

Doenças Cardiovasculares. Comentários sobre a Mortalidade Precoce no Brasil

Dóra Chor, Maria de Jesus Mendes da Fonseca, Célia Regina de Andrade

Rio de Janeiro, RJ

Objetivo - Comparar coeficientes de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) e doenças cerebrovasculares, específicos por idade em capitais situadas em regiões metropolitanas do Brasil, às taxas de outros países.

Métodos - Os dados de mortalidade das capitais brasileiras foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Mortalidade, do Ministério da Saúde. Os óbitos e taxas de mortalidade relativos aos outros países foram obtidos a partir de publicação especializada da Organização Mundial de Saúde.

Resultados - Nas capitais estudadas, cerca de 50% dos óbitos masculinos por doença isquêmica do coração ocorreram no grupo etário menor de 65 anos de idade, enquanto em outros países, esta proporção situou-se em torno dos 25%. O risco de morrer por IAM nos homens, entre 35 e 44 anos, foi 3 vezes maior do que o norte-americano. Os coeficientes de mortalidade por doenças cerebrovasculares também apresentaram maior magnitude em nosso meio, comparando-se aos outros países estudados.

Conclusão - Ao contrário do que se imagina, as enfermidades cardiovasculares não constituem, no Brasil, causa de óbito importante apenas nos grupos mais idosos. Estes resultados sugerem a necessidade de investigação específica em nosso meio, bem como a urgência da implantação de programas de controle.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares, mortalidade, doença coronariana

Cardiovascular Diseases. Comments on Early Mortality in Brazil

Purpose - To compare age specific mortality rates from acute myocardial infarction and cerebrovascular diseases in Brazilian cities with equivalent death rates in other countries.

Methods - Data on Brazilian deaths were obtained from the Health Ministry's Mortality Information System. Data for other countries were obtained from a World Health Organization specialized publication.

Results - Nearly 50% of ischemic heart disease deaths among males occurred in men under 65. The equivalent proportion in other countries was 25%. The acute myocardial infarction death rate among men aged 35-44 was 3 times greater than in North America. The Brazilian cardiovascular disease death rates were also higher than in other countries.

Conclusion - Contrary to what is usually believed, it is not only among old people that cardiovascular diseases are an important cause of death. This suggests that there is a need for specifically designed investigations that take account of the peculiarities of the Brazilian situation, as well as for urgent implementation of targeted risk factor control programs.

Key-words: cardiovascular diseases, mortality, coronary heart disease

Arq Bras Cardiol, volume 64 (nº 1), 15-19, 1995

Acredita-se, em geral, que uma vez superada a barreira da infância, as diferenças entre as oportunidades de sobreviver, nos países pobres ou ricos, são pequenas. No entanto, os dados desmentem tal crença. O risco de morrer de um jovem de 15 anos, antes de completar 60 anos, é de 25% para os homens e de 22% para as

mulheres que vivem em países menos desenvolvidos. Estas cifras representam mais de duas vezes o mesmo risco, nos países desenvolvidos, onde é de 12% e 5%, respectivamente ¹. Apesar disso, os problemas de saúde dos adultos, grupo definido entre 15 e 59 anos de idade, não têm sido foco importante de pesquisas e políticas públicas, nos países em desenvolvimento.

As doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de óbito em importante parcela da população adulta, aquela maior de 30 anos de idade, na maioria dos países do ocidente. Tal posição tem sido mantida, apesar do declínio acentuado da mortalidade cardiovascular ob-

servada nos países desenvolvidos, nas últimas décadas². Dentre as enfermidades cardiovasculares, a doença isquêmica do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares são as mais frequentes.

A reversão de tendência da mortalidade por DIC não ocorreu de maneira uniforme em todos os países. Seu aumento teve início na 1ª metade do século XX nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, enquanto o declínio teve início na década de 60. Na maioria dos países da Europa, por outro lado, a diminuição da mortalidade ocorreu na década de 70, enquanto no leste europeu, observou-se padrão inverso. Países como Hungria, Iugoslávia e Tchecoslováquia, cujas taxas de mortalidade por DIC e também pelas cerebrovasculares eram relativamente baixas, na década de 50, vêm apresentando aumento progressivo, desde os anos 70^{3,4}.

