

Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil

Mortality due to hypertensive disease in 20 to 49 year-old women in the City of São Paulo, SP, Brazil

Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho
Aluno de Iniciação Científica (curso de Nutrição)
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP, Brasil
alexdiasporto@yahoo.com.br

Ruy Laurenti
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Sabina Léa Davidson Gotlieb
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Maria Helena Prado de Mello Jorge
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

Resumo

As doenças hipertensivas (DH) constituem importante causa de morte na população brasileira. A análise da sua mortalidade, por meio apenas de causas básicas de morte, fica prejudicada, já que, pelas regras da CID-10, ela não é assim codificada na presença de algumas doenças. Além disso, fica também sujeita à qualidade do preenchimento da declaração de óbito (DO), o que pode levar à sua subestimação. O objetivo deste trabalho é descrever as doenças hipertensivas como causa básica ou associada na mortalidade de mulheres de 20 a 49 anos, residentes no Município de São Paulo, além de mensurar o ganho da informação após a investigação. Através da metodologia RAMOS (baseada em pesquisa familiar e de prontuários, com elaboração de uma nova DO e comparação desta com a original) foi possível uma correção dos dados. Foram analisados 1.833 óbitos, havendo um ganho total de informação de 60% nos casos com menção de DH. Assim, nas DO novas houve 4,4% e 17,7% dos casos com menção da DH como causa básica e associada, respectivamente. Nos óbitos em que a causa básica foi doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral, a DH foi mencionada como causa associada em 53,1% e 67,3% dos óbitos, respectivamente. A menção de hipertensão aumentou com a idade de óbito, chegando a sua presença em 30,9% dos casos na faixa etária de 40 a 49 anos. A presente pesquisa permitiu um ganho de informação e uma análise mais aprofundada da presença da DH como causa básica e associada de morte.

Palavras-chave: Mortalidade. Hipertensão. Causa básica de morte. Causa múltipla. Saúde da mulher.

Abstract

Hypertensive disease (HD) is an important cause of death in the Brazilian population. The analysis of its mortality, based only on the underlying cause of death, is underreported because, by the rules of ICD-10, it is never coded as an underlying cause of death when some other special disease is present. It also depends on how the death certificate (DC) is filled out. The aim of this study was to verify the quality of filling out and the presence of HD among the deaths of 20 to 49 year-old women, residents of the City of São Paulo, and that occurred in the first semester of 2002. Using the RAMOS methodology (through an investigation with the family and medical records of the deceased, with the preparation of a new DC and comparison with the original DC), it was possible to correct data on hypertension. A total of 1,833 deaths were analyzed, with a 60% information gain in the cases mentioning HD. Consequently, among the new DCs, the cases mentioning HD as an underlying or associated cause of death were 4.4% and 17.7%, respectively. Among deaths from cerebrovascular accidents and ischemic heart diseases as underlying causes, HD were mentioned as associated causes in 53.1% and 67.3% of them, respectively. Mentions of hypertension increased with age of death, representing 30.9% of the cases among those from 40 to 49 years of age. The current investigation provided enhanced information and a deeper knowledge of the presence of HD as a cause of death.

Key Words: Mortality. Hypertension. Underlying cause of death. Women's health.

Introdução

As doenças hipertensivas constituem importante causa de morte e de morbidade na população brasileira, destacando-se no conjunto das doenças cardiovasculares¹⁻⁴.

A avaliação da mortalidade por uma determinada doença pode trazer grande contribuição ao conhecimento epidemiológico da mesma. Isso vem ocorrendo no caso das doenças cardiovasculares, particularmente na doença isquêmica do coração (DIC). Entretanto, em relação às doenças hipertensivas, a análise por meio da mortalidade pode, muitas vezes, subestimar a sua presença na população, devido aos métodos utilizados para a obtenção dos dados⁴. Estudos realizados sobre a frequência das doenças hipertensivas, baseados somente na tabulação dos óbitos segundo causa básica nas declarações de óbito, ficam prejudicados, não somente porque este instrumento muitas vezes não é preenchido corretamente pelos médicos, mas também devido às próprias regras de seleção da causa básica de morte, que não lhes dão prioridade, na presença de algumas outras doenças⁵. Na análise da mortalidade por causas, como se mencionou, a confiabilidade da informação fica na dependência da qualidade do preenchimento da declaração de óbito pelos profissionais responsáveis. Frequentemente são declaradas as complicações da causa básica, sem, entretanto, mencioná-las. Mas, através da adoção de uma metodologia específica de coleta e tratamento de dados, há a possibilidade de um ganho apreciável, dos pontos de vista quantitativo e qualitativo, nos óbitos por doença do aparelho circulatório⁶.

