health Organization*, 84, pp. 239-245.

14 – Kahn, K. *et al.* 2000. Validation and application of verbal autopsies in rural areas of South Africa, *in* Tropical Medicine and International Health, vol. 5, n.º 11, November, p.824.

15 – *Op. cit.* 6.

16 – *Op. cit.* 7 e 8.

17 – Anker, M. *et al.*, *A Standard Verbal Autopsy Method for Investigating Causes of Death in Infants and Children*, World Health Organization, Geneva, World Health Organization, p.1.

A implementação da Autópsia Verbal no Projecto CISA

O Projecto “Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA)”, que visava a criação de um centro de investigação em saúde, foi estabelecido em 2007 e resultou de uma parceria entre o Ministério da Saúde de Angola (MINSa), o Governo Provincial do Bengo, o então Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento e a Fundação Calouste Gulbenkian. Entretanto, em Novembro de 2013, a publicação do Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde de Angola, formalizou a constituição do Centro de Investigação em Saúde de Angola como órgão tutelado do Ministério da Saúde.¹⁸

O CISA está sediado no Caxito, município do Dande, província do Bengo, a cerca de 60 Km a norte de Luanda. Em 2009 criou um Sistema de Vigilância Demográfica e de Saúde (SVDS Dande) que tem como objectivo primário apoiar as actividades de investigação do centro. A área de estudo abrange uma área de 4.763,6 km², inclui três das então cinco comunas do município do Dande – Caxito, Mabubas e Úcuá, num total de 70 bairros –, e coberta por um hospital provincial (Hospital Geral do Bengo, HGB), um hospital municipal (Hospital Municipal do Dande, HMD), dois centros de saúde e dez postos de saúde.¹⁹



Figura 2 – Área de estudo do Sistema de Vigilância Demográfica e de Saúde do Dande, Província do Bengo, Angola

O SVDS Dande faz a monitorização dos eventos demográficos que afectam a população da área de estudo – nascimentos, óbitos e migrações. A juntar a esta informação, o SVDS recolhe dados que permitem uma melhor caracterização da população em termos de número e composição detalhada de agregados, condições de habitação (habitabilidade, saneamento básico, electricidade, tipo de água usada para consumo), outros indicadores socioeconómicos e coordenadas geográficas do agregados familiares. O recenseamento inicial, realizado entre Setembro de 2009 e Abril de 2010, registou cerca de 60.000 pessoas, distribuídas em 15.700 agregados familiares nas zonas urbanas, peri-urbanas e rurais das referidas comunas.

A implementação do Sistema de Autópsia Verbal (SAV) no âmbito do CISA, teve como principais objectivos: a) complementar a informação demográfica recolhida pelo SVDS; b) aprofundar o conhecimento sobre as condições de saúde da população local e c) providenciar dados mais concretos sobre as principais causas de morte que afectam a população do município do Dande. Estas são informações centrais para uma melhor definição das prioridades a nível de políticas de saúde pelo Governo Provincial do Bengo e/ou Ministério da Saúde de Angola. Estava ainda subjacente ao cariz eminentemente local da aplicação do SAV no Município do Dande, a validação deste instrumento para replicação em outras áreas do território Angolano.

18 – Decreto Presidencial n.º 178/13 – Presidente da República. Diário da República I.ª Série, n.º 214, de 6 de Novembro de 2013 (Página 3026). Acessível em: http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=118056.

19 – CISA, 2013. Levantamento dos Postos de Saúde na área de estudo do CISA, Município do Dande. Angola, 2013.

Metodologia

Padronização da Autópsia Verbal

A disseminação da AV como instrumento para conhecimento das causas de morte em determinadas populações, e a sua utilização cada vez mais comum em estudos clínicos e epidemiológicos, em sistemas de vigilância nacionais²⁰ e em inquéritos de agregados familiares,²¹ levou ao desenvolvimento de questionários padronizados, isto é, baseados em esquemas de codificação análogos e utilizados de uma forma generalizada em diversos países e/ou por diversas instituições.

A *The John Hopkins School of Hygiene and Public Health* e a *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, avalizadas pela OMS, desenvolveram em 2004 uma importante iniciativa para produzir instrumentos-padrão que facilitassem a comparação de estudos de validação de AV.²² Este modelo da OMS veio entretanto a ser adaptado e trabalhado também pela rede INDEPTH – *International Network for the Demographic Evaluation of Population and Their Health*.

O SAV estabeleceu-se como um dos instrumentos preferenciais para determinar causas de morte de crianças em contextos de vigilância de doenças, SVDS e sistemas de registos por amostragem. Se, até 2012, o uso de AV para determinar causas de morte de adultos não estava formalmente sancionado pela OMS, nesse ano esta organização, em colaboração com a *Health Metric Network* e o INDEPTH, publicou uma compilação sobre Questionários de Autópsia Verbal (QAV) standardizados. Presentemente este instrumento é já desenhado para todos os grupos de idade, inclui mortes maternas e perinatais e também mortes provocadas por lesões/acidentes.²³ Importa, contudo, ressaltar que, no caso dos adultos, as causas de morte são mais difíceis de aferir com o grau de robustez idêntico ao dos outros grupos-alvo do SAV.

O Sistema de Autopsia Verbal e os procedimentos padrão, incluem:

- Vários questionários elaborados para diferentes grupos etários e género;
- Inquiridores que aplicam este questionário no terreno;
- Um sistema de classificação de causas de morte;
- Critérios de diagnóstico;
- Um painel de peritos ou algoritmos através dos quais se atribui causas prováveis de morte, baseando-se em entrevistas aos indivíduos que tenham cuidado da pessoa falecido(a), centrando a sua atenção nos sinais, sintomas, processo terapêutico e circunstâncias que antecederam a morte.²⁴

20 – Jha P, Gajalakshmi *et al.*, 2006. Prospective study of one million deaths in India: rationale, design, and validation results, *in* PLoS Med 3: e18;

Rao C, *et al.* 2005. Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. *In* Bulletin of the World Health Organization, 83, pp. 618–625.

21 – Khoury SA, Massad D e Fardous T, 1999. Mortality and causes of death in Jordan 1995/96: Assessment by verbal autopsy. *Bulletin of the World Health Organization* 77, pp. 641–650.

22 – *Op. cit.* 17.

23 – World Health Organization, 2012. The 2012 WHO Verbal autopsy instrument. Release candidate 1 WHO, HMN, INDEPTH Network, Acessível em: http://www.who.int/healthinfo/statistics/WHO_VA_2012_RC1_Instrument.pdf?ua=1.

24 – *Op. Cit.* 8 e 13.

Os Questionários da Autópsia Verbal (QAV)

Os QAV são compostos por uma matriz de questões, aplicadas ao cuidador primário do falecido, que incluem informações sobre os sinais, sintomas, história clínica e processo de morte. Estes questionários são habitualmente fechados ou mistos, isto é incluem perguntas abertas que podem ajudar à interpretação da(s) causa(s) de morte provável(eis) do falecido, e também questões filtros que orientam sinais e sintomas gerais para sintomatologias mais específicas e com um seguimento lógico.

Em função da padronização do instrumento, as secções que compõem os QAV são relativamente uniformes:

- 1 – Informação pessoal sobre o falecido e registos vitais
- 2 – Informação sobre o respondente (dados sócio-demográficos)
- 3 – Causas de morte:
 - a) História clínica;
 - b) Sinais e sintomas gerais;
 - c) Sinais e sintomas associados à gravidez (para mortes maternas ou neo-natais);
 - d) História, sinais e sintomas neo-natais e infantis (para recém nascidos e crianças);
 - e) História de lesões e/ou acidentes;
 - f) Factores de risco;
 - g) Utilização dos serviços de saúde;
 - h) Historial e contexto (não há qualquer conhecimento prévio sobre o falecido);
 - i) Parte opcional de narrativa aberta (recomendado).

Os QAV podem incorporar os diversos grupos etários de forma conjunta ou serem diferenciados, ou seja, construídos separadamente para 4 grupos diferentes:

- Mortes neo-natais (recém-nascidos), até 27 dias de vida;
- Crianças (de 28 dias aos 14 anos completos);
- Mortes maternas (mulheres com idades entre 15 e os 49 anos que morreram durante a gravidez, em parto ou nas primeiras 6 semanas após parto por causas relacionadas com a gravidez);
- Outros adultos (com 15 anos ou mais, inclusive pessoas idosas).²⁵

Uma possibilidade deste instrumento é usar algoritmos mais robustos e direccionados, melhorando a especificidade e sensibilidade no diagnóstico de doenças particulares, como malária, mal nutrição, tuberculose ou HIV-SIDA.

