

IMPORTÂNCIA DA ATEROSCLEROSE COMO CAUSA DE MORTE NO ESTADO DE SÃO PAULO

CECÍLIA AMARO DE LOLIO*, AUGUSTO HASIAK SANTO*, RUY LAURENTI*

Foi estudada a mortalidade por doenças cardiovasculares associadas à aterosclerose (DCVA) na população acima de 40 anos de idade residente no Estado de São Paulo em 1984. Para tanto somaram-se os óbitos devidos às doenças isquêmicas do coração com aqueles devidos às doenças cerebrovasculares e 70% daqueles devidos a “Outras Doenças do Aparelho Circulatório”. Compararam-se os coeficientes de mortalidade e a mortalidade proporcional por idade e sexo para DCVA e os neoplasmas malignos (NM), segunda causa de morte.

A mortalidade por DCVA foi crescente com a idade e maior para o sexo masculino superando-a por NM. O risco de morrer por aterosclerose e suas complicações foi muito maior com o aumento da idade do que o risco de morrer por NM. Seriam esperados 49.000 óbitos no Estado de São Paulo por DCVA em 1988. Considerando-se que a letalidade fosse de 25% o número de casos esperados na população de 40 anos e mais com DCVA seria de 196.000 pessoas em 1988.

Arq. Bras. Cardiol. 51/6: 437-439—Dezembro 1988

No decorrer das duas últimas décadas, as doenças cardiovasculares (DCV) vêm se constituindo na primeira cause de morte no Estado de São Paulo. No ano de 1984 ocorreram 61033 óbitos por DCV no Estado, que representaram 32,9% do total de óbitos¹. Destes, 20219 foram devidos às doenças isquêmicas do coração (DIC), 19164 às doenças cerebrovasculares (DCbV) e 2141 à aterosclerose sem menção de complicações.

Embora venha ocorrendo um declínio da mortalidade por DIC e DCbV no Município de São Paulo a partir de meados da década de 70²⁻⁴, da mesma maneira como em países desenvolvidos⁵, as DCV que apresentam um componente de aterosclerose (DCVA) ainda representam o principal grupo de causas de morte no Estado de São Paulo.

O objetivo do presente trabalho é descrever a importância destas DCVA como causa de morte, comparando-a com a dos neoplasmas malignos (segunda causa de morte) na população acima de 40 anos residente no Estado de São Paulo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram obtidos os óbitos de residentes no Estado de São Paulo, de 40 anos e mais ocorridos em 1984,

segundo a causa básica, idade e sexo¹. Foram considerados como óbitos por DCVA aqueles incluídos nos seguintes agrupamentos da Classificação Internacional de Doenças (9ª Revisão—1975)⁶: Doenças Isquêmicas do Coração (410 - 414), Doenças Cerebrovasculares (430—438) e 70% dos óbitos incluídos em Outras Doenças do Aparelho Circulatório (440 - 459). Esta última inclusão se deve à verificação de que em 1984, 77% dos óbitos daquele agrupamento foram devidos às seguintes afecções associadas à aterosclerose: a própria Aterosclerose (440), o Aneurisma Aórtico (441) e Outros Aneurismas (442)*. Como não se dispusesse de uma listagem pormenorizada destas causas por sexo e idade para o Estado de São Paulo, decidiu-se tomar, numa perspectiva conservadora, 70% dos óbitos atribuídos ao agrupamento correspondente como associados à aterosclerose, para maiores de 40 anos de idade.

Foram também obtidos os óbitos por neoplasmas malignos (NM) dos residentes de 40 anos e mais no Estado em 1984, assim como o total dos óbitos por todas as demais causas.

Utilizaram-se estimativas populacionais segundo idade e sexo publicadas pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados — FSEADE⁷.

* Do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

* FSEADE — Dados não publicados.

Foram calculados os coeficientes de mortalidade por DCVA e NM em grupos decenais de idade, segundo sexo; a mortalidade proporcional pelas mesmas doenças, e a relação entre as duas taxas a fim de configurar a importância relativa das DCVA em relação aos NM.

RESULTADOS

A tabela I mostra os coeficientes segundo sexo, idade e as causas DCVA e NM. A mortalidade por DCVA supera, em ambos os sexos e em todos os grupos etários, aquela devida aos NM. Em ambos os sexos a mortalidade por DCVA aumenta progressivamente com a idade e este aumento é sempre superior no sexo masculino. Neste sexo, a mortalidade de pessoas acima de 70 anos é 18 vezes maior que a observada no grupo etário 40 a 49 anos, enquanto no sexo feminino, o aumento, ainda que grande, não atinge este valor (aproximadamente 22 vezes).

TABELA I - Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doenças cardiovasculares para as quais a aterosclerose desempenha papel fundamental (DCVA) e por neoplasmas malignos (NM), segundo idade e sexo. Estado de São Paulo, população de 40 anos e mais, 1984.

Idade (anos)	Coeficiente de Mortalidade			
	Masculino		Feminino	
	DCVA	NM	DCVA	NM
40 - 49	175,7	84,1	117,8	82,6
50 - 59	462,1	258,2	296,1	84,8
60 - 69	1065,8	589,4	725,2	54,0
70 e +	3178,7	1232,0	2665,3	16,9
40 e +	707,4	335,1	517,7	235,8

O comportamento da mortalidade por NM é semelhante ao observado para as DCVA, isto é, maior no sexo masculino e crescente, em ambos os sexos, com o progredir da idade. Observa-se, porém, que os níveis, em cada grupo etário, são sempre inferiores aos da mortalidade por DCVA e que o incremento do primeiro para o último grupo etário é muito menor quando comparado com aquele para as DCVA. Isto indica que, com o envelhecimento, o risco de morrer por aterosclerose e suas complicações é muito maior do que o risco de morrer por neoplasias malignas. A mortalidade por DCVA no sexo masculino é 2 vezes maior que por NM no grupo etário 40-49 anos e 2,6 vezes maior no de 70 anos e mais; no sexo feminino estes valores são de 1,4 e 3,7.

A tabela II apresenta os mesmos resultados, agora sob a forma de mortalidade proporcional em relação ao total de óbitos, para cada grupo etário e para cada sexo. Comparando-se as tabelas I e II verifica-se que, ainda que o risco de morrer por DCVA seja maior no sexo masculino em todos os grupos etários, a importância relativa deste grupo de causas é maior no sexo feminino, exceto no grupo etário de 70 anos e mais.

Destaca-se a relevância das DCVA na idade produtiva.

TABELA II - Mortalidade proporcional (% de óbitos sobre o total de óbitos do grupo etário) por doenças cardiovasculares para as quais a aterosclerose desempenha papel fundamental (DCVA), por neoplasmas malignos (NM), segundo idade e sexo. Relação entre as duas primeiras taxas. Estado de São Paulo, população de 40 anos e mais, 1984.

Idade (anos)	Mortalidade Proporcional				Relações	
	Masc.		Fem.		Masc.	Fem.
	DCVA(1)	NM(2)	DCVA(3)	NM(4)	(1)/(2)	(3)/(4)
40 - 49	22,0	10,6	31,5	21,9	2,1	1,4
50 - 59	29,8	16,7	37,6	23,5	1,8	1,6
60 - 69	33,8	18,7	39,7	19,4	1,8	2,0
70 e +	36,1	14,0	38,3	10,3	2,6	3,7
40 e +	32,0	15,2	33,9	15,4	2,1	2,2

A tabela III mostra o número esperado de óbitos por todas as causas, DCVA e NM em 1988 para a população residente acima de 40 anos do Estado de São Paulo. Se se considerar que para cada 4 casos de doentes por DCVA na população, 1 morre (letalidade de 25%), o número de casos na população com doenças relacionadas à aterosclerose no Estado seria de 196.000 pessoas acima de 40 anos em 1988.

TABELA III - Óbitos esperados por todas as causas e por doenças cardiovasculares para as quais a aterosclerose desempenha papel fundamental (DCVA) e por neoplasmas malignos (NM). Projeções para 1988, Estado de São Paulo, segundo sexo e idade.

Sexo/óbitos	Masculino			Feminino		
	Todas as causas	DCVA	NM	Todas as causas	DCVA	NM
Idade (anos)						
40 - 49	12540	2764	1323	6023	1895	1318
50 - 59	16735	4993	2790	8972	3371	2104
60 - 69	20349	6869	3799	13206	5248	2562
70 e +	31862	11490	4453	32373	12420	3341
Total 40 e +	81486	26116	12365	60574	22934	9325

COMENTÁRIOS

As estatísticas de mortalidade têm sido um instrumento útil para avaliar a magnitude e as tendências das doenças nas populações. As doenças cardiovasculares associadas à aterosclerose assumem grande importância como causa de morte ao se considerar a população acima de 40 anos de idade. Com o envelhecimento progressivo da população brasileira, devido ao declínio das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, as doenças cardiovasculares, tendem a assumir uma relevância crescente. Para a população do Estado de São Paulo, que tem maior proporção de pessoas acima de 40 anos do que a média brasileira, cerca de 40% das mortes deste grupo etário são consequen-

tes às doenças cardiovasculares, ficando os neoplasmas malignos em 20 lugar, com 15% das mortes.

Em análise anterior comparando-se a mortalidade por doenças cardiovasculares do Município de São Paulo em 1980 com aquela de 27 países industrializados, mostrou-se que para o grupo etário de 40 a 69 anos os coeficientes obtidos pare o Município (e que expressam o risco de morrer) eram bastante altos para o conjunto das doenças cardiovasculares e para as doenças cerebrovasculares⁴. Da mesma forma os resultados obtidos mostram uma importância grande das DCVA particularmente na idade produtiva no Estado de São Paulo.

Nos Estados Unidos, notou-se a partir dos anos 50 uma tendência à estabilização e depois, ao declínio da mortalidade por DCV⁸. Este fato acendeu as discussões a respeito em primeiro lugar dos motivos que expliquem o ocorrido; e também, do potencial de prevenção destas doenças. Este declínio tem sido verificado pare outros países desenvolvidos⁵. Entre as razões apontadas citam-se a melhoria das condições de assistência médica, maior disponibilidade de unidades de terapia intensiva coronária, melhor tratamento clínico e cirúrgico de doença coronária, melhor controle da pressão arterial, redução do hábito de fumar, modificação de hábitos alimentares e aumento da atividade física⁹.

No Município de São Paulo também foi descrito um declínio da mortalidade por DCV²⁻⁴. Pode-se supor que os mesmos fatores citados também estejam atuando para produzir este declínio, o que vem se processando mais tardiamente que para os países desenvolvidos, isto é, a partir da década de 70. A importância deste fato é muito grande porque aponta para a vulnerabilidade deste grupo de causas de morte à intervenção médica e sobre fatores de risco.

Por outro lado, deve-se levar em conta que qualquer iniciativa de atuação eficaz sobre a aterosclerose precisa ser feita já na infância¹⁰.

Os dados obtidos mostram a importância da aterosclerose como causa de morte no Estado de São Paulo e remetem a uma prioridade especial que esta doença deva receber por parte das autoridades sanitárias. As ações de prevenção primária das DCVA são atuações simples, passíveis de incorporação pelas unidades básicas de saúde como detecção e controle da hipertensão arterial, mudança de hábitos alimentares, redução do uso do fumo, incentivo à prática de atividades físicas.

SUMMARY

The mortality from cardiovascular diseases related to atherosclerosis (CVDA) was studied for the population aged 40 years or more resident in the State of São Paulo in 1984. The amount of deaths due to ischemic heart diseases was summed to the deaths due to cerebrovascular diseases and to 70% of those assigned to "Other Diseases of Circulatory System". Age and sex-specific death rates as well as the proportion of deaths due to CVDA and to malignant neoplasms (MN) were compared. The mortality from CVDA rised with age and was greater for males; it was also greater than that due to MN. Forty nine thousand deaths would be expected in the State of São Paulo due to CVDA in 1988. If the CVDA fatality is 25%, the expected number of cases of CVDA in population 40 years old or more of the State of São Paulo should be of 196.000 inhabitants in 1988.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. SNABS/DNE. Estatísticas de Mortalidade: Brasil-1984. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
2. Lolio CA de, Laurenti R—Evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo, 1970 a 1981. *Arq Bras Cardiol*, 46: 153, 1986.
3. Lolio CA de, Laurenti R—Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares em adultos maiores de 20 anos de idade no Município de São Paulo (Brasil), 1950 a 1981. *Rev. Saúde Públ, S. Paulo*, 20: 342, 1986.
4. Lolio CA de, Souza JMP de, Laurenti R— Decline in cardiovascular disease mortality in the city of São Paulo, Brazil, 1970 to 1983. *Rev Saúde Públ, S. Paulo*, 20: 454, 1986.
5. Uemura K, Pisa Z— Recent trends in cardiovascular disease mortality in 27 industrialized countries. *Wld Hlth Stat Quart*, 38: 142, 1985.
6. Manual de Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de morte: 9ª Revisão, 1975. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978, v. 1.
7. Perspectivas da população para o Estado de São Paulo e suas Regiões Administrativas (1980-2000). *Inf demogr, São Paulo*, (18) 1985.
8. Havlik RJ, Feinleib M (eds). *Proceedings of the Conference on the Decline in Coronary Heart Disease Mortality*. Washington, D.C., Government Printing Office, 1979 (USDHEW, NIH, 79-1610).
9. Golden PM, Wilson RW, Kavet J — Health, United States, 1983. Washington, D.C., Government Printing Office, 1983 (USDHHS, PHS, 84-1232).
10. Strong WB — Atherosclerosis: its pediatric roots. In: Kaplan NM, Stamler J—*Prevention of Coronary Heart Disease. Practical Management of the Risk Factors*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1983 (Cap. 2).