Assim, estatísticas de mortalidade feitas somente com a causa básica podem levar a uma subestimação das causas presentes, já que nem sempre o óbito é consequência direta de apenas uma só causa, mas sim de um conjunto de doenças que, juntas, levam à morte. As próprias regras de seleção da causa básica acabam conferindo a algumas doenças "menor prioridade", o que faz com que não sejam consideradas, descartando-as em favor de outras mencionadas. Com

isto, estas acabam “desaparecendo” das estatísticas. Assim, somente pela codificação de causas múltiplas (conhecidas também como causas associadas) pode-se ter a real noção do papel das doenças hipertensivas como causa de morte⁵.

A mortalidade por doenças cardiovasculares no Município de São Paulo tem sido considerada elevada, situando-se entre as mais altas do mundo, na década de 80⁷. A frequência da hipertensão arterial como causa associada de doenças cardiovasculares é uma possível explicação para o alto índice de óbitos precoces, por estas causas, na população de São Paulo². E as mulheres paulistanas, ao contrário do que ocorre em algumas outras cidades do país, têm maior mortalidade por hipertensão do que os homens⁸.

O objetivo geral deste trabalho é descrever as doenças hipertensivas como causa básica ou associada na mortalidade de mulheres de 20 a 49 anos, residentes no Município de São Paulo e que faleceram no primeiro semestre de 2002, além de mensurar o ganho da informação pós-investigação.

Métodos

A população alvo foi composta pelos 611 óbitos femininos de 20 a 49 anos, ocorridos em abril e maio de 2002 em residentes no Município de São Paulo, sendo esta população parte daquela avaliada no “Estudo de Mortalidade de mulheres em idade fértil nas capitais de Estados brasileiros”* (referentes a óbitos de mulheres de 10 a 49 anos). No presente estudo, optou-se pela exclusão dos óbitos de 10 a 19 anos, devido à inexistência de casos com menção de doença hipertensiva. Assim, dos 663 casos referentes aos óbitos do Município, 52 foram excluídos, restando 611. Para a análise, os óbitos foram estimados para o primeiro semestre de 2002. Tal técnica foi necessária, pois no “Estudo da mortalidade nas capitais brasileiras” o período de referência dos óbitos variou entre as capitais. A variabilidade do número de

meses de análise baseou-se em dois fatos importantes. Definiu-se, em função dos recursos disponíveis, que o período de referência seria de três meses (março, abril e maio de 2002) e, ao mesmo tempo, fixou-se em 50 óbitos o número mínimo de óbitos por capital. Assim, na grande maioria das capitais o período foi satisfatório para o número esperado de óbitos; em outras houve necessidade de quatro meses e, para o Rio de Janeiro e São Paulo, dado o grande contingente populacional, a observação foi relativa a apenas dois meses.

Portanto, o total estimado de casos para o primeiro semestre de 2002 no Município de São Paulo foi igual a 1.833 óbitos de mulheres de 20 a 49 anos.

A metodologia consistiu em, a partir da declaração de óbito original, que satisfazia aos critérios estabelecidos (sexo, idade, residência e mês) e permitia conhecer o endereço da mulher, executar entrevista neste domicílio, com preenchimento de um questionário (depoimentos de seus familiares). Tal atividade foi realizada por uma equipe de profissionais de saúde treinados. O questionário constou da identificação completa da mulher, dados demográficos, composição da família, história das gestações, se estava grávida no momento da morte ou se esteve grávida nos 12 meses anteriores à data da morte, pré-natal, atendimento médico e hospitalar, história da doença, presença de algumas doenças (como diabetes, aids, câncer, pressão alta, doença do coração, entre outras), hábitos de fumar e beber. Após a entrevista domiciliar, conhecidas as instituições médicas utilizadas pela mulher, foram feitas consultas aos prontuários médicos e hospitalares, resultados de exames e laudos de autópsia.