O comportamento da mortalidade não foi uniforme também no interior de cada país. Investigações realizadas nos EUA e Holanda apontaram a existência de um nítido gradiente de difusão do declínio da mortalidade por DIC a partir das regiões mais ricas dos respectivos países para as regiões menos desenvolvidas economicamente⁵⁻⁷. Três conjuntos de fatores têm sido apontados como determinantes dessa queda: mudança de hábitos e comportamentos, especialmente em relação a fumo, dieta e exercícios físicos; novas intervenções médicas e cirúrgicas; e, fatores não identificados ou pouco conhecidos, como o "ciclo natural das doenças"⁸.

No Brasil, excluindo-se as causas mal definidas, as doenças cardiovasculares representaram, em 1988, 50% dos óbitos femininos e 40% dos óbitos masculinos, acima dos 30 anos de idade⁹. Até onde foi possível revisar a literatura nacional, estudos a respeito do comportamento da mortalidade cardiovascular, em todo o país, não estão disponíveis. No município e no estado de São Paulo, o declínio da mortalidade por DIC e doenças cerebrovasculares foi observado, especialmente acima dos 60 anos de idade, em ambos os sexos¹⁰⁻¹².

Neste trabalho, pretendemos comparar taxas de mortalidade por ambos os grupos de enfermidades, em capitais brasileiras situadas nas regiões metropolitanas, aos coeficientes de outros países. Tal comparação, em grupos etários selecionados, visa avaliar o risco de morrer por estas causas, na parcela mais jovem da população.

Métodos

Foram estudados os óbitos por DIC (CID 410 a 414-9ª Revisão), infarto agudo do miocárdio (IAM) (CID 410-9ª Revisão) e doenças cerebrovasculares (CID 430 a 438-9ª Revisão), ocorridos em residentes de 8 capitais do país, entre 1980 e 1988. Estes dados foram obtidos a partir de fitas magnéticas, cedidas ao Departamento de Informações em Saúde/CICT/Fundação Oswaldo Cruz, pelo Ministério da Saúde.

A proporção de óbitos ocorridos no grupo de menores de 65 anos, assim como coeficientes específicos por idade e sexo foram estimados, para o período, apresentando-se apenas aqueles relativos a 1988. Para o cálculo dos coeficientes, a população foi estimada por interpolação geométrica, para cada grupo etário, com defasagem, devido ao intervalo de 11 anos entre os Censos de 1980 e 1991¹³.

Os coeficientes de mortalidade foram calculados para 8 dentre as 9 capitais situadas em regiões metropolitanas do país: Belém, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. A cidade de Fortaleza, embora também situada em região metropolitana, foi excluída, em função da alta proporção de causas mal definidas (20%) apresentada na década de 80, e também em 1988⁹. Já que a proporção de causas mal definidas situou-se em torno de 2%, em 1988, nas outras capitais⁹, pode-se supor que as taxas de mortalidade por qualquer causa definida, em Fortaleza, sejam subestimadas.

A seleção dos países das Américas a serem comparados, foi realizada segundo a proporção estimada de subregistro do Sistema de Mortalidade¹⁴. Assim, foram escolhidos aqueles que apresentavam as menores proporções, ao redor de 1990. As taxas de mortalidade, relativas aos países estudados, foram obtidas a partir de publicação especializada da Organização Mundial de Saúde¹⁵.

Resultados

O impacto da mortalidade por DIC, entre os adultos jovens, foi significativo. Cerca de 50% dos óbitos masculinos ocorreram antes dos 65 anos de idade, no Brasil, em 1988 (fig. 1). Esta proporção foi duas vezes maior do que nos EUA, Cuba e Inglaterra. O Chile apresentou situação intermediária, enquanto na Argentina, observou-se proporção mais elevada (37%), situando-se, ainda assim, distante dos 50% observados em nosso meio. Em relação às mulheres, a proporção de óbitos abaixo dos 65 anos, no Brasil, foi de 31%, o que representou cerca de quatro vezes mais do que a mesma proporção na Inglaterra (8,02%) (fig. 2).