25 – Baiden, F. *et al.*, 2007. Setting international standards for verbal autopsy, Bulletin of the World Health Organization, August 2007, 85

Os questionários, depois de preenchidos, são lidos de forma independente, por dois ou mais médicos ou por um sistema computacional de algoritmos, de maneira a identificar prováveis causas de morte. No primeiro caso, quando os dois médicos atribuem diferentes causas de morte, o questionário é enviado para um terceiro médico. Nas situações de concordância na causa básica de morte em pelo menos duas leituras, essa será considerada como causa de morte. Os casos em que não exista concordância nas três leituras, serão classificados como causa não determinada.

A classificação das causas de morte é feita com base na 10.^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O SAV no Dande – Procedimentos gerais

O modus operandi da aplicação do SAV Dande

A fase de implementação no terreno do SAV decorreu entre Outubro de 2010 e Janeiro de 2011 e, desde então, tem sido uma plataforma permanente de recolha de dados no CISA

Depois de traduzidos, foram usados os QAV da OMS²⁶ para mortes neonatais (até 27 dias de vida), crianças (de 28 dias até 14 anos) e mortes maternas (mulheres dos 15 aos 49 anos de idade). Após um pequeno estudo piloto junto de unidades de saúde e população da área de estudo, os questionários sofreram algumas adaptações ao contexto local (terminologia local, sobretudo a nível das principais patologias).

A entrevista feita ao cuidador primário, na qual se aplica o questionário de AV (adequado à situação de óbito), é o momento preferencial de comunicação. É nesta interação entre inquiridor-cuidador primário que se realiza a tradução da sintomatologia pré-óbito de uma linguagem popular para uma linguagem e terminologia biomédica que posteriormente permitirá determinar as causas de morte mais prevalentes na população. No entanto, a obtenção de informação detalhada sobre sinais ou sintomas não é linear, pois cada cuidador primário toma em atenção sinais e sintomas diferentes e/ou enfatiza e/ou interpreta com maior veemência alguns em detrimento de outros. Esta ênfase pode estar relacionada com discursos adquiridos em ‘instituições’ biomédicas ou na rede social do entrevistado, como a causa de morte atribuível pela família ou a interpretação local do problema de saúde resultante de uma doença tradicional para a qual a biomedicina não trará justificação credível.

Apesar de se ter considerado a tradução dos questionários para quimbundo, o estudo piloto demonstrou que, na quase totalidade dos casos, os entrevistados apresentavam um domínio do português que lhes permitia responder ao questionário. Ainda assim, a equipa inclui sempre inquiridores que podem interagir no campo ou fazer entrevistas em quimbundo caso seja necessário.

26 – World Health Organization. 2007. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva, World Health Organization.

Durante a fase de implementação da AV, os questionários incluíam, na parte final, uma secção sobre acessibilidade aos cuidados de saúde, que tinha como intuito apreender as experiências durante o processo de doença e óbito com os serviços de saúde formais (centros de saúde e hospitais) e com a prestação de outros cuidados, como a automedicação e “cuidados tradicionais” e a sua relevância, caracterização e previsão de posterior uso. Esta secção foi inspirada no inquérito à mortalidade materna do Governo Provincial de Saúde de Luanda. Embora se tenha revelado útil, uma análise da relação entre a qualidade de informação recolhida e o tempo de aplicação dos questionários, levou a equipa a decidir diminuir esta última secção do questionário. A principal razão desta decisão teve a ver com o facto de a entrevista se tornar muito longa e haver interesse em privilegiar o tempo de resposta do entrevistado na descrição dos sinais e sintomas ligados à morte do seu familiar.

O(A) inquiridor(a)

O SAV baseia-se numa situação muito peculiar: uma entrevista feita por um estranho (inquiridor) que pretende obter informações sobre o processo de enfermidade e morte de um familiar do entrevistado que é, geralmente um ente querido. Desta forma, existe um conjunto de requisitos fundamentais que devem orientar a selecção dos inquiridores da AV:

- Selecção de **inquiridores sensíveis à situação de luto do entrevistado e que tenham experiências positivas na interacção com a população**. Deve optar-se preferencialmente por fazer a selecção dentro da comunidade local, valorizando interlocutores que consigam desenvolver uma forte empatia de forma a estabelecer uma comunicação frutuosa relativamente aos dados ‘exigidos’ nos QAV: sinais, sintomatologia e circunstâncias que precederam a morte. Esta é uma visão que é partilhada por inúmeros autores. A qualidade da informação recolhida é resultado da relação entre os intervenientes durante a entrevista para a aplicação do QAV.²⁷ Ou seja, a selecção e formação de pessoal local é um passo decisivo para a obtenção de dados fidedignos e um preenchimento preciso dos questionários, portanto, é central para a obtenção de bons resultados no SAV. Falar sobre a morte com alguém que perdeu um ente querido pode ser um processo doloroso, e é importante que o inquiridor tenha capacidade para perceber e respeitar a dor do entrevistado, interrompendo a entrevista se necessário e avaliando a possibilidade de continuar a conversa noutro momento;
- O inquiridor deve ainda ser capaz de ‘negociar’ e ‘traduzir’ conceitos e significados inerentes a cosmo e/ou visões etnomédicas díspares das que são basilares nos QAV (biomédicas). Esta **integração do conhecimento e representações culturais locais** é um aspecto fundamental na comunicação com a família do falecido e consequente preenchimento dos QAV, ou seja, mediar entre culturas locais e biomédica.
- Para além de partilhar a cultura local, o inquiridor deve ter, de preferência, alguma **experiência na aplicação de questionários ou entrevistas**. É preciso tomar em consideração que, por norma, o cuidador primário não tem um discurso linear e organizado como, por exemplo, um profissional de saúde ou como está plasmado num QAV. O inquiridor deve assim guiar de forma ‘natural’, e não impositiva, a conversa com o cuidador primário segundo as questões da AV, estando particularmente atento a incoerências que possam evitar erros no preenchimento do questionário. A partilha do jargão local referente à visão de saúde/doença/corpo/sintomatologia, facilita o diálogo com os familiares do falecido.

- O **inquiridor deve ter (boa) relação com as comunidades**. Reforça-se, por isso, que seja seleccionado dentro da comunidade/região, sendo desejável a validação por parte das autoridades locais – tradicionais e administrativas. O factor mais importante é a percepção positiva, por parte da comunidade, dos inquiridores. A qualidade das informações e consequente coerência dos questionários resulta também do grau de conhecimento de costumes, classificação local das enfermidades e tabus locais, algo facilitado pela inclusão nas equipas do SAV de inquiridores locais com boa empatia com as comunidades.
- O **inquiridor deve ter algum grau de literacia e domínio da língua local predominante**, devendo ser capaz de traduzir com elevado grau de confiança as línguas nacionais – na região do CISA predomina o quimbundo – para a língua dos questionários, neste caso o português.
- Apesar de relegada na literatura sobre AV, a **questão do género dos entrevistadores é importante**, nomeadamente para falar com mulheres. A selecção de mulheres para o trabalho de inquirição revelou-se importante na discussão de determinados tópicos relacionados com o parto, cuidados neonatais ou de crianças pequenas. Além do mais, o facto da maioria dos cuidadores primários serem femininos pode possibilitar uma maior empatia.
- **Pode ser vantajoso os inquiridores terem alguma capacidade de identificar sinais e sintomas**, devendo no entanto, alertar para não serem eles a estabelecerem diagnósticos *à priori* aquando do preenchimento dos questionários. Essa é, aliás, uma das razões que leva a que muitos grupos que implementam AV, seleccionem deliberadamente entrevistadores que não sejam da área da saúde, para não enviesarem as respostas dos entrevistados.

A implementação da AV no CISA beneficiou do facto de se ter já uma equipa de inquiridores experientes (do SVDS), com capacidade de manusear os questionários e facilidade de comunicação com a população (Figura 4). Para além disso, a sua já habitual presença no campo facilitou, em muito, a interacção com todos os agentes locais (coordenadores de bairro, comunidade e família enlutada).