De posse destes dados, foi discutida e elaborada a história clínica do caso, por três técnicos calibrados, e uma nova declaração de óbito (DO-N) foi preenchida, baseando-se, em caso de dúvidas, na informação médica (mas desconhecendo-se as causas anteriores). Depois disso, as causas de morte das DO-N foram comparadas às respectivas

* Estudo em andamento, financiado pelo Ministério da Saúde/CNPq/OPAS e conduzido por Laurenti R; Mello Jorge MHP e Gotlieb SLD, na Faculdade de Saúde Pública da USP.

declarações originais (DO-O) para avaliar a qualidade da informação, detectando-se possíveis erros ou falhas no preenchimento da mesma. Em seguida, tanto nas DO-O como nas DO-N, foram selecionadas as causas básicas e associadas de morte, codificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão⁹. As doenças hipertensivas estavam codificadas como categorias pertencentes ao Capítulo IX (Doenças do Aparelho Circulatório) e referiam-se aos códigos I10 a I15 (Doença Hipertensiva), e portanto excluindo hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério.

Esta metodologia é altamente recomendada, sendo conhecida como RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey)¹⁰. Além da avaliação, ela permitiu a análise mais próxima da real mortalidade, segundo causa básica, complicações da causa básica, incluindo as causas associadas e terminais.

Resultados

A causa básica mais freqüente, tendo como referência a DO-N, foi o acidente vascular cerebral (AVC), que esteve presente em 8,5% do total, seguido por homicídio (8,4%) e aids (8,0%). A doença hipertensiva foi a sétima causa básica mais freqüente (4,4%), quando apenas a causa básica foi considerada.

Por outro lado, considerando a freqüência dos casos com menção de doença

hipertensiva (DH), nas declarações de óbito originais e refeitas, independentemente de ter sido causa básica ou associada, a hipertensão esteve presente em 13,9% dos casos nas DO-O e em 22,1% nas DO-N, mostrando haver um ganho de informação de cerca de 60%. Considerando o tipo de causa, na DO-O, 10,8% das menções de DH eram causa associada e 3,1% eram causa básica e, na DO-N, 17,7% eram causa associada e 4,4% foram citadas como causa básica (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos segundo faixas etárias (dos 20 aos 29 anos, dos 30 aos 39 anos e dos 40 aos 49 anos) e a presença de menção de DH, tanto na DO-O como na DO-N. As mortes com menção de DH – como causa básica ou associada – na DO-O mostraram valores crescentes: 1,7% das declarações de morte de mulheres de 20 a 29 anos, 11,7% das de 30 a 39 anos e 19,9% daquelas de 40 a 49 anos. No caso da DO-N, a ocorrência foi maior e as proporções foram, respectivamente, 5%, 18,3% e 30,9% para mulheres de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos.

A Tabela 3 mostra as mortes por causas básicas mais freqüentes, após a investigação, e a sua associação ou não com a DH, tanto nas declarações originais como nas refeitas. A associação entre a doença hipertensiva e a neoplasia de mama cresceu de 4,7%, na DO-O, para 17,8% na DO-N. Nos casos de diabetes esta associação passou de 21,4% para 67,9% após a investigação. Os casos de asso-

Tabela 1 - Número e proporção (%) de óbitos de mulheres de 20 a 49 anos segundo menção de doenças hipertensivas nas DO-O e DO-N, residentes no Município de São Paulo, 1º semestre de 2002.

Table 1 - Number and proportion (%) of deaths of 20 to 49 year-old women according to the mention of hypertensive disease on the original and the new death certificate, residents in the City of São Paulo, 1st semester of 2002.

