

saúde em números

DEZEMBRO 97

VOLUME 12 N.º 5

SUMÁRIO

33 AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO EM PORTUGAL

AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO EM PORTUGAL

José A. Dias⁽¹⁾, Graça Lima⁽²⁾, Paulo Ascensão⁽³⁾, José A. Giria⁽⁴⁾

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), englobam um conjunto de patologias descritas no Capítulo VII da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID:9) a que correspondem os códigos 25-30 da referida Classificação. Apesar do elevado número de situações mórbidas envolvidas, destacam-se, pela sua importância relativa, alguns componentes, nomeadamente: as Doenças Cerebrovasculares (DCV), a Doença Isquémica do Coração (DIC), as Doenças Hipertensivas (DH) e a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), cuja evolução abordaremos neste artigo. Considerar-se-á, ainda, o Acidente Isquémico Transitório (AIT) cuja incidência foi avaliada separadamente do Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito da rede Médicos Sentinela.

Mortalidade

As (DAC) constituem, em Portugal, tal como noutros países europeus, o principal grupo de causas de morte, tendo sido responsáveis, em 1996, por 41,7% do total de óbitos^(1,2). Esta mortalidade proporcional era, em 1987, de 44,4%, verificando-se decréscimos, no período 1987-1996, em relação aos subgrupos *Febre e Doença Reumática do Coração*, *Doenças Cerebrovasculares* e *Outras Doenças do Aparelho Circulatório*. Registaram subidas, as *Doenças Hipertensivas*, a *Doença Isquémica* e as *Doenças da Circulação Pulmonar* (Quadro I).

Quadro I - Importância relativa das várias componentes da mortalidade por DAC em Portugal, nos anos de 1987 e 1996.

CID-9	Doenças do Aparelho Circulatório	1987		1996	
		nº	%	nº	%
25	Febre e d. reumática do coração	262	0,6	214	0,5
26	Doenças hipertensivas	742	1,8	862	1,9
27	Doença isquémica do coração	8323	19,6	9355	20,9
28	Doenças da circulação pulmonar	6645	15,7	8049	18,0
29	Doenças cerebrovasculares	23694	55,9	23662	53,0
30	Outras d. do aparelho circulatório	2715	6,4	2545	5,7
25-30	Doenças do aparelho circulatório	42381	100,0	44687	100,0
Óbitos por todas as causas de morte		95423		107259	

Fonte: INE - Estatísticas de Saúde: 1987 e 1996

Em termos europeus, comparando as taxas mais recentes disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽³⁾, Portugal ocupa um dos primeiros lugares no que se refere a DCV, apresentando inversamente uma baixa taxa de mortalidade por DIC. O padrão de distribuição deste grupo de doenças, faz com que a DIC predomine no norte da Europa e a DCV no sul, distribuição esta que se crê estar associada a determinados hábitos comportamentais.

Analisando as diferenças da mortalidade por DAC, em função do sexo, entre as várias Regiões de Saúde, constata-se que a Região Autónoma dos

(1) Assistente Graduado de Saúde Pública, Chefe de Divisão de Epidemiologia, Direcção-Geral da Saúde

(2) Assistente de Clínica Geral, Divisão de Epidemiologia, Direcção-Geral da Saúde

(3) Assistente de Clínica Geral, Centro de Saúde de Ourique, Subregião de Saúde de Beja

(4) Economista, Assessor Principal, Divisão de Epidemiologia, Direcção-Geral da Saúde

Açores regista as taxas mais elevadas, em ambos os sexos, particularmente, em homens. Seguem-se a Região Autónoma da Madeira e a Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) no sexo masculino e as Regiões do Alentejo e LVT, no sexo feminino (Quadro II).

Quadro II - Taxas de mortalidade por DAC, padronizadas para a idade, segundo o sexo, nas Regiões de Saúde do Continente e nas Regiões Autónomas, em 1996.

Região de Saúde	Taxa de mortalidade (/10 ⁵)		
	HM	H	M
Norte	331,2	384,4	291,6
Centro	318,5	364,2	282,3
LVT	353,3	410,0	307,5
Alentejo	351,6	402,0	308,1
Algarve	326,2	391,9	269,8
Açores	488,8	615,3	390,0
Madeira	349,3	424,3	299,1

Morbilidade

Portugal não dispõe de registos de morbilidade por DCV de base populacional, podendo, os institucionais existentes, não ser representativos. Existem, porém, algumas fontes de informação que devem ser levadas em consideração:

- os registos hospitalares, que cobrem apenas os internamentos hospitalares, baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH);
- os dados da rede Médicos-Sentinela, a nível da Clínica Geral;
- os dados do Inquérito Nacional de Saúde⁷.

Através dos GDH, é possível analisar a informação disponibilizada a partir de 1993 (Quadro III). Como se pode constatar:

- a DCV e a DIC são, dentro das DAC, as que maior número de episódios de internamento geram;
- dos 29054 episódios de internamento, verificados por DCV, em 1996, 5149 terminaram em morte, verificando-se uma letalidade de 17,7%, um pouco mais baixa do que a registada em 1993 (18,4%);

Quadro III - Episódios de internamentos pelos componentes principais das DAC, nos hospitais do SNS, nos anos de 1993 e 1996 (Fonte:IGIFS)