Figura 3 – Trabalho de campo da equipa SAV – localização de agregados familiares (Fonte – CISA, 2014)



Figura 4 – Trabalho de campo da equipa SAV – aplicação de AV (Fonte – CISA, 2011)

Formação e manuais

Apesar do conjunto de premissas utilizadas para a identificação de inquiridores adequados, é importante notar que estas características não substituem a formação intensiva que se deve ministrar para este tipo de entrevistas e de trabalho. No CISA, os inquiridores seleccionados receberam formação específica em tópicos variados:

- Técnicas de entrevistas e de criação de empatia;
- Aplicação dos questionários;
- Jargão biomédico;
- Identificação do cuidador primário e abordagem pessoal;
- Aplicação do consentimento informado.

A formação deve ter como base material um manual de campo para os inquiridores. Este manual orienta o período de formação e serve de suporte posterior ao inquiridor, para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Deve incluir exercícios de *role play*, que permitam simular situações específicas que possam ocorrer no campo e preparar os inquiridores para a resposta adequada.

Deve, ainda, preparar os inquiridores para a leitura e manuseamento do questionário. Convém que no campo, a conversa com os cuidadores primários entrevistados seja o mais fluída possível.

Nestes termos, foi criado um manual que incorpora partes relacionadas com técnicas de entrevista, bem como a descrição relativa aos diferentes questionários de AV. O manual do CISA teve por base os publicados pelo *Sample Vital Registration with Verbal Autopsy (SAVVY)*^{28, 29}. As várias publicações disponíveis na *internet*, revelaram-se, à altura, das de melhor qualidade.

Apesar da formação intensiva que é dada durante as primeiras semanas dos inquiridores no terreno, é importante estes serem acompanhados por pessoal versado na aplicação de questionários de AV, pois a utilização do instrumento, já por si complexo, numa situação real é sempre mais difícil. A monitorização das primeiras acções de terreno é de extrema importância para um reforço dos aspectos positivos, para aferir da qualidade da informação recolhida e para corrigir aspectos menos conseguidos.

28 – USAID, 2007. Verbal Autopsy Interviewer Training guide, SAVVY Measure Evaluation, US Census Bureau, August 2007. Acessível em: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-07-26-VAI-TG.pdf>.

29 – *Op. cit* 28.

A família em luto

A literatura académica não apresenta regras esclarecidas e definidas sobre qual a melhor altura para efectuar as entrevistas de AV junto de familiares em luto. A literatura existente é omissa neste ponto, existindo exemplos onde as entrevistas são efectuadas dias depois do óbito até após 1 ano, existindo um estudo que reporta a realização de entrevistas até 5 anos após o óbito.

Aplicar o QAV pouco tempo após a morte pode não resultar, por recebermos respostas relutantes ou silêncios. Já a aplicação do QAV muito tempo depois pode levantar dúvidas quanto à sua validade, por resultar de respostas vagas, imprecisas, com poucos detalhes da sequência de acontecimentos para se definir a causa de morte.³⁰

O procedimento a seguir foi definido localmente, após os primeiros contactos com os entrevistadores, autoridades tradicionais e as primeiras acções de terreno. Porque é de extrema importância respeitar as tradições locais, somente após esta consulta se definiu o intervalo de tempo para intervenção da equipa de AV do CISA. Assim, para efeitos do protocolo aplicado no CISA, considerou-se o intervalo adequado para contacto com a família entre as 4 semanas, como o período mínimo de luto, e os 12 meses, como máximo.

A comunicação com as famílias enlutadas baseia-se na relação que os supervisores locais do SAV ou SVDS do CISA têm com informantes-chave (coordenadores de bairro, primeiro secretário, “mama” OMA – Organização da Mulher Angolana, etc.) presentes em cada comunidade/área. Esta ligação, constantemente reforçada, é central para o bom funcionamento do CISA, nomeadamente do SAV, permitindo que a aplicação dos questionários da AV seja efectuada.

Durante o período inicial do SAV, o CISA endereçou cartas aos chefes do agregado familiar em que ocorreu o óbito, exprimindo o pesar pela sua perda. Após o período de luto, segue-se uma abordagem para explicar o objectivo da entrevista e obter o consentimento da família ou do entrevistado, marcando-se o dia, hora e local para a sua realização.

A selecção do respondente, tal como a escolha do inquiridor, é também muito importante. Assim, foram estabelecidas regras claras, para que os inquiridores pudessem lidar com as mais diversas situações que emergem no terreno.

Na maioria dos casos, as mulheres são os elementos do agregado familiar que tomam conta dos enfermos. Estas constituem, assim, as melhores fontes de informação sobre problemas vivenciados. No caso do estudo efectuado inicialmente pelo Projecto CISA, que tinha como objecto de estudo neonatos e crianças, as mães eram elementos preferenciais a entrevistar, pois a proximidade durante o processo de morte permite obter relatos detalhados e exactos sobre sinais, sintomas e alterações do estado de saúde, principalmente se a doença for conhecida da população.

Se a mãe não estivesse presente, ou não pudesse falar por inúmeras razões, poder-se-ia considerar eleger outro familiar que tenha estado próximo do falecido antes da sua morte. Casos houve em que quem tomou conta do(a) falecido(a) foi a avó, o pai, ou irmã da mãe. No caso da morte dos adultos, os filhos, sobretudo mulheres, são maioritariamente os que se identificam como cuidadores primários do falecido.

O CISA tem dados tratados de 801 AV realizadas sobre 1.663 óbitos ocorridos entre Agosto de 2009 e Maio de 2014. Destas AV efectuadas 52% referem-se a óbitos de adultos,

45% de crianças e 3% de recém-nascidos. Dos respondentes, 560 (68%) são do sexo feminino, a maioria filho/a (44%) ou esposo/a (24%).

O questionário nunca foi aplicado a alguém estranho à família e que não tenha cuidado da pessoa que faleceu.

O número de recusas em responder ao QAV tem sido diminuto (6 no total: 3 em 2010, 1 em 2011, 1 em 2012 e 1 em 2014), o que é um excelente indicador da aceitação do SAV na comunidade, revelando compreensão dos objectivos da entrevista, abordagem positiva dos inquiridores e consideração pelo trabalho efectuado no âmbito do CISA.

Recolha de dados referentes aos óbitos ocorridos

A recolha de informação sobre óbitos ocorridos, para posterior aplicação de QAV e aferição da causa de morte, tem diferentes fontes:

- A identificação dos óbitos é efectuada no âmbito do SVDS. Através das rondas de actualização, isto é, visitas periódicas feitas pelos inquiridores aos agregados familiares, os inquiridores registam os eventos demográficos ocorridos – mortes, nascimentos e migrações. Esta é a principal fonte de informação que alimenta o SAV: 97,7% dos óbitos foram identificados por este meio .
- A juntar a estes dados recolheram-se também as fichas clínicas referentes a óbitos ocorridos no Hospital Geral do Bengo. Estas são analisadas e procura-se identificar os óbitos de pessoas que morreram e que pertencem à área de estudo, para posterior contacto das famílias e aplicação do QAV. O facto dos dados clínicos dos falecidos terem informação incompleta quanto às características sócio demográficos (nome completo, data de nascimento e morada), não tem permitido identificar muitos dos agregados familiares a que pertencem. O número de entrevistas que resultaram de informação decorrente das fichas hospitalares é, por isso, reduzido (0,6%).
- Por último, são feitas AV a óbitos reportados directamente na comunidade, por interlocutores privilegiados (*e.g.* coordenadores de bairro) ou pelas próprias famílias que querem integrar o estudo. Estas representam 1,7% das AV realizadas.



Figura 5 – Trabalho de campo da equipa SAV (Fonte- Jorge Varanda, 2010)

Figura 6 – Trabalho de campo da equipa SAV (2013)

Painel de peritos

Para o processo de implementação do SAV, há que decidir entre a constituição de um painel de peritos, ou seja médicos locais, para a análise dos dados recolhidos, ou pela utilização de algoritmos computacionais. Na primeira opção, um conjunto de médicos lê os questionários da AV e através do quadro de respostas, atribui prováveis causas de morte. O método dos algoritmos computacionais é menos pessoal e o diagnóstico é atribuído em função de leituras feitas pelo computador sobre as combinações de respostas que apontam para diferentes quadros clínicos.

