

Óbitos desassistidos no Rio de Janeiro. Análise do excesso de mortalidade e impacto da Covid-19

Destaques

Nos meses de abril e maio de 2020, houve um aumento significativo do número total de óbitos em diversas áreas do Brasil, notadamente nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e Campinas, São Luiz do Maranhão, Belém do Pará, Fortaleza no Ceará e Manaus no Amazonas. Este padrão coincide com as curvas de mortalidade por Covid-19, que apontavam já no início da pandemia estas cidades como epicentros da transmissão.

No entorno do Rio de Janeiro também houve um excesso significativo de óbitos em relação a anos anteriores, observado mesmo com atraso de dados relativos à mortalidade. Nos meses de abril e maio de 2020 foram contabilizados cerca de 7.400 óbitos em excesso, em relação ao valor esperado verificado em anos anteriores. No mesmo período, o município notificou 5.600 óbitos por Covid-19, que seria responsável por 75% do excesso de óbitos no período.

Nos meses de abril e maio de 2020, houve um aumento de 55% dos óbitos ocorridos em hospitais, 110% de óbitos em outros estabelecimentos de saúde e 95% dos óbitos nos domicílios, quase o dobro dos valores esperados, o que revela não só a saturação da capacidade de hospitais, mas falhas graves de diagnóstico e tratamento oportuno de pessoas nas unidades básicas de saúde, bem como a desassistência de pessoas que sequer tiveram acesso aos serviços de saúde.

Também algumas doenças crônicas, como respiratórias, cardiovasculares e metabólicas podem ter sido agravadas diretamente ou indiretamente pela pandemia. A infecção pelo vírus da Covid-19 pode ter maior gravidade nestes portadores de doenças crônicas, como as diabetes, cardiopatias e insuficiência respiratória. Ao mesmo tempo, doentes crônicos podem não ter obtido a atenção necessária na rede de atenção básica e encaminhamento para hospitais, que estavam com sua capacidade de atendimento saturada.

O aumento expressivo de óbitos ocorridos em domicílios, sem assistência médica e por causas mal definidas revelam um quadro de desassistência geral nos primeiros meses da pandemia, o que não se restringe aos hospitais especializados, mas principalmente à rede de atenção básica e ao sistema de vigilância em saúde – serviços de primazia do SUS - que devem ser reforçados nos próximos meses sob pena de se magnificar os impactos diretos e indiretos da pandemia no país.

Um dos métodos que vêm sendo empregados para avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 em todo o mundo tem sido o cálculo do excesso de mortalidade, isto é, a diferença entre o número de óbitos observado durante a pandemia e o número esperado segundo uma série histórica. Esta metodologia envolve algumas polêmicas, ao não consideram a causa do óbito. Nem todos os óbitos ocorridos neste período seriam decorrentes da infecção e adoecimento pela Covid-19. Alguns desses óbitos podem ser causados pelo agravamento das condições de saúde de portadores de doenças crônicas, vítimas de acidentes ou pacientes que requerem serviços de urgência, que não encontram atendimento na rede de saúde, sobrecarregada pela própria pandemia. Outra questão não menos importante é a dificuldade de diagnóstico, tanto de Covid-19, quanto para outras doenças, o que poderia, ao mesmo tempo, subestimar o número de óbitos confirmados e superestimar o número de casos suspeitos de Covid-19. Estas polêmicas têm sido levantadas pela imprensa e aparecem também na forma de boatos nas mídias sociais, muitas vezes com acusações a profissionais de saúde ou gestores de manipulação da causa dos óbitos¹.

Esse estudo faz parte do esforço de monitoramento da pandemia e suas diversas manifestações epidemiológicas no Brasil realizado no âmbito do MonitoraCovid-19. Esse sistema integra dados sobre o novo coronavírus no Brasil e no mundo com objetivo de oferecer a autoridades de saúde, pesquisadores e à sociedade em geral um retrato em tempo real da epidemia no país, por estados e por municípios, e também em outros países.

