

**EPIDEMIOLOGIA DE 512 CASOS DE VITIMAS DE MORTE SÚBITA, SUBMETIDAS A
NECRÓPSIA NO POSTO REGIONAL MÉDICO LEGAL DE SANTA MARIA**

***Epidemiology of 512 cases of victims of sudden death, submitted to autopsy
in the Posto Regional Médico Legal of Santa Maria***

Mauro Cabrera Ambros¹, Anderson Récchia², Jéferson Ambros Recchia³

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo principal avaliar a frequência de mortes súbitas registradas junto a Terceira Região Policial do Estado do Rio Grande do Sul, situada em Santa Maria – RS e que engloba vários municípios circunvizinhos. Comparou-se os dados obtidos com pesquisas realizadas e publicadas no âmbito nacional e internacional a esse respeito, bem como, estudou-se os fatores de risco e sua precocidade, permitindo-nos com a conclusão desse estudo, oferecer alternativas que possam ter aplicabilidade na saúde pública, visando à prevenção destes fatores, e, conseqüentemente, diminuindo drasticamente fatos dessa natureza. Com este intuito foram estudados retrospectivamente 512 casos de Vitimas de morte súbita retirados de arquivos, submetidos à necropsia junto ao PRML – Posto Regional Médico Legal de Santa Maria – RS. Verificou-se posteriormente que a maioria destas mortes súbitas teve como causa principal o Aparelho Cardiovascular (66,31%), sendo a faixa etária mais atingida de 40-49 anos (19,05%), com predomínio do sexo masculino (67,78%) e o estado civil em destaque foi o das pessoas casadas com (35,51%).

Palavras Chave: Morte Súbita, Necropsias, Idade

SUMMARY

The aim of this article was to evaluate the frequency of sudden death recorded at the department of the Third Police Region at Santa Maria County in Rio Grande do Sul State, Brazil. This department is responsible for several neighboring counties. The data obtained was compared with data from studies published at national and international levels. We have also studied the risk factors and its precocity. It allowed us, after the conclusion of this research, to offer alternatives that can be applied in the public health, aiming the prevention of these factors, and consequently reducing drastically facts of this kind. With this intent, we have analyzed retrospectively 512 cases of victims of sudden death submitted to autopsy in the PRML - Posto Regional Medico Legal of Santa Maria (legal and regional medical post), RS. The majority of the cases were caused by problems in the Cardiovascular System (66.31%); and the main individual profile was that of a male (67.78%), aging among 40-49 years old (19.05%), and married (35.55%).

Key Words: Sudden Death, Autopsies, Age

INTRODUÇÃO

Ao contrário do que deveria ocorrer, a morte súbita apresenta uma alta incidência em nosso meio entre as causas de óbito indeterminadas. Porém é necessário o esclarecimento dessas causas, por questões legais e de saúde pública. Por este motivo são encaminhadas as vítimas de morte súbita para serem necropsiadas no Posto Regional Médico Legal de Santa Maria. Na amostra estudada, atingiram em média 10% do total de atestados preenchidos pelos médicos que confirmaram o óbito

mediante exame necroscópico. Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em alguns estados brasileiros atingem de 10 a 50% do total de atestados de óbito sem causa definida.

Define-se como morte súbita, toda morte que ocorre sem causa evidente num indivíduo aparentemente saudável (1,7,8,10,11,15,18,19,22,23,26,28). Por este motivo, devem ser excluídas as causas externas de óbito, ocasionadas por um trauma

Trabalho realizado junto ao Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

¹Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica – CCS – UFSM

²Professor Titular Aposentado do Departamento de Clínica Médica – CCS – UFSM

³Acadêmico do Curso de Medicina da UFSM

externo^(7,8,10,18,19,22,23,26). Segundo a orientação do Professor Flaminio Fávero⁽⁷⁾ é necessário distinguir morte súbita de morte agônica. Morte súbita é sinônimo de morte repentina, instantânea, não sendo precedida de agonia. Morte agônica é a que se instala depois de certo período mais ou menos longo de luta entre a vida e a morte por parte do organismo.

No estudo dos fatores de risco, devemos enfatizar aqueles predisponentes: a herança (predisposição constitucional à morte súbita), hipertensão, arteriosclerose, cardiopatias, obesidade, idade, sexo (mais freqüente nos homens), profissão, embriaguez, tabagismo, emoções intensas, arritmias^(2,3,4,5,6,9,12,13). Acrescenta-se a isso, diabetes, vida sedentária, colesterol elevado, triglicérides elevados^(14,15,20,21,24,27). Entre as causas propriamente ditas, citam-se: a) Sistema Cardiovascular; b) Sistema Respiratório; c) Sistema Digestório; d) Sistema Nervoso Central; e) Outros Sistemas^(1,7,9,10,11).

