

# 79

REVISTA  
RECCS  
FORTALEZA  
Nº 9  
P. 79-83  
1997

**Querubina Bringel  
Olinda**

Professora Assistente  
do Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade de Fortaleza e  
Sanitarista da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

**Augediva Maria  
Jucá Pordeus**

Professora Adjunta do  
Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade de Fortaleza e  
Técnica do Departamento de  
Epidemiologia da  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

## MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO EM FORTALEZA - CEARÁ, 1977 A 1995\*

### RESUMO

*As Doenças do Aparelho Circulatorio desde 1980, ocupam ininterruptamente a primeira classificação dentre as causas de óbito em Fortaleza. Observa-se que apesar da magnitude do problema ainda não houve um despertar dos serviços de saúde para monitorar a tendência da mortalidade, morbidade e fatores de risco na população junto as duas principais entidades: infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares.*

### ABSTRACT

*Since 1980 the diseases that affect the circulatory system consistently are considered to be the first cause of death in the city of Fortaleza. In spite of the importance of this problem the different state health services did not begin to follow the tendencies that could be observed in the levels of mortality, morbidity and risk factors in the general population involving two parameters: massive heart attack and cerebrovascular disease.*

### 1 - INTRODUÇÃO

Os indicadores de mortalidade refletem de certo modo a gravidade da morbidade.

Merece destacar que para as doenças crônicas degenerativas o melhor perfil é traçado através da mortalidade, uma vez que existem poucas informações disponíveis

\*Trabalho realizado com o apoio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - Departamento de Epidemiologia

para a mensuração da morbidade para este grupo de doenças. Esses indicadores são imensamente úteis para a adoção de política onde possa resultar o declínio da morte por algumas causas ou uma estabilização através de medidas preventivas relacionadas ao estilo de vida e/ou até mesmo na estrutura e funcionamento da rede de serviços de saúde (Barreto e Carmo, 1994).

O objeto desta pesquisa consiste em deixar o registro, portanto a historicidade do fato, e por outro lado chamar atenção de que apesar de se conviver simultaneamente, com os dois grandes grupos de doenças, as infecciosas e parasitárias foram substituídas nas primeiras ordens de classificação de causa de óbito por todos os grupos de doenças pelas doenças não transmissíveis. As últimas não provocam epidemias, porém silenciosamente e de forma contínua, matam muitas pessoas quer por fatores relacionados à biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização do sistema de atenção à saúde ou pela complexidade da relação destes fatores (Lessa, 1994).

Classificadas como não transmissíveis e portanto com história natural prolongada, longo período de latência, longo curso assintomático, podendo evoluir ainda para incapacidades (Lessa, 1994), as doenças cerebrovasculares tiveram um incremento na ordem de 268,50% nas taxas de hospitalizações de nosso estado no período de 1984 a 1992, e fizeram somente em 1995 cerca de 11.179 vítimas fatais (Pordeus e Olinda, 1995).

## 2 - MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa se deu sobre os registros da estatística de mortalidade dos estados e capitais que o Ministério da Saúde divulga anualmente. A busca processou-se correspondendo ao período de 1977 a 1994. Os dados relativos ao ano de 1995 pertencem exclusivamente à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por esta razão estão sujeitos à revisão, possivelmente para mais por inclusão de algum óbito que possa ter ocorrido e por engano computado em outro local, uma vez que se trabalha com óbitos ocorridos pelo local de residência.

Procurou-se explorar as variáveis que a limitação das informações quantitativas permitiram, grupo etário, gênero, causa básica para proceder cálculo de valor médio dos coeficientes de mortalidade e mortalidade proporcional. O trabalho restringiu-se à Capital por ter melhor registro de óbito do que em todo Estado, muito embora com 16,62% de óbito de causas mal definidas contra 40,83% do segundo, considerado percentual alto para um e inadmissíveis para o outro.