¹ Software das UPAS obrigam registro de coronavírus - É FAKE NEWS!
<https://www.saude.gov.br/artigos/1361-fake-news/46778-software-das-upas-obrigam-registro-de-coronavirus-e-fake-news>

O excesso de mortalidade no Brasil

Os dados de mortalidade foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 22 de maio de 2020. Esses registros apresentam atrasos de alguns dias ou meses, dependendo das secretarias municipais e estaduais de saúde, que coletam, criticam e consolidam os dados que são gerados em estabelecimentos de saúde, IML (para óbitos ocorridos em via pública ou no domicílio) ou cartórios do registro civil. Uma das primeiras tarefas, neste caso, é avaliar a cobertura dos registros em cada UF, comparando o número de registros de mortalidade em abril e maio de 2020 com os mesmos meses dos anos de 2015 a 2019. As UFs com menos de 50% dos registros esperados para estes meses não foram consideradas nas análises.

O mapa (figura 1) mostra as áreas com excesso de mortalidade² no Brasil nos meses de abril e maio de 2020.

² O excesso de mortalidade, neste caso, foi calculado comparando-se o número de óbitos registrado em abril e maio de 2020 com a série histórica destes registros mensais de 2017 a 2019, usando o programa Satscan com modelo de análise de permutação (<http://www.satscan.org/>).