As necropsias além de esclarecerem as causas anátomo-patológicas do óbito, visam ao progresso da medicina, porque há muita discrepância entre os dados informados pelos médicos nos atestados e as causas de óbito confirmadas por necropsia. Nos Estados Unidos, essa discrepância segundo alguns estudos pode atingir a 20% dos casos. Na Alemanha e Áustria, as diferenças são mínimas, porque existe um alto índice de necropsias. Houve uma substancial redução dos atestados por causa indeterminada, após aplicação desse princípio. Estuda-se implantar esse sistema em outros países^(7,10).

A proposição desse trabalho é o esclarecimento das causas de óbito indeterminadas. Visa chamar a atenção para a alta incidência e precocidade das mortes súbitas em nosso meio. O estudo de suas causas tem por objetivo fazer prevenção das causas servir como referência para futuras campanhas com esse objetivo, em saúde pública que atinjam a comunidade, evitando, dessa forma as mortes prematuras.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é o estudo das mortes súbitas durante o período de onze anos, na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul. Todos estes casos foram submetidos à necropsia junto ao Instituto Médico Legal.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 512 casos de morte súbitas relativas ao período de 1984 a 1995. Esse estudo foi baseado nos arquivos do Posto Regional Médico Legal de Santa Maria por estarem confirmadas e totalizadas as informações, e por representarem

um período de transição entre duas décadas, tendo referência especial a causa mortis, faixas etárias mais atingidas, o estado civil e o sexo predominante. Houve exclusão nesse estudo, de todos os casos que foram rotulados como causa externa de óbito, o que invalidaria o seu conceito caso não o fosse feito. No que se refere à causa mortis, as mesmas foram obtidas mediante exame anátomo-patológico, pelo envio de peças anatômicas para o médico patologista, a fim de confirmar a etiologia, todas as vezes que o exame macroscópico não permitiu a elucidação da sua causa. Os demais dados se basearam no registro de arquivos ou informações de exames necroscópicos. Nesse estudo epidemiológico, foram citadas as causas básicas de morte ou as causas intermediárias, a fim de fazer prevenção de doenças que iniciaram a seqüência de eventos letais.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão inseridos nas tabelas I, II, III e IV, relacionando causa mortis, faixas etárias, estado civil e sexo, respectivamente.

Tabela I – Distribuição da causa mortis de 512 casos de vítimas de morte súbita

Causa-Mortis	Nº de casos	%
Sistema Cardiovascular	339	66,31
Insuficiência Cardíaca Congestiva	177	34,52
Infarto Agudo do Miocárdio	88	17,26
Insuficiência Coronária Aguda	29	05,72
Hemopericárdio	35	06,85
Miocardite	10	01,96
Sistema Respiratório	71	13,81
Pneumonias	43	08,38
Tuberculose	13	02,48
Enfisema	15	02,95
Sistema Digestivo	48	09,31
Cirrose	35	06,85
Peritonite	06	1,15
Insuficiência Hepática	07	1,34
Sistema Nervoso Central	31	5,95
Acidente Vascular Cerebral	17	3,25
Ruptura de Aneurisma Cerebral	10	1,91
Encefalite	04	0,77
Outros Sistemas	23	04,62
Total	512	100,00

Tabela II – Distribuição por Faixa Etária de 512 Casos de Vitimas de Morte Súbita

Faixas Etárias	Nº de Casos	%
Menor de 1 ano	56	10,85
01 a 04 anos	12	02,30
05 a 09 anos	04	00,77
10 a 14 anos	03	00,58
15 a 19 anos	09	01,72
20 a 29 anos	37	07,23
30 a 39 anos	59	11,60
40 a 49 anos	97	19,05
50 a 59 anos	77	15,03
60 a 69 anos	64	12,55
70 e mais anos	57	11,07
Ignorado	37	7,22
Total	512	100,00

Tabela III – Distribuição por Estado Civil de 512 Casos de Vitimas de Morte Súbita

Estado Civil	Nº de Casos	%
Casados	182	35,55
Solteiros	138	26,96
Viúvos	40	07,81
Separados	020	03,91
Ignorado	132	25,77
Total	512	100,00

Tabela IV – Distribuição por Sexo de 512 Casos de Vitimas de Morte Súbita

Sexo	Nº de Casos	%
Masculino	347	67,78
Feminino	165	32,22
Total	512	100,00

DISCUSSÃO

O exame da Tabela I mostra que a causa mais freqüente de morte súbita encontrada nesse estudo foi a insuficiência cardíaca congestiva (34,52%). Segundo informações veiculadas pelo DATASUS, esse dado permite constatar uma prevalência na região acima da média nacional. Mas estamos abaixo da média de países desenvolvidos.