Face à existência de profissionais médicos no HGB e no Centro de Investigação, decidiu-se em conjunto com a direcção do CISA e do HGB, optar pela leitura de questionários feita por médicos com conhecimento do contexto local e das principais patologias que afectam a população da área de estudo. Este método permite uma leitura mais aprofundada dos questionários. Veja-se, por exemplo, o caso da malária que está entre as principais causas de morte na região. Os sinais e sintomas da doença são difusos e uma leitura mais pormenorizada dos questionários poderia contribuir para melhor aferição das causas de morte.³¹

Assim, constituiu-se um painel integrado por três médicos com prática local que tem como função interpretar os dados recolhidos e determinar a(s) causa(s) de morte. Face à ausência de estudos de SAV em Angola, não foi requisito a participação prévia destes profissionais em estudos similares. Os contactos para formação e realização das primeiras avaliações dos questionários de AV durante o período do estudo piloto decorreram no Caxito

Depois de preenchidos pelos médicos, os modelos de atribuição de causas de morte, um responsável da área clínica da AV do CISA, tem como função fazer a revisão dos mesmos: verificar o seu adequado preenchimento e codificar as causas de morte de acordo com a CID 10.

A atribuição de diagnóstico e causa de morte provável varia em função do grupo de idade do falecido e respectivo tipo de questionário. Nas mortes ocorridas até aos 15 anos de idade (Grupos I e II, de recém nascidos e crianças, respectivamente), são consideradas múltiplas causas de morte e, por isso, codificadas todas as causas constantes no modelo de atribuição de causa de morte. Nas mortes ocorridas após os 15 anos de idade, é considerada apenas a causa básica de morte seleccionada de acordo com as regras de codificação.

Após as duas primeiras leituras, realizadas de forma independente por médicos diferentes (A e B), são enviados para terceira leitura (C) todos os questionários em que não há concordância em todos os diagnósticos. Depois de apurados os resultados de todas as leituras, as causas de morte são consideradas quando existe concordância de, pelo menos, duas leituras. No caso das crianças está previsto diagnóstico com causas múltiplas, no caso dos adultos será considerada unicamente a causa básica de morte. Os casos em que não existe concordância entre as três leituras, são classificados como “não concordantes”, e, portanto, causa indeterminada.

31 – *Op. cit.* 1 e 8.

Dowell, S., et al., 1993. The utility of verbal autopsies for identifying HIV-1-related deaths in Haitian children, in *AIDS*, Vol. 7, Issue 9, September 1993;

Todd, J. et al., 1994. The limitations of verbal autopsy in a malaria-endemic region in *Ann Trop Paediatr.* 14(1):31-6.

Considerações éticas

Em última análise a AV pode ser considerada útil pelos respondentes, pois permite o conhecimento das principais causas de morte que afectam a população numa dada área, a identificação de mortes evitáveis, a fundamentação de políticas de saúde públicas, entre outros. No entanto, tal não descarta ser uma situação 'tensão', onde o respondente revive momentos dramáticos já que tem que falar sobre aspectos relacionados com a morte de um ente querido. Assim, é importante que o respeito pelo respondente se coloque sempre acima do objectivo científico que subjaz a realização da AV.

Dessa forma, há um conjunto de considerações éticas que devem sempre orientar a implementação do SAV, designadamente:

- a) O respeito pelo período de luto: como referido, o período mínimo de luto intenta garantir respeito pelos familiares, tendo sido definido para este propósito um mínimo de 4 semanas antes da abordagem para realização da AV. Este intervalo foi discutido na comunidade e vai de encontro aos hábitos locais.
- b) O consentimento informado: para a realização da entrevista de AV é sempre obtido antes o consentimento informado da família enlutada. Este é baseado no princípio de respeito pelos indivíduos. O consentimento informado é escrito numa linguagem de fácil apreensão, explicando quais os objectivos do estudo e métodos empregues, as entidades envolvidas no estudo e a filiação institucional do inquiridor. Um questionário só é considerado válido após ter sido facultada esta informação ao participante e este ter assinado o referido consentimento informado. Caso o respondente não saiba ler ou escrever, o consentimento é-lhe lido pelo inquiridor que, após a concordância para participar no estudo pelo cuidador primário, recolhe a impressão digital do entrevistado.
- c) O carácter voluntário da participação: é referido a todos os cuidadores primários que a sua participação é voluntária e que terá o direito a recusar participar no estudo ou seja a retirar o seu consentimento a qualquer momento. Apesar das diferenças culturais, não foram encontrados casos onde fosse necessária a obtenção da permissão de líderes locais ou chefes de família, para além do consentimento informado da indivíduo que participou no estudo. Não são usados quaisquer mecanismos de indução para participação, negando assim qualquer tipo de exploração face a posições de vulnerabilidade existentes.
- d) A confidencialidade: um outro elemento fundamental garantido na participação das pessoas no SAV. A identidade dos participantes é garantida com a salvaguarda dos questionários num local seguro, não podendo as afirmações presentes neste instrumento serem fornecidas a terceiros sem o consentimento expresso do participante. Da mesma forma, garante-se a confidencialidade dos dados relativos aos sinais, sintomas e circunstâncias que antecederam a morte do falecido.
- e) O anonimato dos participantes tem de ser mantido até para investigadores que trabalham os dados, desde a fase de análise à publicação. Tal é efectuado através da não inclusão de qualquer informação identificativa, como nomes ou moradas, presente nos questionários, substituindo por casos numéricos, caso seja necessário uma análise mais individual e não colectiva, como é apanágio nas publicações sobre AV. Nestas últimas, se por ventura citações forem usadas, uma vez mais, estas não podem ser atribuídas aos participantes, tendo sim de estar codificadas mantendo-se, deste modo, o anonimato.

Um instrumento e os seus problemas

Apesar da utilidade deste instrumento para melhor compreender algumas das principais causas de mortalidade numa comunidade, este não está isento de problemas, pois o aferir de causa de morte é corolário de um processo longo e complexo. Neste processo intervêm diversos factores como: interpretações locais às causas de morte, respostas ao questionário de AV (QAV), recolha de material auxiliar, se existente (certidão de óbito, receituário médico) e o processo de análise, que poderá ser efectuado por um painel de peritos ou por algoritmos computacionais.³²

O facto de os questionários se centrarem em sinais, sintomas e no processo que levam à morte de um familiar, poderá levar a pensar que a AV é um instrumento objectivo, em função das reduzidas possibilidades de interpretações dúbias ou vieses. No entanto, a sua aplicação no terreno revelou o oposto. A obtenção de informação sobre sinais ou sintomas particulares que podem ser importantes para a determinação da causa de morte é tudo menos simples, pois a qualidade da informação e as interpretações da relevância de determinadas dados difere caso a caso e muitos quadros nosológicos apresentam-se com sinais e sintomas idênticos e, como tal, sem especificidade. O mesmo se verifica com as interpretações da relevância de determinados sinais e sintomas por parte do cuidador primário. Além disso, pretende-se ainda que durante a aplicação do questionário se concentre nos sinais e sintomatologias presentes no QAV e que se descartem discursos adquiridos em 'instituições' biomédicas – farmácia, centros de saúde e hospitais – resultantes da relação entre doente/familiares e médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar de saúde ou mesmo outros doentes e familiares.

Assim, para se obter uma lista referente a causas de morte houve que ultrapassar o encadeamento de vários processos que são propensos a enviesamentos. Almejou-se assim produzir resultados válidos e passíveis de replicação. Para se atingir esse objectivo foi preciso tomar em atenção questões operacionais como métodos de amostragem, tamanho desta *vis-à-vis* a população total, a recolha de dados qualitativos, informação biomédica, adaptação do SAV a situações específicas tendo em consideração questões culturais, epidemiológicas e administrativas presentes no terreno.³³

A experiência do CISA com o SAV

O Sistema de Autópsia Verbal é uma plataforma de recolha de dados fundamental para a investigação em saúde da população e suas necessidades e, possível, para a aferição das políticas de saúde. O melhor conhecimento das taxas de mortalidade e das principais causas de morte na área de estudo contribui para a definição de linhas de investigação a prosseguir e prioridades de actuação a nível nacional, provincial ou municipal da intervenção em saúde.

Em termos gerais, o SAV no CISA permite: um melhor conhecimento dos problemas de saúde da população do Dande; complementar os dados demográficos recolhidos pelo SVDS; produzir dados que possam ser utilizados pelo Governo Provincial de Saúde do Bengo e/ou MINSA na definição de políticas de saúde locais. Permite, ainda, a validação dos instrumentos SAV para obter resultados com a sensibilidade e especificidade adequadas a cada uma das causas de morte da população, de acordo com o consenso internacional.