Diagnóstico Principal	Internamentos			Óbitos			Letalidade (%)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
D. Isquémica do Coração	12444	6086	18530	918	738	1656	7,38	12,13	8,94
1 Enfarte Ag. do Miocárdio	6313	3059	9372	704	543	1247	11,15	17,75	13,31
9 Angina Pectoris	1048	681	1729	10	6	16	0,95	0,88	0,93
9 Outras	5083	2346	7429	204	189	393	4,01	8,06	5,29
D. Cerebrovascular	14196	13765	27961	2622	2532	5154	18,47	18,39	18,43
9 Hemorragia Cerebral	2207	1832	4039	527	401	928	23,88	21,89	22,98
3 Trombose Cerebral	10130	9966	20096	1788	1852	3640	17,65	18,58	18,11
9 Outras	1859	1967	3826	307	279	586	16,51	14,18	15,32
9 Outras D. Ap. Circulatório	20806	21095	41901	1758	1563	3321	8,45	7,41	7,93
Total	47446	40946	88392	5298	4833	10131	11,17	11,80	11,46
D. Isquémica do Coração	15897	7656	23553	850	716	1566	5,35	9,35	6,65
1 Enfarte Ag. do Miocárdio	6706	3371	10077	654	553	1207	9,75	16,40	11,98
9 Angina Pectoris	1352	848	2200	10	5	15	0,74	0,59	0,68
9 Outras	7839	3437	11275	186	158	344	2,37	4,60	3,05
D. Cerebrovascular	14589	14465	29054	2538	2611	5149	17,40	18,05	17,72
9 Hemorragia Cerebral	2792	2524	5316	683	607	1290	24,46	24,05	24,27
9 Trombose Cerebral	9762	9684	19446	1555	1756	3311	15,93	18,13	17,03
6 Outras	2035	2257	4292	300	248	548	14,74	10,99	12,77
6 Outras D. Ap. Circulatório	22388	23973	46361	1746	1846	3592	7,80	7,70	7,75
Total	52874	46094	98968	5134	5173	10307	9,71	11,22	10,41

⁷ GDH - Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo resultam da codificação dos episódios de internamento verificados anualmente nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Chama-se à atenção que esta fonte contabiliza os episódios de internamento e não os casos de doença. Um caso pode gerar vários episódios, embora essa situação não seja muito frequente no âmbito da patologia que estamos a analisar

⁸ INS - O Inquérito Nacional de Saúde recolhe informação de saúde a partir de uma amostra aleatória estratificada que em 1987 e 1995/96 foi representativa do Continente.

a letalidade por DCV tem sido, nos últimos anos, um pouco mais elevada no sexo feminino. A Hemorragia Cerebral tem vindo a aumentar e é, dentro das DCV, a patologia com mais elevada letalidade, 24,3% em 1996.

Na rede Médicos-Sentinela, a informação resulta dos casos notificados por cerca de 200 Médicos de Clínica Geral⁽⁴⁾, que mantém sob observação uma população, constituída pelas suas listas de utentes, cerca de 300000 pessoas. Apesar de se conhecerem algumas flutuações anuais (Quadro IV), estimam-se as incidências de algumas das principais componentes das DAC, os AVC, os AIT e o Enfarte do Miocárdio (EM).

Quadro IV - Estimativas de incidência (/10⁵) de algumas DAC ocorridas na rede de Médicos-Sentinela, entre 1990 e 1996.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
AVC	187,4	166,0	197,5	213,7	206,4	171,3	181,7
EM	67,1	66,2	60,7	66,5	33,4	60,7	69,5
AIT	126,3	110,7	113,6	118,7	76,5	78,3	88,0

Fonte: Rede Médicos-Sentinela-Relatórios anuais (vários anos)

O Inquérito Nacional de Saúde recolheu, em 1995⁽⁵⁾, numa amostra, representativa do Continente, de 18000 unidades de habitação, cobrindo 49718 indivíduos, informação sobre as alterações do seu estado de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista. As DAC revelaram-se a segunda causa de alteração do estado de saúde, 14,7% dos entrevistados, logo atrás dos problemas do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo referidos por 28,3% dos entrevistados.

Estatísticas internacionais referem que, em média, 1 de cada 3 indivíduos podem sofrer de alguma das DAC, sendo previsível que 1 em 4 venha a falecer devido a ela⁽⁶⁾.

1- As Doenças Cerebrovasculares

Mortalidade

As DCV constituem, desde há longos anos, a principal componente das DAC na população portuguesa, sobretudo nas idades mais avançadas. Como se viu no quadro I, foram responsáveis, em 1987, por 56% dos óbitos desse grupo, tendo decrescido para 53% em 1996. Apesar deste decréscimo, as taxas de mortalidade, continuam ainda a ser das mais elevadas da Europa (Figura 1).

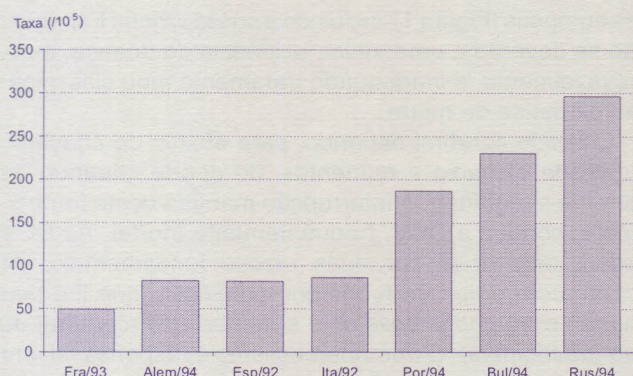


Figura 1 - Taxas de mortalidade por DCV nalguns países europeus.

Efectivamente, com excepção de alguns países do leste europeu, como a Bulgária e a Rússia, Portugal destaca-se com valores quase duplos da Espanha e triplos da França.

Tratando-se de uma doença que afecta predominantemente o idoso, ela foi responsável, em 1996, por 21737 óbitos em indivíduos de 65 e mais anos, ou seja, 54,5% dos óbitos por DAC na mesma classe etária e 22,3% dos óbitos homólogos por todas as causas de morte.

As taxas de mortalidade padronizadas pela idade nos dois sexos, têm revelado uma tendência decrescente na última década (Figura 2), apesar das flutuações verificadas em 1991 e 1993.