Essa entidade patológica constitui o estágio final das cardiopatias que incluem a miocardiopatia isquêmica, miocardiopatia dilatada, a miocardiopatia chagásica, a miocardiopatia hipertensiva, a miocardiopatia idiopática e a

insuficiência coronariana que levam ao óbito.

Na insuficiência cardíaca, o coração perde a função de bombear sangue para o organismo. Ela progride lentamente durante meses e anos, levando o organismo ao desgaste progressivo e à parada cardíaca. É o principal problema de saúde pública no Ocidente^(1,4,15,16,20,26). Nos Estados Unidos ocorrem em torno de 200.000 mortes/ano por esta causa^(16,17,18,23). No Brasil ocorrem cerca 100.000 óbitos/ano^(7,15).

A segunda causa mais freqüente de morte súbita encontrada foi o infarto agudo do miocárdio, com 17,26% dos casos, podendo ocasionar ruptura do músculo cardíaco^(6,16,25). Quando ocorre a oclusão total do vaso coronário, temos o infarto agudo do miocárdio; quando a oclusão é parcial, temos a insuficiência coronária aguda^(6,11,16,24,25). Ocorre necrose do músculo cardíaco, devido ao desequilíbrio entre a chegada de oxigênio e a demanda do músculo cardíaco por falta de aporte nutritivo ao mesmo^(6,11,15,25).

terceira causa mais freqüente foram as pneumonias (8,38%) que afetam principalmente, pessoas idosas e crianças. A vacinação preventiva em idosos se justifica pela alta freqüência encontrada nesse trabalho.

A Tabela II referente à faixa etária, demonstra que a idade entre 40-49 anos apresentou o maior número de casos de morte súbita (19,05%). A década dos 40 anos é vulnerável às mortes súbitas, devido à ausência de circulação colateral que surge mais tarde^(8,21,23). A este fato deve ser acrescentado a deficiente rede de atendimento de saúde pública em nosso país, ao tabagismo, alcoolismo, drogadição e stress^(9,11,25). A segunda faixa etária foi situada dos 50-59 anos (15,03%) e em terceiro a dos 60-69 anos (12,55%), o que situa a região acima da média nacional, segundo informações obtidas junto ao IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As informações obtidas devem servir de referência a futuras campanhas de prevenção. Estudos posteriores serão necessários para verificar se essa tendência se mantém ou ocorrem mudanças.

A Tabela III permite observar que, quanto ao estado civil, há uma predominância dos casados (35,51%), e seguido pelos solteiros (26,96%). Isso poderia levar a interpretação errônea, se não dispuséssemos de dados estatísticos confiáveis. Segundo consulta ao IBGE, os casados em número relativo e absoluto maior que os solteiros, atingindo uma proporção de 2/3 da população total no momento presente. Fazendo-se um desconto proporcional, os solteiros estão em maior proporção relativa e absoluta. Isso está de acordo com estudos internacionais a respeito.

A Tabela IV mostra a representatividade quanto ao sexo. Nela vemos que os homens foram vitimas de mortes súbitas em maior número (67,78%) do que as mulheres, o que está de acordo com trabalhos semelhantes^(1,7,8,10,11,18,19,22,23). Sabe-se, no entanto, que as mulheres constituem a maioria da população. Por que então o predomínio masculino?