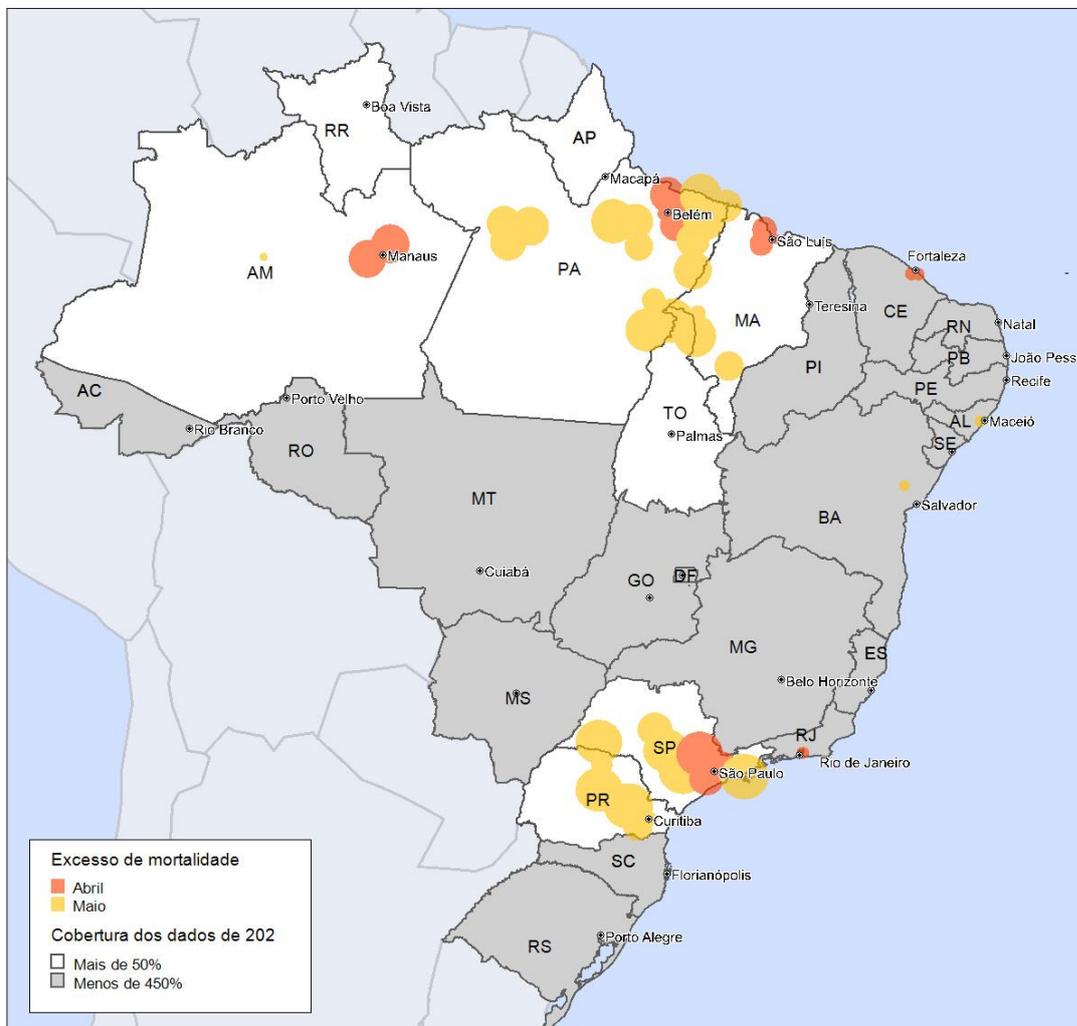


Figura 1: Áreas que apresentaram um excesso estatisticamente significativo nos estados do Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Maranhão, Tocantins, São Paulo e Paraná. Nos demais estados não foi possível realizar a análise devido ao atraso na disponibilização de dados.

É possível identificar que já no mês de abril, alguns estados apresentaram um excesso no número de óbitos, como a Região Metropolitana de São Paulo e Campinas em São Paulo, São Luiz no Maranhão, Belém no Pará e Manaus no Amazonas. Apesar do atraso no envio de dados de mortalidade nos estados do Rio de Janeiro, Bahia, Alagoas e Ceará, foi possível também identificar

um excesso de mortalidade nas áreas entorno da cidade do Rio de Janeiro, Feira de Santana, Maceió e Fortaleza, respectivamente.

No mês de maio há um notável espalhamento de áreas com excesso de mortalidade em direção a cidades do interior destes estados, com destaque para os estados do Paraná e São Paulo, bem como no Pará, Maranhão e Tocantins, alcançando não só a Região Metropolitana de Belém, mas a região do Tapajós e o Bico do Papagaio (entre Maranhão, Tocantins e Pará).

No total, foram registradas nessas áreas 80.008 óbitos, quando o esperado seriam 48.632 óbitos se mantidos os padrões dos anos anteriores, o que envolve 955 cidades. Destacam-se as áreas em torno de Manaus, Belém e São Luiz, que tiveram mais do que o dobro de óbitos em relação ao valor esperado. Já as áreas em torno das cidades de São Paulo e Campinas tiveram mais de 50% de excesso de mortalidade.

Qual foi o impacto da Covid-19 na mortalidade no Rio de Janeiro?

A figura 2 mostra o aumento no número total de óbitos no município do Rio de Janeiro em 2020, comparado com os três anos antecedentes.