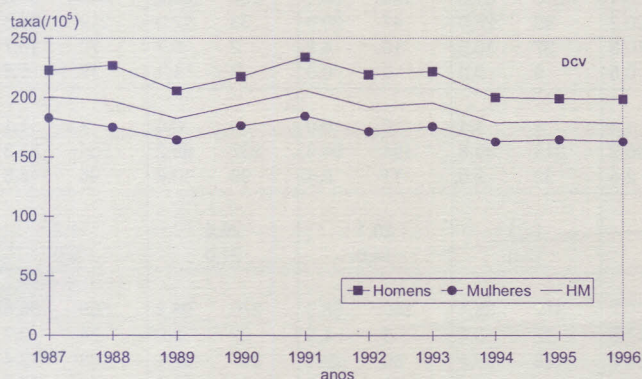


Figura 2 - Evolução das taxas de mortalidade padronizadas para a idade por DCV (/10⁵ hab.) em Portugal, segundo o sexo, no período 1987-1996.

Mantendo-se estável o diferencial entre as taxas nos dois sexos, com valores para o sexo masculino, em 1987 e 1996, 1,2 vezes superiores aos do sexo feminino, verificou-se um decréscimo das taxas, entre 1987 e 1996, que foi, globalmente, de 11,0% para o sexo masculino e de 5,4% para o sexo feminino. Podem-se observar no quadro V, as reduções verificadas em cada grupo etário.

O sexo feminino registou decréscimos mais pronunciados, com variações negativas da ordem dos 40% entre os 55 e os 74 anos. No sexo masculino, verificaram-se variações menos pronunciadas e uma subida de 11% na taxa de

mortalidade do grupo 35-44 anos. De realçar, no entanto, que o reduzido número de óbitos que ocorre anualmente nestas idades, comparativamente às verificadas noutros grupos etários, torna esta variação menos importante.

Quadro V - Variação (%) das taxas de mortalidade por DCV, segundo o grupo etário e sexo, em Portugal, no período 1987-1996.

Sexo	Grupos etários				
	35-44	45-54	55-64	65-74	>=75
H	11,2	-14,9	-24,6	-32,0	-3,8
M	-26,7	-27,2	-44,6	-42,2	-3,1

A variação percentual das taxas de mortalidade por DCV, nos Distritos e Regiões Autónomas, segundo o sexo, no período 1987-1996, encontra-se registada no quadro VI. A Região Autónoma dos Açores registou o maior acréscimo percentual das taxas de mortalidade por DCV, com +24,2% no sexo masculino e +17,6% no sexo feminino. Por outro lado, Setúbal e Évora foram os Distritos onde, na última década, as taxas de mortalidade registaram maiores decréscimos, -21,7% no sexo masculino em Setúbal e -34,0% no sexo feminino em Évora.

Quadro VI - Variação percentual das taxas de mortalidade por DCV, padronizadas para a idade, nos Distritos e Regiões Autónomas, segundo o sexo, no período 1987-1996.

Distrito ou Região	Homens			Mulheres		
	1987	1996	Δ%	1987	1996	Δ%
Aveiro	224,0	187,1	-16,5	184,4	166,7	-9,6
Beja	199,7	192,3	-3,7	170,0	190,2	11,9
Braga	278,3	244,1	-12,3	214,0	180,0	-15,9
Bragança	220,8	222,1	0,6	177,2	152,1	-14,2
Castelo Branco	200,1	179,8	-10,1	162,0	147,2	-9,1
Coimbra	221,5	198,2	-10,5	192,4	163,2	-15,2
Évora	210,6	170,2	-19,2	177,6	117,3	-34,0
Faro	196,2	214,9	9,5	165,2	157,7	-4,5
Guarda	217,6	193,9	-10,9	184,7	150,6	-18,5
Leiria	243,5	197,4	-18,9	224,6	174,0	-22,5
Lisboa	215,0	171,8	-20,1	167,0	140,3	-16,0
Portalegre	203,2	174,2	-14,3	189,2	146,4	-22,6
Porto	237,4	216,8	-8,7	207,1	192,3	-7,1
Santarém	228,2	197,8	-13,3	168,2	155,4	-7,6
Setúbal	221,7	173,6	-21,7	173,8	153,4	-11,7
Viana do Castelo	268,9	232,1	-13,7	214,2	217,2	1,4
Vila Real	242,3	230,3	-5,0	168,4	156,1	-7,3
Viseu	268,0	230,1	-14,1	216,0	174,3	-19,3
RA Açores	168,5	209,3	24,2	144,3	169,7	17,6
RA Madeira	190,4	179,3	-5,8	165,5	142,1	-14,1
Portugal	222,5	198,1	-11,0	182,9	162,3	-11,3

Para além do grande número de óbitos que originam, as DCV, constituem um dos principais problemas de saúde pública, pelo seu impacto em termos de morbilidade e incapacidade^(5,6,7,8). Estima-se que, aproximadamente, um milhão de DCV isquémicas ocorram no espaço da Comunidade Europeia em cada ano e que os gastos, por elas condicionadas, se situem entre os 3 e 5% dos orçamentos dos Serviços de Saúde dos estados membros⁽⁶⁾. Contudo,

apesar deste cenário, verifica-se uma considerável variação nas razões padronizadas... de mortalidade entre os vários países.

Assim, em torno de um valor médio europeu assumido de 100 (método de padronização indirecta), estas razões variavam, há dez anos atrás, entre os 78 em França e 199 em Portugal⁽⁶⁾, enquanto que, mais recentemente, as taxas ajustadas variavam entre 49,7/10⁵ e 178,0/10⁵ respectivamente, nos mesmos países. Estas variações podem dever-se a múltiplas circunstâncias, entre as quais, a diferenças de incidência, de hospitalização, de letalidade, de classificação e de tratamento.