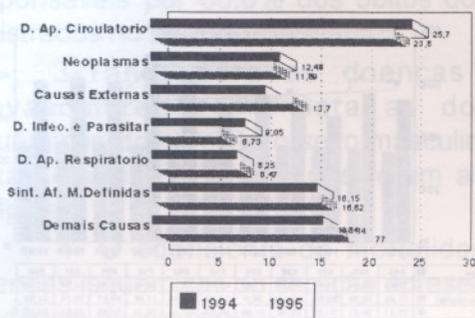
## 3 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

As doenças do Aparelho Circulatório que na década de 40 eram responsáveis por 14,50% do total de óbitos, com o envelhecimento da população brasileira associados à industrialização, à urbanização e mudanças de hábitos de vida, passaram a ocupar a primeira causa de morte a partir dos anos 70 (Araújo 1992 e Pereira 1995).

O Grupo das Doenças do Aparelho Circulatório engloba as seguintes causas de morte: febre reumática ativa, doença reumática crônica do coração, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, doença da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração, doença cérebro vascular e outras doenças do aparelho circulatório. O conjunto mostra na sua distribuição geográfica, coeficientes elevados tanto em Fortaleza como no interior do Estado, muito embora, bastante mais intenso no primeiro, cuja diferença provavelmente não seja real, e nem atribuída a diferentes riscos de morte, deve-se em parte por melhores condições de diagnóstico e por percentuais menos elevados dos óbitos por doença de causa mal definidas onde o percentual de contribuição encontra-se em níveis não aceitáveis no interior.

Observando 1995, que em relação às doenças do aparelho circulatório não guarda muita diferença desde os meados dos anos 80, verifica-se claramente que elas ocuparam a primeira causa de morte praticamente dobrando a segunda - causa externa. Também Barreto e Carmo em 1994 fizeram referência a que, para todas as regiões do país, as doenças do aparelho circulatório apresentaram uma tendência de estabilização na taxa de mortalidade a partir da década de 80 (gráfico I).

### Distribuição Percentual das Principais Causas de Óbitos - Ceará, 1994 a 1995\*



Fonte: SESA/DEEPI  
\* dados sujeitos a revisão

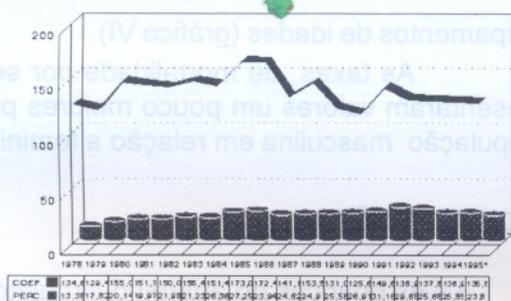
Gráfico I

A mortalidade proporcional das **Doenças do Aparelho Circulatorio** mostra, nos dezoito anos de resgate do registro, que variou de 13,38% (1978) a 31,16% (1991), ocupando percentuais médios, desde 1978, de 23,90% sobre todos os óbitos de todas as causas.

Em um corte feito de 1985 a 1995, os registros trabalhados revelaram que no conjunto, a faixa de 60 anos acima, totalizou 74,34% de todos os óbitos, e na população de 40-59, de 18,90% a contribuição proporcional, no conjunto, atingiu 93,24% dos óbitos por doenças do aparelho circulatorio.

O coeficiente de morte pelo grupo, em relação a 100 mil habitantes, que expressa o risco de se morrer pelo conjunto destas causas apresentou valor mínimo em 1979, de 129,4 e máximo em 1985 de 173,0. Esses valores no intervalo distante dos anos censitários, sofrem logicamente, os efeitos de projeção da população (gráfico II).

### Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Doenças do Aparelho Circulatorio Fortaleza, 1978 a 1995\*



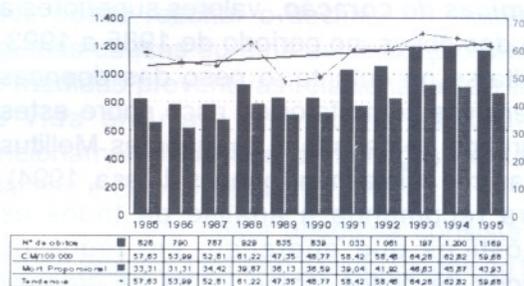
Fonte: SESA/DEEPI/DOEPI  
COEF: Coeficiente por 100.000 hab.  
\* Dados sujeitos a revisão

Gráfico II

Foi dando ênfase às duas principais causas de morte do grupo, por ocuparem juntas, **doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração**, valores superiores a 60,0% dos óbitos, no período de 1985 a 1993. Ressalta-se no entanto, o peso das doenças hipertensivas como fator de risco sobre estes dois grupos de causas e do diabetes Mellitus sobre as três acima mencionadas (Lessa, 1994). Pereira recomenda a análise de todos os diagnósticos que aparecem em todos os atestados de óbitos, como forma de produzir maior quantidade de informações para investigar associação de eventos, como: diabetes Mellitus, hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares.