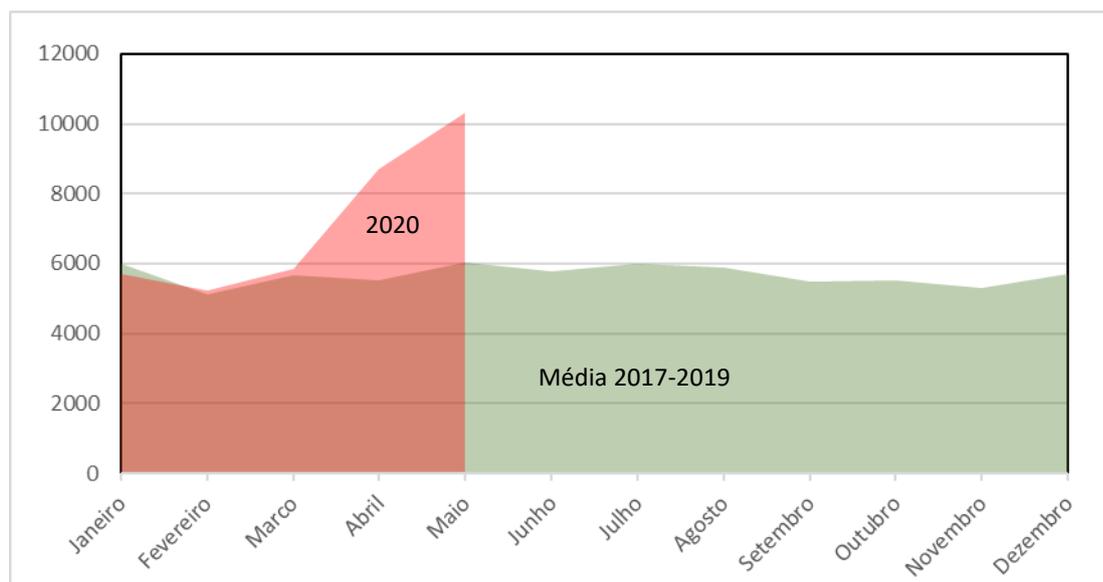


Figura 2: Comparação entre o número de óbitos registrados no município do Rio de Janeiro no ano de 2020 (até maio) e a média dos anos anteriores (2017 a 2019). Fonte de dados: Tabnet da prefeitura <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>, acessado em 2 de julho de 2020.

Observa-se na figura um aumento desproporcional do número de óbitos em 2020, a partir de abril. O município do Rio de Janeiro vinha mantendo uma média mensal de 5.770 óbitos para os meses de abril e maio e nos meses de abril e maio de 2020 registrou 8.692 e 10.314 óbitos, respectivamente, representando um excesso de aproximadamente 7.400 óbitos em abril e maio. Durante esse período, o município do Rio de Janeiro reportou um total de óbitos por Covid-19 (confirmados) de 2.439 em abril e 3.173 em maio, perfazendo um total de 5.612 óbitos. O volume de óbitos por Covid-19 explicaria, portanto, cerca de 75% dos óbitos ocorridos em abril e maio. Outros 25% seriam decorrentes de impactos secundários da pandemia, como a exacerbação de doenças crônicas, a dificuldade de acesso a serviços de saúde para atendimento de emergências, bem como outras manifestações clínicas da Covid-19 não diagnosticadas como tal, como infartos e problemas respiratórios³.

A figura 3 mostra o aumento no número total de óbitos no município do Rio de Janeiro em 2020, somente considerando as causas de mortalidade mal definidas, comparado com os três anos antecedentes.

³ Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-April 2020. JAMA. Published online July 01, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11787