Morbilidade

As estimativas de incidência de DCV nalguns países europeus, variam entre 1,5/10³ em França e 2,5/10³ na Itália, com 2/10³ no Reino Unido⁽⁶⁾. Em Portugal (Quadro IV), a incidência de AVC, medida através da rede Médicos-Sentinela, situa-se nos 2/10³. Mesmo admitindo um certo nível de subestimação neste valor, as diferenças na mortalidade, observadas na comparação com outros paí-

ses europeus (Figura 1), incluindo a nossa vizinha Espanha, não se deverão a uma maior incidência da doença, mas, provavelmente, a inadequado tratamento e/ou classificação da causa de morte.

O tecido cerebral depende, para efeitos de abastecimento de oxigénio e nutrientes, do aporte contínuo da corrente sanguínea. A interrupção mantida deste fornecimento, conduz à DCV, frequentemente mortal. As DCV podem originar-se por duas razões fundamentais, de acordo com o tipo do fenómeno patológico que lhe deu origem: o *tromboembolismo* e a *hemorragia (cerebral ou sub-aracnoideia)*. O tromboembolismo é responsável, em média, por 2/3 dos AVC, sendo o trombo originado em qualquer parte do sistema circulatório. A maioria forma-se no coração ou nas carótidas, encontrando-se frequentemente associados à redução da pressão arterial e a arritmias^(9,10). Com o objectivo de ilustrar as características dos casos de AVC internados, bem como, dos procedimentos diagnósticos levados a cabo, seleccionaram-se alguns hospitais e centros a nível europeu⁽¹¹⁾ para se poder estabelecer algumas comparações (Quadro VII).

Quadro VII - Características dos doentes com AVC (nº e %) e procedimentos a que foram submetidos durante o internamento e seguimento, no âmbito do projecto: EC STROKE Study****

Parâmetros avaliados	St. Thomas (R. Unido)		Dijon (França)		Florença (Itália)		Barcelona (Espanha)		Hamburgo (Alemanha)		Almada (Portugal)	
Total de admissões	216		213		354		205		275		657	
Idade média dos doentes	71,5		74,8		74,1		73,4		70,3		69,5	
Grau de consciência na admissão (nº e %):												
Consciente	142	65,7	147	69,1	218	61,6	154	75,1	237	86,2	356	54,2
Sonolento/Semiconsciente	59	27,3	43	20,2	99	28,0	41	20,0	33	12,0	219	33,3
Coma	12	5,6	22	10,3	37	10,5	10	4,9	2	0,7	70	10,7
S/informação	3	1,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	3	1,1	12	1,8
Diagnóstico de AVC (nº e %):												
Subaracnoide	5	2,3	3	1,4	4	1,1	0	0,0	0	0,0	7	1,1
Outro	16	7,4	205	96,2	318	89,8	194	94,6	237	86,2	554	84,3
Não classificados	195	90,3	5	2,4	32	9,0	11	5,4	38	13,8	96	14,6
Tempo de internamento:												
Média (excl. mortes)	43,6		16,9		14,3		20,1		25,0		11,2	
Mediana (excl. mortes)	24,0		12,0		12,0		14,0		21,0		9,0	
Exames auxiliares efectuados (nº e %):												
Imagiologia	155	71,7	206	96,7	312	88,1	140	68,3	270	98,2	569	86,6
Angiografia	9	4,2	38	17,8	12	3,4	3	1,5	22	8,0	24	3,7
Doppler	50	23,1	174	81,7	128	36,1	60	29,3	267	97,1	88	13,4
Ecocardiograma	77	35,6	119	55,9	65	18,4	16	7,8	120	43,6	151	23,0
Neurocirurgia	1	0,5	2	0,9	5	1,4	1	0,5	3	1,1	4	0,8
Cirurgia carotídea	0	0,0	8	3,8	2	0,6	1	0,5	8	2,9	0	0,0
Outra cirurgia vascular	1	0,5	6	2,8	2	0,6	0	0,0	1	0,4	2	0,3
Doentes que faleceram no hospital (%)	20,8		13,6		19,5		15,6		4,0		13,4	
Letalidade aos 3 meses (%)	30,0		17,0		24,0		20,0		11,0		20,4	
Seguimento (follow-up) dos vivos aos 3 meses (%)	71,0		100,0		91,0		76,0		60,0		47,0	

Constatamos que, na série de hospitais em análise, os doentes que foram admitidos no hospital Garcia de Orta (Almada), com o diagnóstico de AVC, têm a mais baixa idade média, 69,5 anos, semelhante, aliás, ao valor médio encontrado na base de dados dos GDH, para a generalida-

de dos episódios de internamento por essa causa em Portugal em 1996.

A grande maioria destes indivíduos chegou ao hospital consciente ou semi-consciente (87,5%), enquanto que 10,7% chegaram na situação de coma.

*** Quociente entre um valor "observado" e um "esperado" (teórico) multiplicado por uma constante: 100, no âmbito de um procedimento de padronização pelo método indirecto, que se obtém pela aplicação de uma taxa padrão a uma população específica que se quer analisar.

**** Colaboraram neste estudo por Portugal: Hospital Garcia de Orta: Dr^o M A Santos, Dr. J Namora, Dr^o I Remédios, Dr. J Coisinha, Prof.Dr.B Almeida e Prof.Dr. M O Carrageta; Direcção-Geral da Saúde: Dr. A Dias e Técnico de Informática L Prouença

Os AVC letais até à chegada ao hospital, não foram considerados no estudo.

Em Almada, a hemorragia subaracnoideia verificou-se em apenas 1,1% dos casos; a hemorragia cerebral terá ocorrido em 13,9%; os enfartes cerebrais em 20,1%, sendo os PACI (Enfarte Parcial da Circulação Anterior) 15,4% e os lacunares 17,2%.

A maior parte (86,6%) dos diagnósticos foram apoiados em imagiologia e, em 3,7%, foi igualmente feita angiografia.

Os tempos de internamento hospitalar, médio e mediano, foram os mais baixos da série estudada.