Menção de DH	DO-Original		DO-Nova		Razão DO-N/DO-O
	Nº	%	Nº	%	
Como causa associada	198	10,8	324	17,7	1,6
Como causa básica	57	3,1	81	4,4	1,4
Total com menção	255	13,9	405	22,1	1,6
Sem menção	1578	86,1	1428	77,9	*
Total	1833	100	1833	100	1,0

*não deve ser calculada

Tabela 2 - Número e proporção (%) de óbitos de mulheres de 20 a 49 anos, segundo idade e menção de doenças hipertensivas nas DO-O e DO-N, residentes no Município de São Paulo, 1º semestre de 2002.

Table 2 - Number and proportion (%) of deaths of 20 to 49-year-old women, according to age and mention of hypertensive disease on the original and new death certificates, residents in the City of São Paulo, 1st semester of 2002.

Menção de DH	Idade (anos)							
	20-29		30-39		40-49		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DO-O								
Com menção	6	1,7	63	11,7	186	19,9	255	13,9
causa associada	6	1,7	45	8,3	147	15,8	198	10,8
causa básica	-	-	18	3,3	39	4,2	57	3,1
Sem menção	354	98,3	477	88,3	747	80,1	1578	86,1
Total	360	100	540	100	933	100	1833	100
DO-N								
Com menção	18	5,0	99	18,3	288	30,9	405	22,1
causa associada	18	5,0	75	13,9	231	24,8	324	17,7
causa básica	-	-	24	4,4	57	6,1	81	4,4
Sem menção de DH	342	95,0	441	81,7	645	69,1	1428	77,9
Total	360	100	540	100	933	100	1833	100

Tabela 3 - Número e proporção (%) de óbitos de mulheres de 20 a 49 anos segundo causas básicas mais freqüentes e menção de doenças hipertensivas nas DO-O e DO-N, residentes no Município de São Paulo, 1º semestre de 2002.

Table 3 - Number and proportion (%) of deaths of 20 to 49 year-old women according to the most frequent underlying cause and the mention of hypertensive diseases on the original and new death certificates, residents in the Municipality of São Paulo, 1st semester of 2002.

Causa básica	Menção de DH				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
DO-O						
D. Isq. Coração	63	65,6	33	34,4	96	100,0
Acid. Vasc. Cerebral	75	46,3	87	53,7	162	100,0
Diabetes	33	78,6	9	21,4	42	100,0
Neoplasia de Mama	123	95,3	6	4,7	129	100,0
Obesidade	-	-	9	100,0	9	100,0
Outras	1284	92,0	111	8,0	1395	100,0
Total	1578	86,1	255	13,9	1833	100,0
DO-N						
D. Isq. Coração	45	46,9	51	53,1	96	100,0
Acid. Vasc. Cerebral	51	32,7	105	67,3	156	100,0
Diabetes	27	32,1	57	67,9	84	100,0
Neoplasia de Mama	111	82,2	24	17,8	135	100,0
Obesidade	3	25,0	9	75,0	12	100,0
Outras	1191	88,2	159	11,8	1350	100,0
Total	1428	77,9	405	22,1	1833	100,0

ciação entre a mortalidade por doença isquêmica do coração (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC) e a DH mudaram de 34,4% e 53,7%, na DO-O, para 53,1% e 67,3%, na DO-N, respectivamente.

Discussão

Considerando o total dos óbitos de mulheres segundo causa básica, o valor encontrado neste trabalho, de 4,4%, relativo à proporção de DH, é maior do que o apresentado em trabalho realizado em 1986, onde se verificou uma prevalência de 2,3%, utilizando-se a mesma metodologia². Tal fato estaria indicando que, apesar do decréscimo da frequência de DH como causa básica, descrito para a década de 80⁷, isso não foi observado para o ano 2002.

É ainda mais importante analisar a frequência da DH como causa associada, pois, as regras de seleção da CID-10 não dão prioridade para a DH, quando houver menção de doença isquêmica do coração (DIC) ou acidente vascular cerebral (AVC) entre as causas de morte; ou seja, na presença de DIC ou AVC, a DH nunca poderá ser codificada como causa básica. Considerando este fato, o valor da presença de doença hipertensiva estará quase sempre subestimado ao se analisarem somente os óbitos segundo as causas básicas de morte. Dos 324 casos em que houve menção de DH como causa associada nas DO-N, 156 tiveram como causa básica a doença isquêmica do coração ou o acidente vascular cerebral, ou seja, 48% do total dos casos com menção de DH acabaram sendo considerados como causa associada.