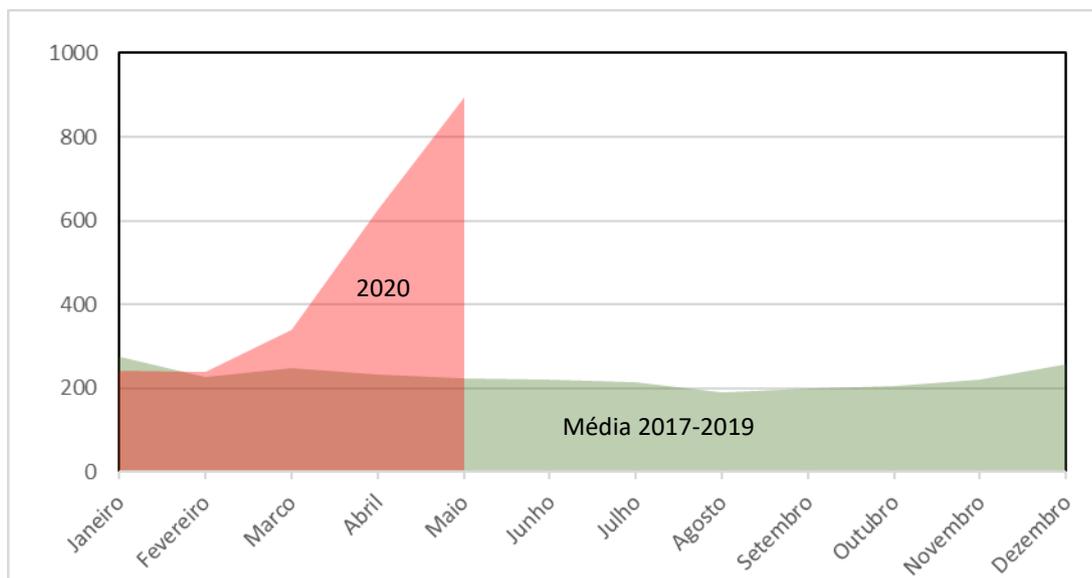


Figura 3: Comparação entre o número de óbitos registrados no município do Rio de Janeiro no ano de 2020 (até maio) e a média dos anos anteriores (2017 a 2019) para causas mal definidas (Capítulo 18 da CID-10: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte).
 Fonte de dados: Tabnet da prefeitura <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>, acessado em 2 de julho de 2020.

Esse excesso de óbitos é mais evidente quando consideradas somente as causas mal definidas (sem diagnóstico). A média histórica é de 220 óbitos mensais, e nos meses de abril e maio foram registrados 625 e 895 óbitos por causas mal definidas, respectivamente. Esses valores indicam um excesso de mortalidade de 1.080 óbitos com causas mal definidas, sem diagnóstico definitivo, que pode ser resultado de diversas doenças.

Mudanças do perfil da mortalidade em 2020

A tabela 1 detalha o excesso de óbitos por causa básica, segundo capítulos da CID-10.

Causa (Capítulo da CID10)	Hospital	Outros Estabel.de Saúde	Domicílio	Via Pública	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5185	1010	110	1	6353

II. Neoplasias (tumores)	-526	0	165	0	-371
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-14	6	5	0	-4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	16	65	112	1	208
V. Transtornos mentais e comportamentais	15	-4	16	0	25
VI. Doenças do sistema nervoso	-44	8	48	1	26
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-392	21	368	-1	-20
X. Doenças do aparelho respiratório	323	272	31	-2	628
XI. Doenças do aparelho digestivo	-110	-5	1	0	-117
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-20	-5	3	0	-22
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-7	-2	6	0	-2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-151	9	21	0	-121
XV. Gravidez parto e puerpério	17	1	-1	0	17
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-19	-2	-2	1	-20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-33	-1	-1	0	-36
XVIII. Sintomas e sinais e achad anorm exames clín e laborat	268	229	513	24	1066
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-120	1	3	51	-203
Total	4389	1603	1397	74	7409

Tabela 1: Excesso de óbitos registrados no SIM do município do Rio de Janeiro em abril e maio de 2020 em relação ao período anterior (2017 a 2019), segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10). Fonte de dados: Tabnet da prefeitura <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>, acessado em 2 de julho de 2020.

Foram contabilizados cerca de 7.400 óbitos a mais que o esperado nos meses de abril e maio de 2020. Para alguns grupos de doenças, observou-se um decréscimo no número de óbitos, como as neoplasias, doenças do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário e as causas externas, entre as quais se incluem os acidentes, homicídios e suicídios. Houve um grande acréscimo no número de óbitos por doenças infecciosas, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças respiratórias e causas mal definidas. Somente no grupo de óbitos por doenças infecciosas houve um aumento de cerca de 6.300 óbitos nos meses de abril e maio de 2020, a maior parte destes classificados como “doenças infecciosas, outras e as não especificadas” (B34).