Faleceram, durante o internamento, 13,4% dos doentes, sendo a letalidade aos 3 meses de seguimento (*follow-up*) de 20,4%. Julga-se que a investigação nesta área, apoiada nomeadamente em autópsias, deveria merecer maior atenção, face ao potencial contributo quer no que respeita à interpretação do fenómeno, quer na avaliação da qualidade da informação baseada nas causas da morte.

2 - Doença Isquémica do Coração

Mortalidade

Contrariamente ao que acontece na DCV, a DIC apresenta, em Portugal taxas de mortalidade relativamente baixas em relação ao padrão europeu (Figura 3).

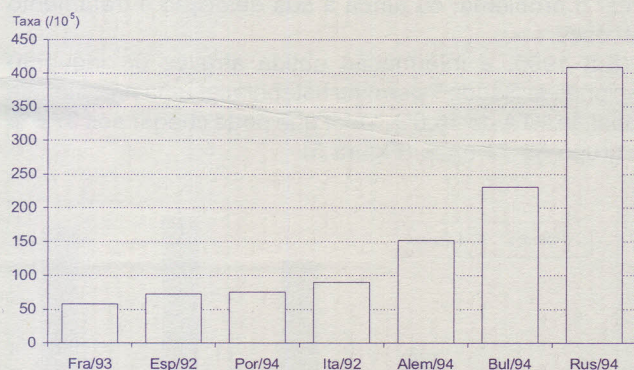


Figura 3 - Taxas de mortalidade (/10⁵) por DIC nalguns países europeus.

As taxas de mortalidade por DIC, padronizadas pela idade, registadas em Portugal, de 1987 a 1996, ficaram aquém do que a tendência verificada no início dos anos 80 fazia supor⁽⁸⁾. De facto, as taxas que vinham revelando uma tendência decrescente até 1987, revelaram alguma estabilidade na última década (Figura 4), apesar das flutuações verificadas em 1991 e 1993 e que são comuns à generalidade das patologias estudadas.

O diferencial entre as taxas nos dois sexos reduziu-se de 2,1 vezes superior no sexo masculino em 1987, para 1,9 vezes, em 1996. De facto, entre 1987 e 1996, verificou-se uma redução de 3,8% nas taxas do sexo masculino, mas uma subida de 4,6% nas taxas do sexo feminino. As variações percentuais, segundo o sexo e grupo etário, encontram-se no quadro VIII, podendo ser observado o comportamento distinto dos dois sexos.

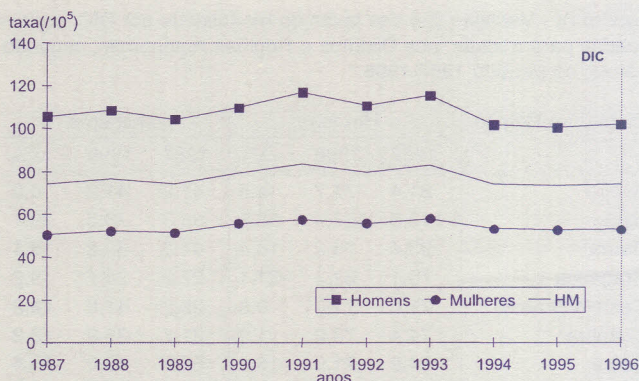


Figura 4 - Evolução das taxas de mortalidade padronizadas para a idade por DIC (/10⁵ hab.) em Portugal, segundo o sexo, no período: 1987-1996.

Quadro VIII - Variação (%) das taxas de mortalidade por DIC, segundo o grupo etário e sexo, em Portugal, no período 1987-1996.

Sexo	Grupos etários				
	35-44	45-54	55-64	65-74	>=75
H	-4,0	14,9	20,0	12,4	-10,9
M	-45,7	-21,0	-35,1	-13,7	19,3

Assim, no sexo masculino, verificam-se subidas a partir dos 45 e até aos 74 anos, sendo de 20,0% na classe 55-64 anos. Por outro lado, nos homens com mais de 75 anos, o decréscimo foi de 10,9% ao longo da década. No sexo feminino, regista-se um padrão generalizado de decréscimo, sendo de salientar que, no grupo de 55-64 anos ele atinge os 35,0%. Registou-se, porém, uma subida importante nas taxas de mortalidade das mulheres de 75 e mais anos (19,3%), contrariamente ao verificado nos homens. O grande decréscimo do grupo 35-44 tem pouco significado, dado que ocorreu numa classe etária onde o número relativo de óbitos é pequeno e, portanto, sujeito a maiores flutuações.

A variação percentual das taxas de mortalidade por DIC, nos Distritos e Regiões Autónomas, segundo o sexo, no período 1987-1996, encontra-se no quadro IX.

A Região Autónoma dos Açores registou o maior acréscimo percentual das taxas de mortalidade por DIC, com +50,8% no sexo masculino e +60,5% no sexo feminino. Por outro lado, Leiria foi o Distrito onde as taxas padronizadas registaram um decréscimo mais marcado no sexo masculino (-39,3%), enquanto que Viana do Castelo foi o Distrito onde as taxas mais decresceram, no sexo feminino (-31,7%).

Morbilidade

De acordo com o quadro III, o número de episódios de internamento por DIC, nos hospitais do SNS, em 1996, foi de 23553, 10077 (42,7%) dos quais com diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio e 2200 (9,3%) com o diagnóstico de Angina Pectoris.

Quadro IX - Variação (%) das taxas de mortalidade por DIC, padronizadas para a idade, nos Distritos e Regiões Autónomas, segundo o sexo, no período 1987-1996.