Basicamente porque as mulheres são mais cuidadosas a respeito de sua saúde, como hábitos de higiene, adesão a tratamentos e consultas regulares em clínica médica especializada. As campanhas de saúde pública preventiva deveriam levar em conta esse fato, considerando as perdas econômicas que resultam na queda da renda familiar e repercutem amplamente na sociedade. A mudança do estilo de vida com o objetivo de combater os fatores de risco anteriormente citados, é uma medida importante visando a reduzir esse número elevado na população masculina. A qualidade de vida deveria ser uma preocupação constante. Finalmente, o presente estudo permite relatar que a causa de morte súbita mais freqüente foi a insuficiência cardíaca congestiva (34,52%), seguida pelo infarto agudo do miocárdio (17,26%) e pelas pneumonias (8,38%). A faixa etária em evidência foi a dos 40-49 anos (19,05%) e após, a do 50-59 anos (15,03%) e dos 60-69 anos (12,88%). Quanto ao estado civil, casados predominaram com (35,55%), seguido dos solteiros com (26,26%) e o sexo mais atingido foi o masculino com (67,78%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara HR. Perícia Médica Judicial. 1ª Edição, Editora Guanabara Dois, Rio de Janeiro, 1982, 367 pp.
- Ansell BJ, Watson KE, Fogelman MO. Na Evidence – based assesment of the NCEP Adult Treatment Panel II Guidelines. *Jama*, v. 282, 1999, 2243 pp.
- Bertrano ME, Simoons ML, Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation. *Eur Heart J*, 2000, v 21, 1734 pp.
- Bigger JR, ST. Why patients with congestive heart failure die: arrhythmias and sudden cardiac death. *Circulation*, 1987; 75 (Suppl IV): IV 28 – IV 35.
- Bocchi EA, Moreira LF, Mansur et al. Results of cardiomyoplasty, heart transplantation and medical treatment for refractory heart transplantation and medical treatment for refractory heart failure due to idiopathic dilated cardiomyopathy. *Circulation* 1994; 88 (Suppl I).
- De Souza N, Bisset JK, Kane JJ e cols. Associations of accelerated idio ventricular rhythm and paroxysmal ventricular tachycardia in acute myocardial infarction. *Am J Coll Cardiol*, 1974, 34: 821 pp.,
- Fávero F. *Medicina Legal*. Belo Horizonte. Editora Itatiaia Ltda, 11ª Edição, 1980, 624 pp.
- França GV de. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2ª edição, 1985, 402 pp.
- Francis GS. Development of arrhythmias in the patient with congestive heart failure: pathophysiology, prevalence and prognosis. *Am J Coll Cardiol*. 57 (Suppl B): 3 B-7B.
- Gomes H. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro. Editora Freitas Bastos S. 32ª Edição, 1997, 846 pp.
- Harrison TR. *Compêndio de Medicina Interna*. Rio de Janeiro. Editora McGraw Hill Interamericana do Brasil Ltda, 14ª Edição, 1998, 1248 pp.
- Jervel A, Lange-Nielsen F. Congenital deafmutism, functional heart disease with prolongation of the QT interval and sudden death. *Am J Coll Cardiol*, 1957, 54: 112 pp
- Kendal MJ, Lynch KP, Hjalmarson A, Kjekshus, J. Beta-blockers and sudden cardiac death. *Ann Intern Med*, 512 pp, 1985.
- Klein AL., Grimm RA., Murray RD., Apperson – Harrison C., Asinger RW., Black I., Davidoff R., Erbel R., Halperin JL., Orsinelli DA., Porter TR., Stoddart MF. The Assessment of Cardioversion Using Transesophageal Echocardiography to Guide Cardioversion in Patients With Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2001, V. 244, 1774 pp.
- Lane JC. *Parada Cardíaca*. In: *Diagnóstico e Terapêutica das Arritmias Cardíacas*, 3ª Edição. Editora Guanabara – Koogan, Rio de Janeiro, 1990, 237 pp.
- Oliva PB., Hammill SC., Edwards WD. Cardiac rupture, a clinically predictable complication of acute myocardial infarction: report of 70 cases with clinicopathologic correlations. *J Am Coll Cardiol*, 826 pp., 1993.
- Packer M., Carver JR., Rodeheffer RJ. Et al. Effect of oral milrinone on mortality in severe chronic heart failure. *N Engl J Med*. 1991, 624 pp.
- Panasco WL. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro, Eldorado Tijuca, 1976, 396 pp.
- Pataro, *Medicina Legal*. São Paulo. Editora Saraiva S. A. 1ª Edição, 1976, 385 pp.
- Pick, A., Dominguez P. Non paroxymal A-V nodal tachycardia. *Circulation*: 1957, 16: 1347 pp.
- Podrid PJ., Fogel RI., Tordjman FT. Ventricular arrytmia in congestive heart failure. *Am J Coll Cardiol*, 144 pp, 1992.
- Segre M. *Medicina Legal*. São Paulo. Editora Saraiva, 3ª Edição, 1965, 337 pp.
- Simonin C. *Medicina Legal Judicial*, Barcelona. Editora Jims, 2ª Edição, 1966, 1162 pp.
- Smith WM. Epidemiology of congestive heart failure. *Am J Coll Cardiol*, 1985, p 55.
- Storrow AB., Gibler WB. Chest pain centers. Diagnosis of acute coronary syndromes. *Ann Emerg Med* 2000 May; 35(5), 647 pp.
- Vasconcelos G. *Lições de Medicina Legal*. São Paulo. Editora Forense, 1ª edição, 1969, 414 pp.
- Wilson JR., Schwartz JS., Sutton M. et al. Prognosis in severe heart failure: relation to hemodynamics measurements and Ventricular ectopic activity. *Am J Coll Cardiol*, 1983, 514 pp.
- Zarzuela JL. São Paulo, Editora Angelotti Ltda, 1993, 231 pp.

Endereço para correspondência:
 Mauro Cabrera Ambros
 Departamento de Clínica Médica
 Centro de Ciências da Saúde
 Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
 CEP: 97.199 – 900 – Santa Maria – RS.