Considerando-se os óbitos por DIC em ambos os sexos, a estimativa da mediana confirma a diferença entre os países, já que foi de 68 anos, em 1987, no Brasil, 73 anos na Argentina (1989), e 78 anos na Inglaterra e nos EUA (1991 e 1989). Desta forma, considerando-se toda a população desses dois países, apenas 16% dos óbitos ocorreram antes dos 65 anos, enquanto, no Brasil, esta proporção foi de 41,5% (fig. 3 e tab. I).

A grande proporção de óbitos precoces é reflexo da grande parcela de nossa população que se encontra nesta faixa etária, quando comparada a outros países, de população mais idosa. No entanto, também o risco de

Tabela I - Número de óbitos por doença isquêmica do coração e percentual acumulado (ACM) por grupos de idade, países e anos selecionados

	Brasil 1987		Argentina 1989		Inglaterra 1991		EUA 1989	
	Nº.	% ACM.	Nº	% ACM.	Nº	% ACM.	Nº	% ACM
Total	63877		23701		171180		497977	
< 14	11	0,02	6	0,03	7	0,01	50	0,01
15-24	202	0,33	38	0,19	10	0,02	111	0,03
25-34	1145	2,13	133	0,75	176	0,11	1141	0,26
35-44	3509	7,62	628	3,40	1595	1,04	6553	1,58
45-54	7939	20,05	1834	11,13	6035	4,57	20001	5,59
55-64	13741	41,56	4220	28,94	19515	15,97	55123	16,66
65-74	16604	67,55	6191	55,06	46369	43,06	116115	39,98
75 E +	20726	100,00	10651	100,00	97473	100,00	298883	100,00

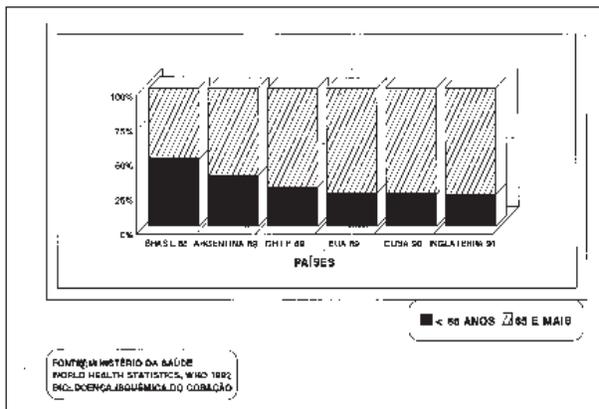


Fig. 1 - Proporção de óbitos por doença isquêmica do coração (DIC) segundo idade. Sexo masculino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

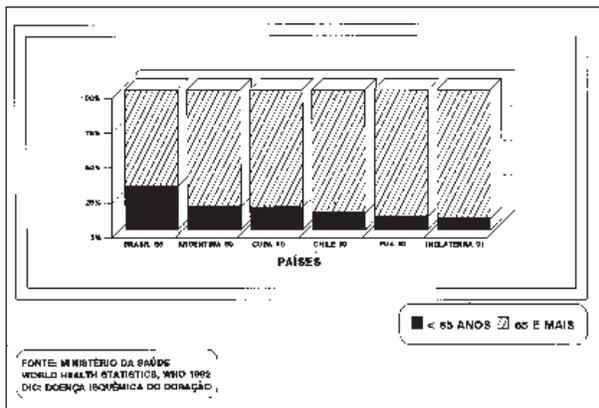


Fig. 2 - Proporção de óbitos por doença isquêmica do coração (DIC) segundo idade. Sexo feminino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

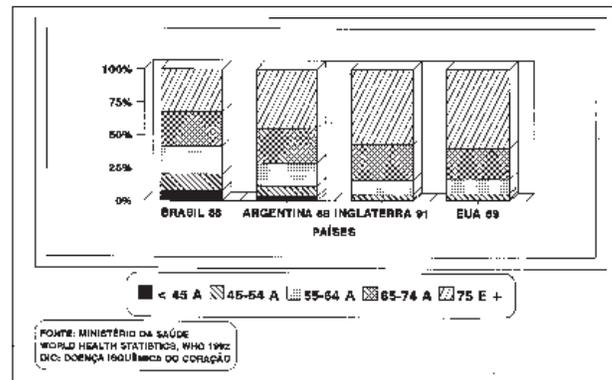


Fig. 3 - Proporção de óbitos por doença isquêmica do coração segundo grupos etários. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