As **Doenças Cerebrovasculares** de 1985 a 1995, apresentaram valores médios de contribuição sobre todos os óbitos do referido grupo de 34%, porém se fizer um corte no tempo e extrair os últimos cinco anos, esse valor médio cresce para 43,46%. O risco de morte aumenta substancialmente com a idade. Revelou o cálculo das taxas nos anos 90, que houve um ligeiro aumento da faixa etária de 40 a 49 anos, onde sofreu variação de 32,5 por 100 mil habitantes em 1990, para 51,59 em 1995, apresentando porém um valor médio de 44,78 por acidentes cerebrovasculares por 100 mil habitantes. Para as faixas de 50 a 59 anos o risco de morrer por esta causa situou-se entre 111,51 em 1992, para 133,97 em 1995, porém apresentando valores, em média, até o meio desta década de 121,68 e uma razão entre as duas taxas de 2,71 vezes a anterior. Para a faixa etária de 60 a 69 anos os limites da taxa de mortalidade situaram entre 223,26 (1990) a 337,55 (1994), porém, em média, com valor de 302,80 óbitos por 100 mil pessoas na referida faixa etária, sendo 2,49 vezes a antecedente. A faixa etária de 70 a 79 anos o risco de morrer variou de 711,61 em 1993, para 911,47 (1994) e apresentando valor em média de 810,16 óbitos por 100 mil habitantes. As pessoas de 80 anos e mais o risco calculado sobre a população na mesma faixa etária situou-se entre 1.636,75 óbitos por 100 mil pessoas da mesma faixa etária a 2.262,68 (1995) porém, em média, resultou em 2 317,58 (gráfico III e IV). As taxas de mortalidade para a população masculina por faixa etária apresentaram taxas mais elevadas em relação à feminina.

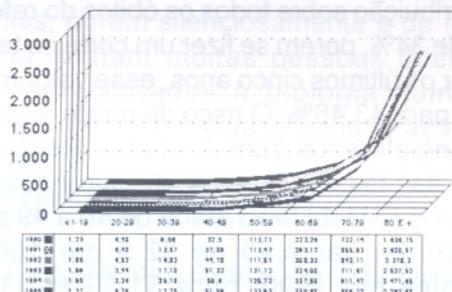
### Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Doenças Vasculares - Fortaleza, 1985 a 1995\*



Fonte: MS/SESA - CE/DEEPI/DDNT  
 OBS.: Coeficiente por 100 000 hab.  
 \* Dados sujeitos a revisão

Gráfico III

### Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular - Fortaleza, 1990 a 1995



MS/REDAE/DEEPI/DDNT  
 \* 2/100 000 HAB.  
 EXCLUIDOS IDADE IGNORADA

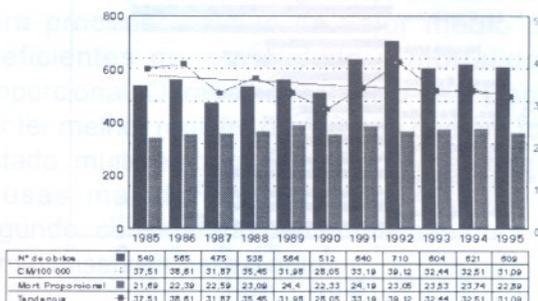
DIAC 13

Gráfico IV

As **Doenças Isquêmicas do Coração** aumentaram no percurso dos dezoito anos a sua contribuição em relação ao grupo. Em 1977 representavam 17,88%, chegou a 27,98% em 1982 e 28,05% em 1992, situando em média, o valor de 21,47%. Procedendo um corte a partir de 1985 a 1995, verifica-se por faixa etária que nesse período 21,06% de doença isquêmica do coração situa-se entre 40 a 59 anos e 74,40% a partir de 60 anos.