32 – Chandramohan, D. *et al.* 1994. Verbal Autopsies for Adult Deaths: Issues in their Development and Validation, *in* Int. J. Epidemiol. 23 (2): 213-222.

33 – *Op. cit.* 25.

Para a implementação de um SAV em outras áreas, devem ser consideradas questões logísticas e composição de equipas que importa também mencionar para efeitos de eventual replicação.

A equipa deve ser constituída por: inquiridores (o número depende da dimensão da área e população e do número de AV a realizar); um supervisor para monitorizar e organizar o trabalho de campo; três ou mais médicos locais disponíveis para leitura de QAV e atribuição de causas de morte; e um clínico para revisão de diagnóstico, codificação das causas de morte e análise dos resultados obtidos. Os custos são os associados aos recursos humanos, transporte (viatura, manutenção, combustível e motorista) para os inquiridores, que estão permanentemente no campo e sempre a deslocar-se de casa em casa, bem como ao material logístico relativo aos questionários (material informático, papel, fotocópias, etc.) e à sua inserção e tratamento dos dados (computadores).

A dificuldade maior a assinalar refere-se à identificação dos óbitos, nomeadamente à fase prévia da implementação do SAV. Apesar do CISA beneficiar da existência de um SVDS com rondas de actualização regulares, o número de óbitos reportados é inferior ao esperado. Questões culturais podem estar na origem da omissão de óbitos aos inquiridores do CISA.

Ao nível do trabalho de campo, destacam-se as dificuldades comuns para realização de entrevistas específicas. Uma vez que a AV só pode ser aplicada ao cuidador primário, os inquiridores tendem a fazer várias visitas, até encontrar o respondente e poder entrevistá-lo. Um outro problema tem a ver com o facto de ser comum, na área de estudo do CISA, que a família do falecido mude de casa depois do óbito, tornando-se difícil a localização do cuidador primário para a realização da AV. Esta é, aliás, a principal causa de entrevistas não realizadas.



Figura 7 – Acidente rodoviário encontrado pela equipa SAV (Fonte- Jorge Varanda, 2010)

Resultados

A recolha e tratamento dos QAV produzidos no Sistema de Autópsia Verbal é permanente, no entanto, estes encontram-se ainda em fase de tratamento para posterior publicação. Contudo, alguns dados preliminares foram trabalhados, permitindo uma breve apresentação dos resultados obtidos até à data na área do CISA. O cariz exploratório desta investigação faz com que os resultados devam ser encarados cautelosamente, dado o reduzido número de mortes estudadas e a necessidade de validação desta metodologia no contexto Angolano.

Em 2014, a população da área de estudo do SVDS é composta por um total de 65.514 indivíduos, 33.669 mulheres e 31.845 homens (Tabela 1).

Entre Agosto de 2009 e Maio de 2014, foram identificados pelo CISA um total de 1.663 óbitos ocorridos na área de estudo do SVDS, sendo a maioria de indivíduos do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela n.º 1 - População na área de estudo em 2014

População	N	%
Homens	31.845	48,6
Mulheres	33.669	51,4
Total	65.514	100

Fonte: SVDS, CISA, 2014.

Tabela n.º 2 - Óbitos reportados na área de estudo entre Agosto de 2009 e Maio de 2014

População	N	%
Homens	761	54,3
Mulheres	902	45,7
Total	1.663	100

Fonte: SVDS, CISA, 2014.

A maioria dos óbitos identificados é de adultos (N=997; 59,9%), seguido de crianças (N=613, 36,9%) e, por último, de recém-nascidos (N=53; 3,2%) (Gráficos 1 a 3). No conjunto de todas as mortes, o número de mortes reportadas foi superior no sexo masculino (902, o equivalente a 54,2%).

Gráfico n.º 1
Óbito de adultos

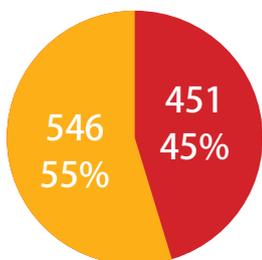


Gráfico n.º 2
Óbito de crianças

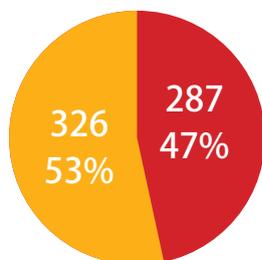
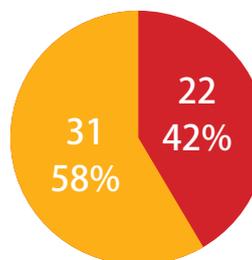


Gráfico n.º 3
Recém-Nascidos



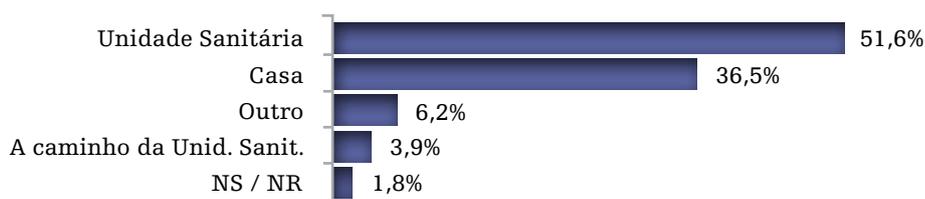
■ Femin. ■ Masc.

Fonte: SVDS, CISA, 2014.

Dos 1.663 óbitos sinalizados pelo SVDS, foram realizadas 942 Autópsias Verbais, valor que corresponde a 56,8%. A aplicação de Autópsias Verbais subdivide-se em 490 de adultos (49,1% do total de óbitos reportados em indivíduos com 15 ou mais anos), 403 de crianças (65,7% do total de óbitos entre os 28 dias e os 14 anos) e 49 de recém-nascidos (92,5% do total de óbitos até aos 27 dias). Das 942 Autópsias Verbais totais, a maioria foi analisada por médicos e tem diagnóstico de causa de morte atribuído 801 (85%), pelo que nos focamos nestas para apresentação dos resultados seguintes.

No que se refere ao local do óbito, nas AV efectuadas os resultados apontam para que mais de metade dos falecidos (51,6%) morreu numa unidade de saúde. Dentro destes, que morreram nas diversas unidades sanitárias, o Hospital Geral do Bengo é o local mais referido pelos familiares entrevistados (64%). Esta enumeração parece ser consentânea com o facto de este Hospital ser o mais importante na área de actuação do CISA, i.e. município do Dande. A juntar a este facto, pode-se ainda considerar que a população só tardiamente recorre a esta unidade no processo de morte.

Gráfico n.º 4 - Local do óbito



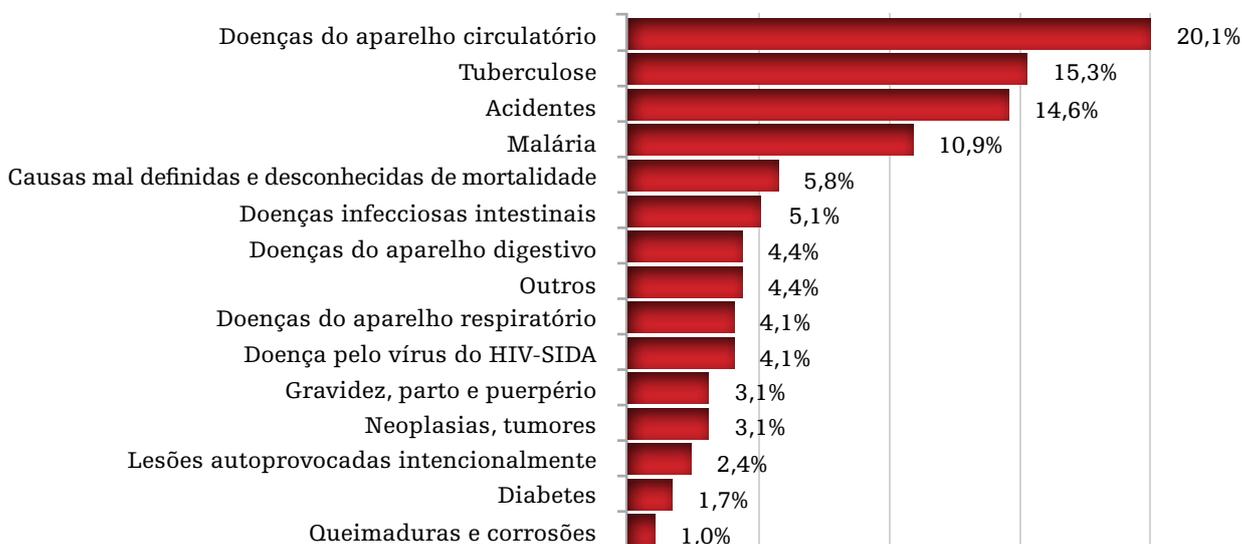
Fonte: SAV, CISA, 2014.