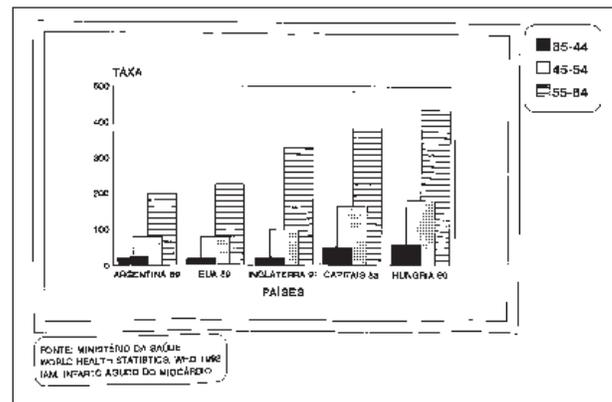


Fig. 4 - Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) de capitais do Brasil e países selecionados. Sexo masculino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

morrer foi maior entre nós. Comparando-se a taxa de mortalidade por IAM, no conjunto das 8 capitais estudadas, aos coeficientes de outros países, verifica-se que sua magnitude foi comparável à taxa da Hungria, considerada entre as mais elevadas do mundo ⁴ (fig. 4 e 5)

No grupo etário mais jovem, entre 35 e 44 anos, o risco de morrer por IAM, nas capitais, foi cerca de 3 vezes maior do que nos EUA, entre os homens, e cerca de 4 vezes, entre as mulheres. Nos grupos mais velhos, os coeficientes das capitais foram também mais elevados, cerca de 2 vezes maiores do que aqueles dos EUA.

O risco de morrer por doenças cerebrovasculares foi ainda maior entre nós, comparando-se aos coeficientes norte-americanos (fig. 6 e 7). Como no caso do IAM, os coeficientes relativos às 8 capitais situaram-se próximos aos da Hungria, que estão, também neste caso, entre os mais altos do mundo ⁴. No grupo mais jovem, de 35 a 44 anos, as taxas das capitais foram cerca de 5 vezes maiores entre os homens e 6 vezes maiores entre as mulheres. Em ambos os sexos, entre 45 e 54 anos, a diferença situou-se em torno de 5 vezes, enquanto no grupo mais velho, nossos coeficientes foram cerca de 3 vezes maiores.

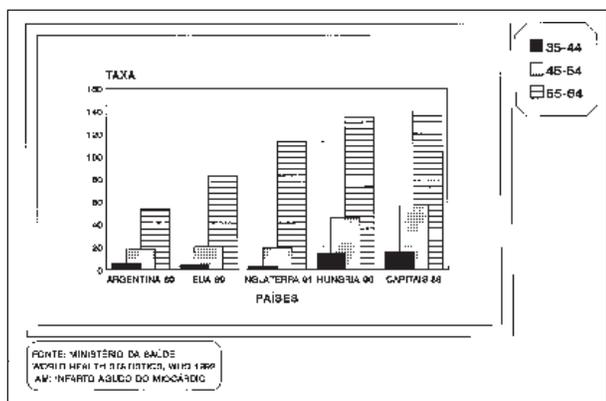


Fig. 5 - Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) nas capitais do Brasil e em países selecionados. Sexo feminino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

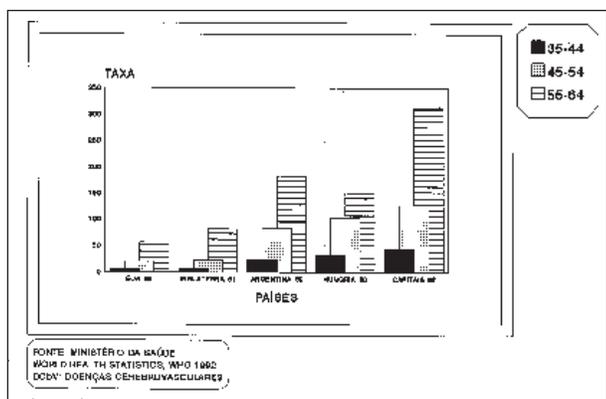


Fig. 6 - Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (DCbV) nas capitais do Brasil e em países selecionados. Sexo masculino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