Distrito ou Região	Homens			Mulheres		
	1987	1996	Δ%	1987	1996	Δ%
Aveiro	81,4	77,7	-4,5	41,2	41,2	0,0
Beja	113,3	157,4	38,9	56,3	78,3	39,1
Braga	93,4	76,2	-18,4	41,3	39,2	-5,1
Bragança	79,1	62,4	-21,1	27,2	24,7	-9,2
Castelo Branco	71,0	71,6	0,8	28,2	41,8	48,2
Coimbra	74,4	73,0	-1,9	31,7	35,9	13,2
Évora	84,8	71,9	-15,2	53,2	45,0	-15,4
Faro	85,7	101,4	18,3	41,5	41,1	-1,0
Guarda	89,7	70,8	-21,1	34,6	36,2	4,6
Leiria	83,7	50,8	-39,3	42,4	33,2	-21,7
Lisboa	149,4	148,9	-0,3	74,6	82,1	10,1
Portalegre	113,4	120,2	6,0	56,6	72,1	27,4
Porto	122,3	80,2	-34,4	48,3	38,1	-21,1
Santarém	87,6	87,5	-0,1	40,9	49,1	20,0
Setúbal	110,9	133,0	19,9	65,1	72,6	11,5
Viana do Castelo	99,7	84,5	-15,2	43,6	29,8	-31,7
Vila Real	76,4	69,2	-9,4	37,6	36,6	-2,7
Viseu	78,5	61,8	-21,3	38,6	28,4	-26,4
RA Açores	161,8	244,0	50,8	57,0	94,9	66,5
RA Madeira	72,7	100,9	38,8	41,5	58,3	40,5
Portugal	105,6	101,6	-3,8	50,4	52,7	4,6

A estimativa de incidência de Enfarte Agudo do Miocárdio (EM), gerada pela rede Médicos-Sentinela, poderá estar subavaliada, uma vez que algumas das situações isquémicas agudas recorrem, directamente, à urgência dos hospitais, outras são seguidas no hospital ou na clínica privada. De qualquer modo, a estimativa média de incidência, no período (não incluindo 1994, pelo seu desvio dos restantes anos), ronda os 64,2/10⁵ (Quadro IV) e deverá ser aproximadamente essa, a demanda de cuidados a nível da Clínica Geral.

A taxa de letalidade de EM, para o período 91-96, calculada a partir dos dados da rede Médicos-Sentinela, foi de 28,8%, mais do dobro da encontrada através dos GDH (13% em 1993 e 12% em 1996) (Quadro III). Contudo, essa diferença dilui-se quando se considera, apenas, os casos hospitalizados, notificados pela rede (Quadro X).

Quadro X - Taxa de letalidade (%) de EM, em 1^{os} episódios e recidivas, segundo a hospitalização, 1991-1996

EM	Hospitalização		Total
	Sim	Não	
1 ^o episódio	13,0	55,1	24,3
Recorrente	29,5	83,9	42,9
Total	17,1	60,5	28,8

Fonte: Rede Médicos-Sentinela

A letalidade mais elevada foi encontrada nos EM recorrentes não hospitalizados, 83,9%, enquanto que a mais baixa se deveu aos 1^{os} episódios hospitalizados, 13% (Quadro X). No entanto, é bem possível que a maior letalidade encontrada entre os não hospitalizados, 60,5%,

se tenha devido a morte súbita, antes da possibilidade de um internamento.

Três outras situações igualmente importantes no domínio das doenças cardiovasculares, embora com um peso relativamente menor, são as Doenças Hipertensivas e o Acidente Isquémico Transitório (AIT) e a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

3 - Doenças Hipertensivas

A importância relativa das Doenças Hipertensivas (DH), responsáveis por cerca de 2% dos óbitos verificados no grupo das DAC, tem-se mantido estável ao longo da década. Dos seus cinco componentes, destaca-se a Doença Cardíaca Hipertensiva com 70,1% dos óbitos do grupo. Seguem-se a Hipertensão Essencial com 17,3% dos óbitos, a Doença Renal Hipertensiva com 8,2% e a Doença Cardiorenal Hipertensiva com 4,4%.

O principal factor de risco associado à ocorrência das DAC é a hipertensão arterial (HTA). Contudo, numa elevada percentagem de indivíduos, a HTA revela-se assintomática, ou manifesta-se apenas de uma forma lábil, até que um ou mais órgãos alvo sejam atingidos, nomeadamente, o coração e os rins. O tratamento da HTA, nesta fase, é já tardio. Efectivamente, os esforços deverão ser dirigidos, eminentemente, à prevenção primária, tentando evitar o problema, ou ainda à sua detecção e tratamento precoces.

Em 1995, a informação obtida através do Inquérito Nacional de Saúde⁽⁵⁾ permitiu estabelecer uma prevalência global de HTA de 15,6%, valor que pode chegar aos 37,6% no grupo 65-74 anos (Figura 5).

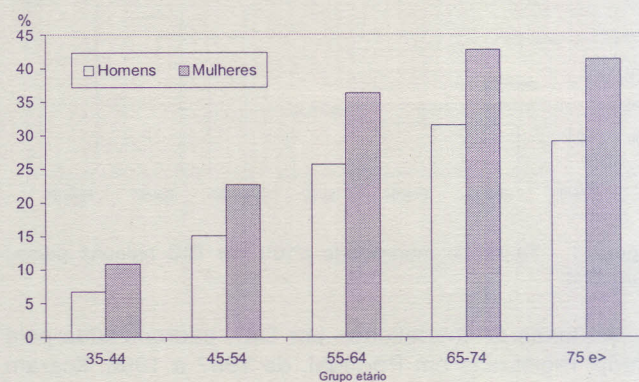


Figura 5 - Prevalência de HTA declarada pelos entrevistados, segundo o INS - 1995

O sexo feminino apresentou prevalências sempre superiores às do sexo masculino, em todos os grupos etários, atingindo 42,7% no grupo de 65-74 anos.

Igualmente importante, é o facto de, entre os 35 e os 44 anos, 9,0% da população já ser hipertensa, registando-se mais do dobro desse valor (19,1%) nos indivíduos de 45-54 anos. Um estudo recente, levado a cabo pela Fundação Portuguesa de Cardiologia e a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral⁽¹²⁾, mostra que 54,3% dos 1008 indivíduos entrevistados a nível nacional, está convencida de que a HTA "é uma doença que tem cura e portanto não precisa de ser vigiada e controlada regularmente".