O coeficiente de mortalidade por doença isquêmica do coração oscilou de 21,68 (1985) a 24,40 (1989), sendo em média no período de 1985 a 1995 de 33,80 óbitos por 100 mil habitantes. Apresentou tendência decrescente, provavelmente associado a uma melhoria do atendimento nos serviços de urgência e no acompanhamento clínico de casos como também na prevenção sobre os fatores de risco (gráfico V).

### Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Doenças Isquêmicas do Coração Fortaleza, 1985 a 1995\*

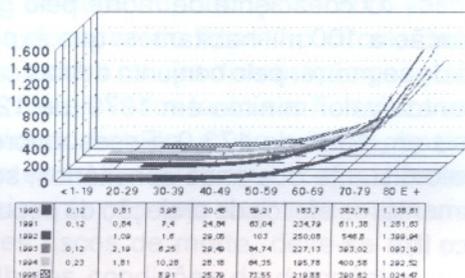


Fonte: MS/SESA - CE/DEEPI/DDNT  
 OBS.: Coeficiente por 100 000 hab.  
 \* Dados sujeitos a revisão

Gráfico V

A taxa de mortalidade específica por faixa etária revelou um crescimento vertiginoso como é de se esperar com o aumento da idade. Em média, os coeficientes de mortalidade por doença isquêmica do coração, no período, por faixas etárias específicas de 50 a 59, de 60 a 69, de 70 a 79 e de 80 e mais anos resultaram respectivamente 74,65, 218,56, 454,20 e 1 205,06 por 100 mil pessoas de iguais

### Taxa de Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração - Fortaleza, 1990 a 1995



MS/REDAE/DEEPI/DDNT  
 \* 2/100 000 HAB.  
 EXCLUIDOS IDADE IGNORADA

DIAC 17

Gráfico VI

agrupamentos de idades (gráfico VI).

As taxas de mortalidade por sexo apresentaram valores um pouco maiores para a população masculina em relação a feminina.

## 4 - CONCLUSÕES

1 - As doenças do aparelho circulatório apresentam-se como primeira causa de óbito no Ceará e sua taxa de mortalidade vem mantendo-se estável.

2 - As doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 60,0% dos óbitos do grupo registrados no período.

3-Tanto para as doenças cerebrovasculares como para as doenças isquêmicas do coração o sexo masculino e as faixas etárias mais elevadas foram as mais atingidas.

4- O coeficiente de mortalidade por doenças isquêmicas do coração apresentaram tendência decrescente.

## 5 - RECOMENDAÇÕES

Merece uma reflexão e uma tomada de decisão sobre como se evitar parte destes óbitos e/ou prolongar a vida de muitas pessoas através de um conjunto de medidas preventivas, desde o controle da hipertensão arterial e demais fatores de riscos hereditários ou relacionados ao estilo de vida tão bem identificados em estudos epidemiológicos. Também necessário se faz estimar padrões para a assistência hospitalar principalmente, relativa ao infarto agudo do miocárdio nos diferentes níveis de complexidade. Necessário se faz trabalhar com a morbidade e letalidade hospitalar identificando os valores e buscando meios de redução destas taxas de acordo com a tecnologia existente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, José Duarte de. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS - MS**, ano I, n. 2, p. 5 -16 jul.,1992
- BARRETO, Maurício Lima, CARMO, Eduardo Hage. Situação de Saúde da População Brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS- MS**, ano II, n. 3/4, p. 7 - 34, jul/dez, 1994.
- LESSA, Inês. **Doenças Não Transmissíveis**. In : Rouquayrol, M. Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Fortaleza, MEDSI . 9. 9. p. 269 - 379, 1994.
- PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia - Teoria e Prática**. Brasília, Guanabara Koogau, p. 483 - 512, 1995.
- PORDEUS, Augediva; OLINDA, Querubina. Morbidade Hospitalar no Ceará na Rede Pública e Conveniada do Sistema Único de Saúde e Seus Custos. **Revista do Centro de Ciências da Saúde - UNIFOR**, Fortaleza, Ano 9, n.8. p. 8 - 14, 1995.