Foi observado um aumento expressivo no número de óbitos por causas mal definidas⁴. Este grupo de classificações vinha mantendo uma média de 220 óbitos por mês ao longo do período estudado e aumentou para uma média de 750 nos meses de abril e maio de 2020.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como diretriz o uso dos códigos de emergência U07.1 e U07.2 para a classificação de óbitos por Covid-19⁵. No entanto, não foram encontrados registros no SIM do Rio de Janeiro até maio de 2020 com esta classificação de causa básica. Considerando os dados de óbito que têm sido divulgados, os registros de Covid-19 foram atribuídos a CID B34.2 (Infecção por corona vírus de localização não especificada).

⁴ . O capítulo 18 da CID-10 reúne um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos ou não classificados, que envolvem o aparelho circulatório e respiratório (R00 a R09), aparelho digestivo e ao abdome (R10 a R19), tecido subcutâneo (R20 a R23), sistemas nervoso e osteomuscular (R25 a R29), aparelho urinário (R30 a R39), sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), relativos à fala e à voz (R47 a R49), sintomas e sinais gerais (R50 a R69), achados anormais de exames de sangue, sem diagnóstico (R70 a R79), de exames de urina sem diagnóstico (R80 a R82), de outros líquidos, substâncias e tecidos do corpo, sem diagnóstico (R83 a R89), exames para diagnóstico por imagem e em estudos de função, sem diagnóstico (R90 a R94) e principalmente as causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (R95 a R99).

⁵ Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak

<https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/#:~:text=The%20COVID%2D19%20disease%20outbreak,19%20confirmed%20by%20laboratory%20testing> .

Observa-se que houve um excesso no número de óbitos registrados em abril e maio, tanto em hospitais (4.389), outros estabelecimentos de saúde (1.603) e em domicílios (1.397). O município do Rio de Janeiro apresenta uma média mensal histórica de cerca de 700 pessoas que falecem nos domicílios, de um total de 5.770 óbitos médios mensais, cerca de 12%. Nos meses de abril e maio de 2020, foram registrados 2.864 óbitos ocorridos nos domicílios, quando seriam esperados 1.470 óbitos, o que equivale a um aumento de 95% em óbitos desassistidos.

O aumento no número de óbitos em “outros estabelecimentos de saúde”, como UPAs, centros e casas de saúde, pode denotar falhas na rede de atenção, tanto pela falta de diagnóstico oportuno dos pacientes, quanto pela incapacidade de encaminhar estes pacientes a serviços de saúde de maior complexidade, como as UTIs de hospitais.

Cabe destacar que os óbitos naturais (que não sejam decorrentes de violências) ocorridos sem assistência médica devem ser investigados pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO), que emite a Declaração de Óbito (DO). Este procedimento foi alterado pela Portaria Conjunta Nº 1, de 30 de março de 2020, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e do Ministério da Saúde, o que tem sido objeto de contestação jurídica⁶.

A tabela 3 mostra a alteração percentual de mortalidade verificado nos meses de abril e maio de 2020 em relação aos anos anteriores (2017 a 2019), segundo causa do óbito e local de ocorrência.

⁶ Nota Técnica número 5. Grupo de Trabalho Interinstitucional de Defesa da Cidadania http://www.mpf.mp.br/regiao2/sala-de-imprensa/docs/nt-05_gt_cnj_ms/at_download/file

Causa (Capítulos CID10)	Hospital	Outro Estabelecimento de Saúde	Domicílio	Via Pública	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1758	785	598		817
II. Neoplasias (tumores)	-26		137		-16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	63	109		36
VI. Doenças do sistema nervoso	-22	27	74		9
IX. Doenças do aparelho circulatório	-24	5	48		-1
X. Doenças do aparelho respiratório	30	109	27		43
XI. Doenças do aparelho digestivo	-27				-40
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-36	11	162		-23
XVIII. Sintomas e sinais anormais exames clínicos e laboratoriais	157	248	382	546	235
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-19			128	-20
Total	54	111	95	144	64

Tabela 3: Variação percentual (em %) do número de óbitos registrados no SIM do município do Rio de Janeiro entre abril e maio de 2020 segundo local de ocorrência, em relação ao período anterior (2017 a 2019). Células em branco apresentam um número insuficiente de ocorrências para se realizar análises estatísticas. Fonte de dados: Tabnet da prefeitura <http://tabnet.rio.rj.gov.br/>, acessado em 2 de julho de 2020.