A associação entre a mortalidade por DIC como causa básica, e a menção da presença de DH como causa associada, foi maior nas DO-N (53,1%) do que nas originais (34,4%), mostrando um ganho de informação. A associação entre a menção de DH como causa associada, e de AVC como causa básica, também aumentou, de 53,7% dos casos, na DO-O, para 67,3%, na DO-N.

Esta alta associação entre a mortalidade por DIC e AVC como causa básica, e a menção de hipertensão, que representa mais da

metade dos casos nos atestados refeitos (DO-N), ajuda a demonstrar a real importância da DH na mortalidade por doenças cardiovasculares que, na maioria das vezes, fica subestimada.

Os valores “reais” da mortalidade por DH, acrescentando-se os casos em que essa causa aparece como associada na mortalidade por DIC e AVC aos valores encontrados para DH como causa básica, chegariam a 237 casos, ou seja, 12,9% do total de óbitos de mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo; portanto, tornar-se-ia a causa básica mais mencionada. Essa situação, porém, é impossível pelas próprias regras da CID-10.

Por sua vez, o aumento da associação da DH com a neoplasia de mama, comparando-se a DO-O e a DO-N, não é surpreendente, já que a DH não tem influência direta conhecida na mortalidade por neoplasias. Tal fato, possivelmente, leva alguns médicos a negligenciarem a anotação da sua presença, como uma causa associada, na declaração de óbito.

Em relação ao aumento significativo das mortes por diabetes, em que houve menção de DH, que passou de 21,4% dos casos na DO-O para 67,9%, na DO-N, é, sim, preocupante, devido aos estudos que mostram uma associação direta entre as duas doenças. Se os médicos considerassem a importância da informação, provavelmente, não omitiriam a anotação.

A presente pesquisa permitiu também a análise da mortalidade por idade no momento do óbito. Verificou-se que a mortalidade por DH, como causa básica ou associada, apresenta tendência de crescimento contínuo ao longo da faixa etária dos 20 aos 49 anos. No grupo etário dos 40 aos 49 anos é que se detecta a maior presença de doença hipertensiva, representando, nas DO-N, 30,9% do total de óbitos.

Considerações finais

A utilização da metodologia RAMOS possibilitou a obtenção do perfil mais real da mortalidade de mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo.

O ganho no conhecimento dessas informações, além de mostrar a possibilidade de aprimorar a qualidade da informação do preenchimento da declaração de óbito pelo profissional responsável, motiva que sejam feitas análises mais aprofundadas sobre as

Doenças Hipertensivas, não só como causa básica, mas também como causa associada. Com isto, é possível se desvendar o papel preponderante na mortalidade referida no Município de São Paulo.

Referências

1. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(6): 452-60.
2. Lolio CA, Laurenti R, Buchalla CM, Santo AH, Mello Jorge MHP. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. III - Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(1): 37-40.
3. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(4): 261-7.
4. Laurenti R. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: Chiaverini R. *Doença Hipertensiva: diagnóstico, etiopatogenese, tratamento*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1980. p. 65-87.
5. Laurenti R. *Causas múltiplas de morte* [tese de livre docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1979.
6. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I - Mortes por causas naturais. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(2): 197-211.
7. Lolio CA, Souza JMP, Laurenti R. Decline in cardiovascular disease mortality in the city of S. Paulo, Brazil, 1970 to 1983. *Rev Saúde Pública* 1986; 20(6): 454-64.
8. Laurenti R. Mortalidade por hipertensão arterial como causa básica. *Ciência e Cultura* 1983; 35(11): 1637-43.
9. OMS – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10ª Revisão: CBCD, São Paulo, 1995.
10. Bouvier-Colle et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths of women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology* 1991; 20: 717-21.

recebido em: 18/05/04
versão reformulada apresentada em: 13/09/04
aprovado em: 21/09/04