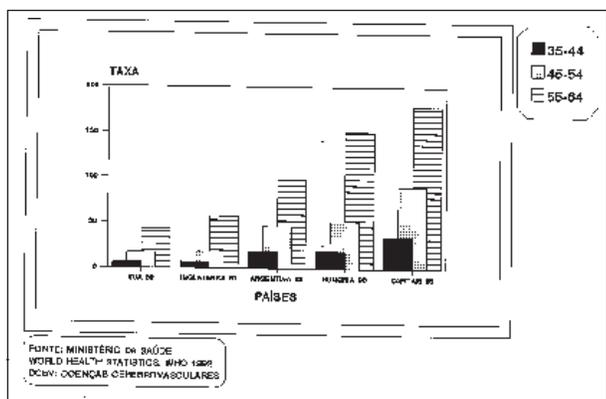


Fig. 7 - Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (DCbV) nas capitais do Brasil e em países selecionados. Sexo feminino. Fontes: Ministério da Saúde, World Health Statistics, WHO 1992.

Discussão

A qualidade dos dados de mortalidade é afetada, em todos os países, por limitações do conhecimento médico, erros de diagnóstico, deficiências no preenchimento da declaração de óbito e, em menor grau, por erros na codificação de causas ou outras etapas do processamento.

Dentre as enfermidades cardiovasculares, a DIC é causa freqüente de morte súbita, o que impede, na maioria das vezes, sua comprovação através de exames laboratoriais¹⁶. Desta forma, é possível que, em muitas oportunidades, esta enfermidade seja erroneamente apontada como causa básica do óbito, causando a superestimação de seus indicadores de mortalidade.

As comparações entre capitais brasileiras e outros países apresentam ainda outras limitações. Já que a freqüência das doenças cardiovasculares está associada à urbanização, regiões metropolitanas apresentam, em geral, taxas mais elevadas do que países, considerados como um todo. Além disso, a comparação entre taxas de mortalidade por IAM, ao invés de todo o grupo da DIC, onde está incluído, é menos precisa, devido a diferenças de critérios de diagnóstico.

Apesar dos problemas apontados, advindos da forma com que os dados estão disponíveis, a magnitude das diferenças encontradas foram bastante expressivas. Tais diferenças foram também consistentes, já que ocorreram em ambos os grupos de doença e em ambos os sexos. Alta magnitude das taxas de doenças cerebrovasculares foi também encontrada no município de São Paulo, em 1980, cuja mortalidade situou-se entre as mais elevadas, quando comparada aos coeficientes de 27 países¹⁷. A mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, no Brasil, foi também comentada por Lessa¹⁸ e Weissmann¹⁹. A primeira autora chamou atenção para a maior proporção de óbitos precoces, em 1985, nas regiões menos desenvolvidas, norte, nordeste e centro-oeste, comparadas ao sul e sudeste.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar os resultados encontrados. Diversos especialistas estão convencidos de que as altas prevalências dos fatores de risco constituem o determinante mais importante das doenças cardiovasculares, particularmente o hábito de fumar, a ingestão de gorduras saturadas e os altos níveis de colesterol sérico e de pressão arterial^{8,20}. Uma vez que a maior parte dos casos de DIC ocorre na parcela mais numerosa da população, que apresenta níveis médios de risco, e não entre a minoria de indivíduos com níveis excepcionalmente altos²¹, podemos imaginar que a articulação entre estes e outros fatores de risco (aqueles ligados ao ambiente de trabalho, por exemplo) têm causado maior impacto nas idades mais jovens, em nosso país.

A deterioração dos Serviços de Saúde pode também estar elevando a letalidade da DIC, já que o atendimento adequado, de emergência, é essencial. Em relação às doenças cerebrovasculares, a ausência de programas de controle da pressão arterial contribui, certamente, para que sua mortalidade apresente tal magnitude.

Ao contrário do que se imagina, as enfermidades cardiovasculares não constituem, no Brasil, causa de óbito importante apenas nos grupos mais idosos. O impacto da DIC, apontada como a causa principal de

incapacidade funcional precoce, nos países desenvolvidos, pode estar ocorrendo de maneira ainda mais importante entre nós, uma vez que a maior parte dos óbitos ocorre antes dos 65 anos de idade.

A necessidade de investigação destes resultados parece-nos evidente. Diversos estudos já demonstraram a eficácia de estratégias de controle em modificar a prevalência de fatores de risco e reduzir doenças cardiovasculares^{22,23}. No entanto, as estratégias que buscaram apenas as mudanças individuais de compor-

tamentos, aprofundaram desigualdades sociais, em muitas oportunidades². Isto porque à medida que grupos populacionais mais ricos mudaram seus hábitos, forte pressão passou a ser exercida sobre outros estratos sociais, no sentido de incrementarem o consumo de produtos pouco saudáveis. Assim, somente a implementação de políticas públicas voltadas para a saúde de toda a população parece ser capaz de prevenir e controlar as doenças cardiovasculares, sem que a saúde de alguns seja conquistada às custas da doença de outros.

Referências

1. Phillips M, Feachem RGA, Murray CJL, Over M, Kjellstrom T - Adult health: a legitimate concern for developing countries. *Am J Pub Hlth* 1993; 83: 1527-30.
2. Beaglehole R - International trends in coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiol Rev* 1990; 12: 1-15.
3. Thom TJ - International mortality from heart disease: rates and trends. *Int J Epidemiol* 1989; 28(suppl 1): S20-8.
4. Uemura K, Pisa Z - Recent trends in cardiovascular disease mortality in 27 industrialized countries. *Wld Hlth Statist Quart* 1985; 38: 42-9.
5. Wing S - Social inequalities in the decline of coronary mortality. *Am J Publ Hlth* 1988; 78: 1415-6.
6. Wing S - Geographic and socioeconomic variation in the onset of decline of coronary heart disease mortality in white women. *Am J Publ Hlth* 1992; 82: 204-9.
7. Mackenbach JP, Looman CWM, Kunst AE - Geographic variation in the onset of decline of male ischemic heart disease mortality in the Netherlands. *Am J Pub Hlth* 1989; 79: 1621-79.
8. Goldman L, Cook EF - The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann Intern Med* 1984; 101: 825-36.
9. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informática em Saúde. Estatísticas de Mortalidade, 1988. Brasília, Centro de Documentação, 1993.
10. Lolio CA, Laurenti R - Evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo, 1970 a 1981. *Arq Bras Cardiol* 1986; 46: 153-6.
11. Lotufo PA, Lolio CA - Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no estado de São Paulo: 1970 a 1989. *Arq Bras Cardiol* 1993; 61: 149-53.
12. Lotufo PA, Lolio CA - Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no estado de São Paulo: 1970 a 1989. *Arq Neuropsiquiatr* 1993; 51: 441-6.
13. Beltrão K - Estimativa da população do município do Rio de Janeiro na década de 80. Comunicação pessoal. 1993.
14. Organização Panamericana da Saúde. Estadísticas de Salud de las Americas. Washington, DC. 1992 (Publicação Científica nº 542).
15. Organização Mundial de Saúde. World Health Statistics Annual. Geneve 1992.
16. Toschi WDM - A evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares no município do Rio de Janeiro na década de 80. Rio de Janeiro, 1994. Tese de Mestrado - ENSP/FIOCRUZ.
17. Lolio CA, Souza JMP, Laurenti R - Decline in cardiovascular disease mortality in the city of São Paulo, Brazil, 1970 to 1983. *Rev Saúde Pública* 1986; 20: 454-64.
18. Lessa I - Years of productive life lost to premature mortality from cardiovascular diseases. *PAHO Bull* 1991; 25: 229-36.
19. Waissmann W - O trabalho na gênese das doenças isquêmicas do coração. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro 1993.
20. Blackburn H - Diet and atherosclerosis: epidemiologic evidence and public health implications. *Prev Med* 1983; 12: 2-10.
21. Costa EA - Qual a prioridade: baixo ou alto risco cardiovascular? Uma homenagem científica a Geoffrey Rose. *Arq Bras Cardiol* 1994; 62: 289-95.
22. Farquhar JW, Maccoby N, Wood PD et al - Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977; 1: 1192-5.
23. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J et al - The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusion for the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Pub Hlth* 1985; 6: 147-93.
24. Dodu SRA - Emergence of cardiovascular diseases in developing countries. *Cardiology* 1988; 75: 56-64.