Segundo os dados organizados na tabela, percebe-se um grande aumento na mortalidade por doenças infecciosas, de cerca de 800% mais que o valor histórico esperado para o período, por doenças infecciosas, nas quais se incluem as doenças diretamente relacionadas à Covid-19. Este aumento foi registrado tanto em hospitais e outros estabelecimentos de saúde, quanto nos domicílios, sem assistência médica.

Também é notável o aumento do número de óbitos com causas mal definidas (Capítulo 18 da CID-10), que tiveram grande aumento nos domicílios e em vias públicas, cerca de 380% e 540% mais que o número esperado, respectivamente. Este fato pode estar relacionado ao colapso do sistema de saúde, tanto pela lotação de hospitais, quanto pela dificuldade de diagnóstico e encaminhamento de pessoas com quadros graves de Covid-19 e outras doenças crônicas, acidentes e emergências. Chama atenção o aumento de óbitos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde, como UPAs e centros de saúde, que deveriam ser encaminhados para internação devido à sua gravidade mas que podem ter encontrado barreiras ou resistências nos meses de abril e maio.

Por outro lado, houve uma sensível redução de óbitos ocorridos em hospitais devidos a neoplasias, doenças do sistema nervoso, doenças cardiovasculares, do aparelho digestivo e aparelho geniturinário. Estas mudanças recentes de padrões de mortalidade podem ser resultado de migrações de diagnóstico, como mostrado na tabela 3.

Houve um aumento no número de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças respiratórias. Esta alteração de padrão pode ser consequência do agravamento de doenças crônicas, por falta de atenção adequada, ou dificuldades de obter internação e tratamento oportuno. Estas causas de mortalidade podem ter sido categorizadas dentro do capítulo de causas mal definidas, devido a dificuldades de diagnóstico e a morte sem assistência médica.

Neste sentido, foi observada uma migração de óbitos, que antes ocorriam em ambiente hospitalar, e durante abril e maio passaram a se mais frequentes nos domicílios. Este é o caso dos cânceres, doenças metabólicas – entre as quais predominam as diabetes – doenças do sistema nervoso – com grande peso da Doença de Alzheimer - , doenças cardiovasculares e do aparelho geniturinário – com diversos casos de insuficiência renal- , configurando um grave cenário de desassistência vivido nos meses e que pode permanecer ao longo da pandemia. A maior parte

dessas doenças é crônica e o óbito pode ser considerado evitável⁷ por ações de prevenção e atenção básica de saúde. Também no caso das violências, a redução do número de óbitos em hospitais é acompanhada pelo aumento de casos ocorridos em vias públicas, também sem assistência médica.

As análises de anomalias de mortalidade demonstram um quadro de desassistência à saúde pode ter sido resultado das dificuldades de diagnóstico e tratamento oportuno de doenças relacionadas diretamente à Covid-19, como óbitos por problemas respiratórios e cardiovasculares, bem como pelo agravamento de doenças crônicas, como diabetes e doenças do sistema nervoso.

Também o aumento no número de óbitos nos domicílios e com causa mal definida revela uma situação de desassistência, que não é somente vivido em hospitais e serviços de alta complexidade. Toda a rede de atenção à saúde, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) até Unidades de Pronto Atendimento (UPA), incluindo as atividades de vigilância em saúde e investigação epidemiológica não foram capazes de detectar e encaminhar adequada e oportunamente os casos graves de diversas doenças, além da Covid-19, e evitar óbitos.

⁷ Doenças evitáveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e doenças reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde, segundo Malta et al., 2007 (<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>).