4 - Acidentes Isquémicos Transitórios

Morbilidade

Ao contrário dos AVC, que podem ser confirmados por sinais clínicos e neuro-imagem, os AIT estão frequentemente limitados aos sintomas referidos pelo doente ou pelos seus familiares e a exames sumários, sem teste diagnóstico de apoio. Os AIT podem acontecer isoladamente mas, outras vezes, precedem acidentes mais abrangentes e/ou definitivos do território vascular cerebral e, sendo verdadeiros AVC, são frequentemente diagnosticados como AIT⁽¹³⁾.

A rede Médicos-Sentinela tem estudado os AIT desde 1990, sendo, apesar de tudo, relativamente limitado o número anual de ocorrências na população sob observação. Esta circunstância limita a estimativa de taxas anuais, bem como, a inferência da sua importância a nível nacional. No entanto, à falta de outras fontes de base populacional e a casuística de sete anos (1990-96) apresentada no Quadro IV, apoiada em mais de um milhão de casos estudados, poderá ajudar a caracterizar e a definir a importância do problema na população portuguesa.

No período de referência do estudo, registou-se uma taxa de incidência de 97,7/10⁵, correspondendo a 1051 casos, 527 dos quais ocorreram no sexo masculino (103,1/10⁵) e 524 no sexo feminino (92,8/10⁵). As taxas de incidência no sexo masculino foram sempre mais elevadas do que no sexo feminino, aumentando esta diferença, progressivamente, com a idade (Figura 6).

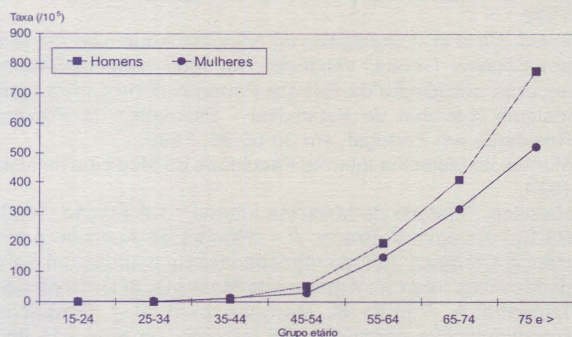


Figura 6 - Incidência de AIT segundo o sexo e grupo etário no período 1990-1995

Não se verificaram AIT abaixo dos 15 anos de idade no sexo feminino e abaixo dos 35 anos no sexo masculino, sendo, aliás, a partir desta idade que as taxas assumem algum significado.

Aplicando as taxas específicas segundo a idade e sexo, encontradas na população sob vigilância na rede Médicos-Sentinela, à população portuguesa estimada pelo INE para o meio do ano de 1996⁽¹⁷⁾, pode-se estimar o número de AIT que deveriam ter ocorrido em Portugal nesse ano, ou seja, 9132 casos, sendo 4572 no sexo feminino e 4560 no sexo masculino.

A distribuição mensal dos casos em função do ano de ocorrência revelou uma diferença estatisticamente significativa $\chi^2=259,7$ (55 g.l.; $p<0,001$).

5- Insuficiência Cardíaca Congestiva

A ICC é um estado patológico no qual uma anomalia da função cardíaca impede o coração de assegurar um débito cardíaco correspondente ao retorno venoso e adaptado às necessidades metabólicas do organismo. Os sinais clínicos, as lesões anatómicas e os dados hemodinâmicos permitem classificar a ICC em *direita*, *esquerda* e *global*, sendo este último estado resultante da evolução natural da insuficiência cardíaca esquerda⁽¹⁵⁾. Uma evolução curta determina lesões anatómicas facilmente reversíveis (estase a montante), ao passo que uma evolução prolongada condiciona lesões poliviscerais.

Entre as principais causas desencadeantes⁽¹⁶⁾ descrevem-se: a hipertensão sistémica, o enfarte do miocárdio, a embolia pulmonar, as arritmias, a miocardite, a endocardite bacteriana, a anemia, a tireotoxicose e a gravidez.

Mortalidade

Em 1996, em Portugal, a ICC foi responsável por 5218 mortes, correspondendo a 4,9% da totalidade dos óbitos verificados nesse ano. Tem-se constatado, porém, um ligeiro decréscimo das taxas nos últimos anos. De facto, a taxa de mortalidade por esta causa era, em 1993, de 52,6/10⁵, tendo evoluído para 50,6/10⁵, em 1996. No período 1993-1996, a taxa específica, no sexo masculino, foi de 42,9/10⁵ tendo sido de 57,6/10⁵ no sexo feminino. As taxas de mortalidade pelos vários componentes da ICC, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão (CID-9), foram consistentemente mais elevadas no sexo feminino (Quadro XI).

Quadro XI - Taxas de mortalidade por ICC, segundo os vários componentes CID-9, por 10⁵ habitantes, segundo o sexo, no período 1993-1996.

ICC	CID-9	Sexo	
		H	M
ICC Direita	428.0	17,1	21,9
ICC Esquerda	428.1	2,4	2,7
ICC Não Especificada	428.9	41,5	33,1
Total		42,9	57,6

As idades médias de ocorrência do óbito foram bastante elevadas, rondando os 77 anos no sexo masculino e 81 no sexo feminino, diferença esta estatisticamente significativa ($t=11,75$; $p<0,001$).

Morbilidade

Em Portugal, são escassos os estudos publicados sobre a morbilidade por ICC, baseando-se os existentes em séries de casos, de base institucional^(17,18). Não se conhecendo estudos de base populacional, a melhor estimativa da importância do problema apenas pode ser obtida através do internamento hospitalar (GDH). Assim, constata-se que, entre 1993 e 1996, a ICC foi responsável por 1,32% a 1,21% dos internamentos registados nos 97 hospitais do SNS (Quadro XII).