Das 801 OAV avaliadas pelos médicos em 658 (82,2%) houve concordância e não se verificando concordância em 143 (17,8%). Nos adultos (N=413), as principais causas de morte na área de estudo são as doenças do aparelho circulatório (20,1%), seguidas por tuberculose (15,3%), acidentes (14,6%), e malária (10,9%) (Gráfico 5).

O Ministério da Saúde de Angola, no *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS)* nota que o conhecimento da extensão do problema das doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, insuficiência renal crónica, tumores malignos, diabetes mellitus, doenças de nutrição e doença mental) é insuficiente. Embora o Sistema de Autópsia Verbal só esteja desenhado para aferir causas de morte de algumas destas nosologias, o facto das doenças do aparelho circulatório ser a primeira causa de morte de adultos reforça a necessidade de informação mais detalhada sobre este grupo de doenças, a influência que têm no dia-a-dia das pessoas e nas suas escolhas terapêuticas, bem como nas respostas que existem e exigem do sistema de saúde Angolano no seu todo e, em particular, em termos de recursos humanos de saúde, públicos ou privados.³⁴

A relevância das causas de morte por doenças infecciosas (doenças intestinais, doenças do aparelho digestivo e do respiratório), representando cada um destes grupos cerca de 4% das causas de morte adultas, não pode ser descurada, pois estas resultam amiúde de situações infra-estruturais de acesso a água potável, saneamento básico e/ou habitação condigna que, se melhoradas, são mortes facilmente evitáveis. É ainda de ressaltar que a causa de morte por HIV-SIDA na área de estudo é de cerca de 4%, o dobro das estatísticas nacionais apresentadas pelas mais diversas organizações Angolanas ou Internacionais (Gráfico 5).

Gráfico n.º 5 - Principais causas de morte de adultos no SAV Dande



Fonte: SAV, CISA, 2014.

34 – Ministério da Saúde de Angola, 2012, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitária 2012-2025, Luanda, Ministério da Saúde de Angola (MINSÁ - PNDS), pp. 28-29.

Conforme referido anteriormente, a dificuldade de atribuição de causas de morte é maior nos QAV de adultos (119 casos não concordantes, o correspondente a 28,8% dos 413 questionários com causa de morte atribuída). No caso das crianças, o peso das causas indeterminadas (causas de morte não concordantes) é menor.

O grupo de crianças, dos 28 dias a 14 anos (23 casos indeterminados, o correspondente a 6,3% do total de 363 com morte atribuída), apresenta como principais causas de morte as doenças infecciosas intestinais, a malária, a desnutrição e a influenza/pneumonia. Em conjunto, as duas primeiras (doenças infecciosas intestinais e a malária) correspondem a 2/3 (66,9%) das mortes nesta faixa etária. Este é claramente um problema de saúde pública passível de ser minorado com a melhoria das condições de vida das populações, maior facilidade de acesso a determinadas condições (água potável, estruturas de saneamento básico, habitação condigna que possibilite uma melhor protecção contra vectores) e, por isso, merece atenção especial por parte das autoridades sanitárias e administrativas Angolanas e/ou provinciais ou municipais (Gráfico 6).

Gráfico n.º 6 - Principais causas de morte de crianças (28 dias aos 14 anos) no SAV Dande



Fonte: SAV, CISA, 2014.

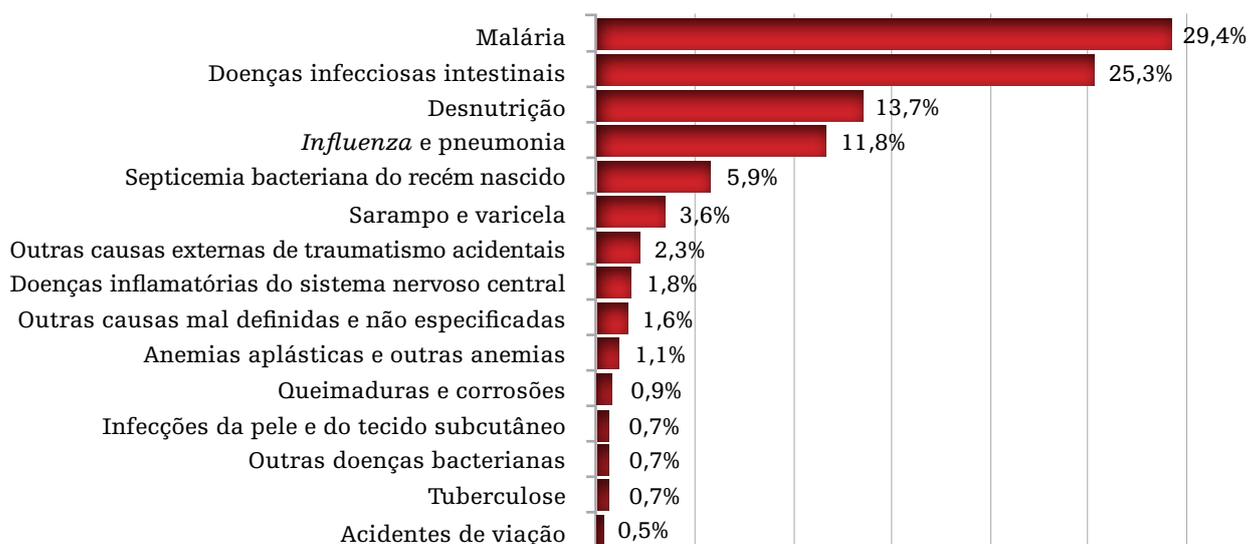
A elevada proporção de mortes até aos 5 anos de idade (36%), é característica de um País em Desenvolvimento e está de acordo com os dados de mortalidade disponíveis (OMS). À semelhança do encontrado em outros trabalhos, a malária foi a principal causa de morte entre os 0 e os 5 e também até aos 15 anos de idade. Outras causas de morte importantes foram as infecções intestinais, malnutrição e infecções respiratórias, sobretudo nos grupos etários mais jovens (Gráfico 7).

Em crianças com idades até aos 5 anos, as principais causas de morte são a malária (29,4%), as doenças intestinais (25,3%), a desnutrição (13,7%), influenza e pneumonia, doenças do trato respiratório (11,8%), sarampo e varicela (3,6%) e tuberculose (0,7%). Casos indeterminados são 25, o correspondente a 7,5% do total de 332 AV de crianças com causa de morte atribuída (Gráfico 7).

Uma breve comparação com o *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025* traz à luz algumas diferenças que, em futuros estudos, importa aprofundar as razões para tal.

O PNDS refere uma baixa na prevalência de malária entre 2006-2011 de 21% para 13%, mas refere que o número de óbitos por malária na faixa etária menores de 5 anos é de

Gráfico n.º 7 - Principais causas de morte de crianças até aos 5 anos



Fonte: SAV, CISA, 2014.

57% (MINSA - PNDS, 2012: 23-24). Os resultados preliminares do SAV do CISA confirmam a malária como a primeira causa de morte nesta faixa, mas o valor obtido foi de 29,4%, o que leva a inferir que poderá existir uma sobreavaliação no sistema de notificação governamental no que concerne aos óbitos referentes a malária como causa de morte.

No mesmo relatório, PNDS, as doenças infecciosas intestinais parecem estar subestimadas em termos de mortalidade, pois na categoria de doenças diarreicas agudas refere apenas 0,1% de mortalidade, bastante diferente do valor de 25,3% do SAV/CISA. No entanto, no que respeita a morbilidade, as incidências em Luanda e Huambo atingem valores de 25,2% e 26% respectivamente (MINSA – PNDS, 2012: 24). Para as doenças respiratórias agudas presentes e referidas no relatório em crianças com menos de 5 anos, a mortalidade referida é de 29,3%, bastante superior aos 11,8% encontrados pelo SAV do CISA. Esta diferença de realidades (valores da morbilidade *versus* mortalidade) pode estar associada a vários factores como: a fiabilidade dos diferentes sistemas de informação locais, os cuidados de saúde e o acesso diferenciado a estes. Esta é uma incógnita que exige um aprofundar da investigação nesta área para a melhor perceber a situação e consequentemente alterar tal realidade.

A percentagem de causas de morte por sarampo e varicela de 3,6% (Gráfico 7) está de acordo com o relatório acima referido que as situa nos 3% e que nota a existência de surtos epidémicos cíclicos de 2 a 4 anos, estando assim o município do Dande dentro do quadro apresentado de um surto no ano de 2011 (a nível nacional só a Província do Namibe ficou incólume). Apesar do MINSA referir que, em 2011, 88% de crianças foram vacinadas contra o sarampo,³⁵ estas acções devem ser reforçadas por forma a evitar estas mortes.

Um breve olhar para as principais causas de morte de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) mostra diversos pontos importantes (Gráfico 8). Por um lado, a centralidade das doenças do aparelho circulatório, que também afecta mulheres com uma forte acuidade (27,1%), o peso da segunda causa de morte, a tuberculose, que com 11,6% ultrapassa a malária que se situa em terceiro lugar com 10,1%. A quarta causa de morte, acidentes com 9,3%, revela o impacto no tecido social de uma sociedade que de momento apresenta uma forte pulsão de desenvolvimento. Dito isto, a elevada dimensão da morte materna 7% e a morte por SIDA (6%, bastante acima da incidência estimada de 2%) são factos que enfatizam que o trabalho para a melhoria das condições de saúde é longo e nunca está acabado.

35 – *Op. cit.* 34. P. 47.

Gráfico n.º 8 - Principais causas de morte de mulheres dos 15 aos 49 anos



Fonte: SAV, CISA, 2014.

Uma das situações alvo de particular atenção são as mortes maternas, dada a alta mortalidade que o país apresentava nas últimas décadas. A taxa de mortalidade materna (TMM) é o número anual de mortes ocorridas durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local de gravidez, por 100.000 nascidos vivos, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas excluindo causas acidentais.

Em 1993, a estimativa do Governo de Unidade e Reconciliação Nacional (GURN) era de 1.281 mortes maternas por 100.000 nados vivos, resultado de um estudo efectuado em Luanda³⁶, valor que em 2003 apontava para uma taxa de mortalidade materna de 1.400 a 1.700.³⁷ No PNDS refere-se que a mortalidade materna em 2000 era de 1.400, notando-se uma baixa para 450 num espaço de uma década.³⁸ Esta baixa impressionante ficou um pouco aquém de um 'objectivo ambicioso' que era de 350.³⁹ Uma previsão que já em 2005 se notava que:

Dada as tendências e políticas actuais, é improvável que se cumpra o objectivo. ... A média da SADC, de 560, é um objectivo mais realista, desde que o governo e seus parceiros possam aumentar gradualmente o investimento em infra-estruturas físicas e formação de pessoal para acelerar a implementação do plano nacional mencionado acima.⁴⁰

Em 2012, o MINSA delineou para marcas exigentes com o intuito de cumprir o ODM 5 meta 6 de redução para $\frac{3}{4}$ a taxa de mortalidade, e assim para reduzir-se, em 2015, para 250 mortes e, em 2025, para 150.⁴¹

A explicação da subida das taxas de mortalidade materna entre os anos 1980-2000 colocava o ónus nas populações – pela sua deslocação, o contexto de pobreza em que viviam,

36 – Governo de Unidade e Reconciliação Nacional, 2000, *Relatório de Seguimento das Metas da Cimeira Mundial pela Infância*, Luanda, p. 11. (GURN - *Relatório pela Infância*).

37 – Governo de Angola e PNUD, 2005. *Angola - Objectivos do Desenvolvimento do Milénio*, Ministério do Planeamento, Luanda. Gov. (Angola & PNUD, 2005).

38 – *Op. cit.* 34. P. 44.

39 – “O Ministério da Saúde está a implementar o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Reprodutiva 2002-2006, com o objectivo principal de baixar a taxa de mortalidade materna para 350. O objectivo é ambicioso.” *Op. cit.* 37, P. 19.

40 – *Op. cit.* 37, P. 19.

41 – *Op. cit.* 34. P. 44.

a elevada taxa de fertilidade em que “em média, uma mulher angolana passa por sete gravidezes durante a sua vida”⁴² e um fraco recurso (2,8%) a métodos contraceptivos⁴³. Com o fim da guerra surge uma “nova” realidade: a de que em 2003 apenas 22,5% das mães Angolanas tinham nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado, *versus* uma média Subsaariana de 41%. Uma leitura atenta ao relatório do GURN de 2000, que inclui o Inquérito de Indicadores Múltiplos realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 1996, apreende-se que pouco de novo há nesta análise:

De acordo com o MICS [1996], a maioria das mulheres angolanas em idade reprodutiva (63,5%) fez pelo menos uma consulta pré-natal durante a última gravidez anterior àquele inquérito, com vantagem para as mulheres da área rural. É necessário ressaltar que a dificuldade de identificação de gravidezes de risco durante a fase pré-natal representa um dos principais factores que concorrem para a mortalidade materna.. Uma reduzida proporção dos partos (22,5%) foi atendida por profissionais de saúde e a grande maioria dos partos têm lugar em casa. A falta de acesso aos serviços básicos de obstetrícia e os riscos de infecção devidos aos problemas de higiene domiciliar constituem um dos principais factores que concorrem para a elevada taxa de mortalidade materna. A nível nacional, cerca de 83% dos partos ocorreram em casa, com 72% nas áreas urbanas e 91% nas áreas rurais, em 1996.⁴⁴

Em 2005, Governo de Angola em conjunto com PNUD definia como prioridade o desenvolvimento de infra-estruturas físicas para minimizar distâncias e melhorar o acesso aos serviços de saúde para a maioria da população, a par de investimento na capacitação das comunidades através de IEC (Informação, Educação e Comunicação) e outras formas de educação social.⁴⁵ Nesta última década verificaram-se melhorias significativas: 1.400 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2001, 610 em 2008 a 450 em 2010. Além disso, o MINSA refere ainda que: “47% das mulheres efectuaram pelo menos, 4 consultas pré-natais”. Este mesmo inquérito revelou que 42% dos partos tiveram lugar numa instituição de saúde, principalmente pública, e 49% dos partos foram assistidos por profissionais qualificados.⁴⁶ No entanto, apesar de haver um sistema de notificação de mortalidade materna, será de esperar que este sistema nos partos em casa não tenha a mesma acuidade que em unidades de saúde. Com um total de mortes maternas 3,600 em 2013⁴⁷ seria de considerar a pertinência de desenvolver mais esforços para melhor apreender a realidade nas áreas rurais e peri-urbanas onde ocorrem a maioria dos partos em casa e sem assistência de profissionais treinados e equipados.

Estudos comparativos sobre os serviços de saúde em Luanda e Uíge mostram que apesar destas modificações importantes, há ainda espaço para mais melhorias para minorar a mortalidade materna. Um destes estudos mostra que a utilização de cuidados pré-natais é alta nestas duas cidades, mas enquanto Luanda apresenta 83% de partos em unidades de saúde, Uíge fica pela quase metade deste valor, com 43%.⁴⁸ As justificações locais referem paradoxalmente a “longa distância de viagem” (23%), de ser “mais confortável dar à luz em casa” (16%) e a “tradição” (13%), sem alguma vez se especificar o que localmente se entende por tal. Esta é uma temática que requer mais estudos qualitativos, e menos baseados em inquéritos, pois, por exemplo, metade dos 999 agregados familiares abordados nestes

42 – *Op. cit.* 37, P. 19.

43 – *Op. cit.* 37, P. 20, onde se pode ler: “Relativamente aos dados sobre Planeamento Familiar pode concluir-se que existe um fraco recurso a métodos contraceptivos, com uma cobertura estimada em 2,8% (DNSP, Plano Estratégico Nacional 2002-2007).”

44 – *Op. cit.* 36, P. 14.

45 – *Op. cit.* 37, P. 19.

46 – *Op. cit.* 34, P. 47.

47 – Countdown to 2015 – maternal, newborn and child survivor – Angola Factsheet. Acessível em: <http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/angola>.

48 – Mæstad, O., Frøystad, M. e Nohra Villamil, 2011. Grandes desigualdades regionais nos serviços de saúde em Angola. *in* CMI – Angola Brief, May 2011 Volume 1 N.º 4.

estudos situava-se em zonas contíguas às unidades hospitalares e o resto a menos de 5km, questionando-se assim a ideia de dificuldade no acesso às unidades de saúde. Seria assim melhor considerar as percepções locais sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados ou da patrilocalidade que continua a ter forte influência nas relações de poder dentro-de-casa. Em 2012, no segundo estudo de seguimento, revela-se com maior detalhe a necessidade de melhorar o número e a qualidade das unidades de saúde e pessoal de saúde especializado, bem como a falta de medicação, nomeadamente nas áreas rurais da província do Uíge.⁴⁹

As orientações da PNDS para “Angola 2025” reflectem em Programas, Subprogramas e Projectos prioritários, entre muitos outros objectivos, a redução substancial da mortalidade materna no 1.º – Programa de prevenção e luta contra as doenças. O *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025* aponta claramente para a situação vivenciada pelas pessoas no terreno:

“Apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde globais do País, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, persistência de surtos de Cólera, Raiva e Sarampo, e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência. As doenças transmissíveis, ainda são responsáveis por mais de 50% dos óbitos registados na população.”⁵⁰

Como acima descrito, é assim exemplificada a importância de um instrumento como o SAV do CISA, por permitir caracterizar e quantificar algumas das patologias mais prevalentes. Alguns exemplos em determinados grupos populacionais são paradigmáticos – a desnutrição em crianças com menos de 5 anos, ou na população em geral, como são as três primeiras causas de morte para adultos – doenças crónicas não transmissíveis; tuberculose e acidentes.

Os resultados preliminares do SAV para crianças com menos de 5 anos revelam que a desnutrição é a terceira causa de morte (13,7%), enquanto para adultos as doenças crónicas não transmissíveis e os acidentes, com valores de 20,07% e 14,63%, são respectivamente a primeira e terceira causa de morte na população adulta. Angola propõe-se criar um “*Programa Nacional de Doenças Crónicas não Transmissíveis*”, para coordenar acções de promoção de saúde, prevenção da doença e elaborar instrumentos normativos de diagnóstico e tratamento destas doenças.”⁵¹ Face a isto, o CISA promoveu já estudos que contribuem para o conhecimento da real dimensão do problema e como este é ‘tratado’ nas unidades de saúde, bem como esses são geridos pelos doentes e famílias. Dados publicados em 2013 apontam para uma prevalência de hipertensão de 23% entre a população adulta, com níveis crescentes de excesso de peso e obesidade abdominal.⁵² Encontram-se ainda em preparação novos artigos sobre as doenças cardiovasculares e factores de risco associados, que irão trazer evidência a este problema emergente de Saúde Pública.

O PNDS 2012-2025 não apresenta informação relativa à mortalidade referente à tuberculose, afirmando-se que a situação é mais problemática entre 15-45 anos e que apresenta uma taxa de cura de 45%. A tuberculose, como segunda causa de morte entre adultos, e marcando presença como causa de morte nas populações 28 dias a 14 anos com 0,6% de mortalidade, dá visibilidade em termos de mortalidade a um problema de que o MINSA está ciente da sua existência: “*A tuberculose é, actualmente, um dos mais*

49 – Sjurssen, I.H., 2012. Angola health survey: Opportunities to reduce maternal and newborn mortality in CMI – Angola Brief, June 2012 Volume 2 N.º 3.

50 – *Op. cit.* 34. P. 9.

51 – *Op. cit.* 34. P. 47.

52 – Pires, J. *et al.*, 2013. Hypertension in Northern Angola: prevalence, associated factors, awareness, treatment and control in BMC Public Health;13:90.

graves problemas de saúde pública em Angola, assumindo proporções de uma autêntica emergência nacional."⁵³

Quanto aos acidentes, que o SAV do CISA demonstra ser uma das causas de morte mais relevantes entre os adultos (14,6%), entre as mulheres (9,3%) e, embora, com percentagem ainda reduzida (0,5%) entre as crianças 28 dias-14 anos, merecem uma maior atenção por parte das autoridades, para além da menção de necessitar um maior financiamento para sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.⁵⁴

Este trabalho constitui um estudo exploratório numa área onde o conhecimento das causas de morte é escasso, sugerindo-se por isso que o estudo se prolongue por um maior período de tempo e se concretize a definição de um estudo de validação.

Contudo, como os exemplos apontados são coerentes e até reforçam o diagnóstico geral feito pelo MINSA, podemos concluir da sua pertinência e da sua utilidade, que justificam que o SAV seja alargado a outras áreas, enquanto Angola não poder usufruir de um sistema de informação vital nacional.

Os resultados encontrados sugerem um elevado peso da mortalidade até aos 5 anos de idade, por causas de morte potencialmente evitáveis, justificando-se os investimentos nos programas prioritários de redução da mortalidade, que são paradigmáticos e internacionalmente aceites, nomeadamente através da vacinação gratuita, universal e obrigatória, fornecimento de água potável e saneamento básico, protecção e luta contra os vectores e do diagnóstico e tratamento precoce das infecções mais frequentes.

Ao mesmo tempo, o elevado peso das doenças cardiovasculares em adultos apontam para a necessidade de desenvolver programas de saúde direccionados a doenças crónicas, além dos programas dirigidos as doenças infecciosas.



Figura 8 – Exemplos de habitações existentes no município do Dande (Fonte - Jorge Varanda, 2010)

Este quadro geral aponta ainda para uma fase de transição epidemiológica que, segundo o coordenador da Sociedade Angolana de Medicina Tropical (SAMTROP), Prof. Dr. Josenando Teófilo, traduz a tendência da mortalidade registada a nível nacional: *“Angola está numa fase de transição epidemiológica em que o peso das doenças transmissíveis está em regressão, enquanto as não transmissíveis em franco aumento, obrigando os governos a fazer face a esta dupla problemática do quadro nosológico.*”⁵⁵ Esta fase, como o próprio MINSA nota, tem ‘consequências’ que vão para além da cobertura sanitária e incluem uma dotação e formação dos recursos humanos para estas novas etiologias e, em última análise, à melhoria das condições de vida da população reflectindo-se no acesso à água potável, saneamento básico e energia.⁵⁶

53 – *Op. cit.* 34. P. 24.

54 – *Op. cit.* 34. P. 75.

55 – Abertura do II Congresso Nacional de Medicina Tropical de Portugal, organizado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

56 – *Op. cit.* 34. P. 9



República de Angola
Ministério da Saúde



República de Angola
Governo Provincial do Bengo



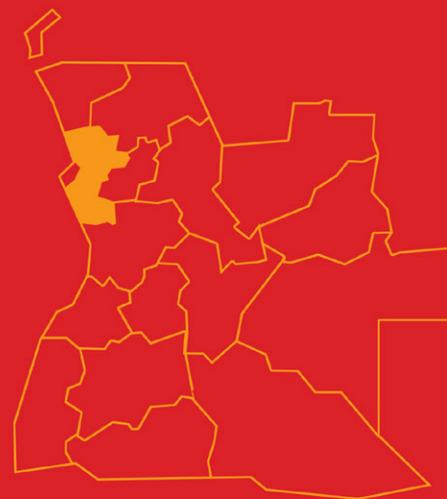
COOPERAÇÃO



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN



Apoios:



O Projecto CISA “Criação de um Centro de Investigação em Saúde de Angola”, resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde de Angola, o Governo Provincial do Bengo, o Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. e a Fundação Calouste Gulbenkian, e tem como finalidade desenvolver a investigação na área da Saúde.

Iniciado em 2007, integra três plataformas de recolha de dados – demográficos, de mortalidade e morbilidade – que permitem a realização de estudos epidemiológicos transversais. Estes estudos pretendem contribuir para uma melhor compreensão da realidade epidemiológica do país e construção de orientações metodológicas ao nível da resolução dos problemas de saúde das populações.

PROJECTO CISA
Hospital Geral do Bengo
Caxito
Angola

Backoffice
Fundação Calouste Gulbenkian
Avenida de Berna, 45 A
1067-001 Lisboa
Portugal

E-mail: info@cisacaxito.org

www.cisacaxito.org