Quadro XII - Episódios de internamento totais e por ICC, de 1993 a 1996

Internamentos	1993	1994	1995	1996
Total	869779	871301	862400	879356
ICC (428.0-428.9)	nº 11444	11623	10469	10859
	% (1,32)	(1,33)	(1,21)	(1,23)

Os subgrupos CID-9, em que os GDH permitem uma estratificação, resumem-se aos três antes referidos para a mortalidade, sendo a importância relativa da ICC Direita a mais importante e consistente no período: 77,1% em 1993 e 76,3% em 1996 (Quadro XIII). Segue-se a ICC Esquerda (CID-9: 428.1) que parece ter aumentado um pouco, no período de referência, com 14,6% em 1993 e 16,3% em 1996 e, por último, a ICC Não Especificada (CID-9: 428.9) que decresceu ligeiramente, com 7,4% em 1996.

Quadro XIII - Internamentos por ICC, causa de internamento e sexo, em 1993 e 1996

Internamentos por ICC (CID-9)	1993				1996			
	H	M	Total	%	H	M	Total	%
Direita (428.0)	4170	4653	8823	77,1	3852	4440	8292	76,3
Esquerda (428.1)	737	926	1663	14,5	839	926	1765	16,3
N/Espec. (428.9)	441	517	958	8,4	371	431	802	7,4
Total	5348	6096	11444	100	5062	5797	10859	100

A letalidade ocorrida durante o internamento, neste grupo de patologias, é elevada e constante nos últimos anos e ronda os 14,5%, sendo proporcionalmente mais elevada na ICC Esquerda (CID-9: 428.1) (Quadro XIV).

Quadro XIV - Internamentos e letalidade (%) por ICC, segundo os GDH em 1993 e 1996

Internamento por ICC (CID-9)	1993			1996		
	Total	Óbitos	Letal.	Total	Óbitos	Letal.
Direita (428.0)	8823	1223	13,9	8292	1222	14,7
Esquerda (428.1)	1663	267	16,1	1765	254	14,4
Não Especificada (428.9)	958	147	15,3	802	105	13,1
Total	11444	1637	14,3	10859	1581	14,6

Discussão

A informação, disponibilizada neste artigo, pretende suportar, com elementos objectivos, as intervenções preventivas no domínio da patologia cardiovascular. Utilizou-se, para tanto, a informação institucional disponível, tão actualizada quanto possível, e a não institucional, sempre

que devidamente fundamentada. Quer uma, quer outra, têm as suas limitações metodológicas, mas podem habilitar o leitor a orientar a sua acção no domínio da prevenção e do diagnóstico precoce destas situações.

Referências bibliográficas

- (1) Instituto Nacional de Estatística - "Estatísticas da Saúde", 1987-96;
- (2) Instituto Nacional de "Estatísticas Demográficas", 1987-96;
- (3) Organização Mundial de Saúde - "World Health Statistics - 1995"; Geneve; 1996;
- (4) Médicos-Sentinela - Relatórios de vários anos; Direcção-Geral da Saúde, 1991-1997;
- (5) Inquérito Nacional de Saúde 1995/96; Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; Lisboa, 1997;
- (6) Office of Health Economics - "Stroke"; 1988: 3-5.
- (7) Botelho JS, Dias JA, Motta LC - Atlas da Mortalidade Evitável em Portugal; DEPS, 1993: 100-101;
- (8) Dias JA, Falcão IM - Análise da variação percentual das taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral e Doença Isquémica do Miocárdio, nos triénios 80-82 a 90-92, a nível distrital; Saúde em Números; 1994, Vol.9, Nº 1: 5-7;
- (9) Toole JF, Lefkowitz DS, Chambless LE et al - Self reported Transient Ischaemic Attack and Stroke Symptoms: methods and baseline prevalence; Am.Jour.Epid., 1966; Vol.144, Nº9: 849-856;
- (10) Koudstaal PJ, van Gijn J, Staal A et al - Diagnosis of transient ischemic attacks: improvement of interobserver agreement by a check list in ordinary language; Stroke, 1986; 17: 723-728;
- (11) Beech R, Ratcliffe M, Tilling K et al - Hospital services for stroke care. A European Perspective. European Study of Stroke Care; Stroke, Nov. 1996; 27 (11): 1958-64;
- (12) Fundação Portuguesa de Cardiologia - Muitas ideias erradas sobre o nosso coração; Jornal do Coração, nº1; ano IX; Março 1997;
- (13) Ferro, JM et al - Diagnóstico de Acidente Isquémico Transitório por Clínicos Gerais: Validação, na rede Médicos-Sentinela; aguarda publicação da Revista Portuguesa de Clínica Geral;
- (14) Instituto Nacional de Estatística - Estimativa da População Residente em Portugal, em 30-06-95; 1996.
- (15) Manual de Medicina Interna; Faculdade de Medicina de Lisboa, 1974
- (16) Harrison, "Tratado de Medicina Interna"; 13ª Edição, 1993
- (17) Ribeiro J, Lopes V, Branco A - "Fibrilhação Auricular e Insuficiência Cardíaca: Estudo retrospectivo de 3 anos num Serviço de Medicina Interna"; Arquivos de Medicina, 8(1), 1994: 52-56;
- (18) Trindade A, Venília B, Marques L et al - "Taquicardia supraventricular paroxística no lactente - a propósito de um caso clínico"; Nascer e crescer; Vol. II, Nº3, Setembro de 1993:183-186;

Este artigo teve por base um trabalho que originou um outro artigo publicado no Jornal do Coração, n.º 4, Outubro, 1997, da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 847 55 15
Fax: 847 68 39

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:

EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO - 2675 ODIVELAS
MARÇO/98
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 59272/92
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da DGS

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor