

**Tabela 1** - Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, segundo sexo e grupos etários. Campinas, 2000-2013.

Idade	2000-3	2010-3	Declínio (%)
<b>Masculino</b>			
30-39	16,4	10,8	34,3
40-49	76,0	55,1	27,4
50-59	182,5	143,8	21,2
60-69	372,2	265,6	28,7
70-79	632,9	537,2	15,1
80+	1030,2	1013,0	1,7
<b>Feminino</b>			
30-39	7,5	5,0	33,0
40-49	24,4	18,8	22,8
50-59	57,7	59,1	-2,4
60-69	168,7	109,9	34,9
70-79	359,0	312,9	12,8
80+	803,1	757,5	5,7

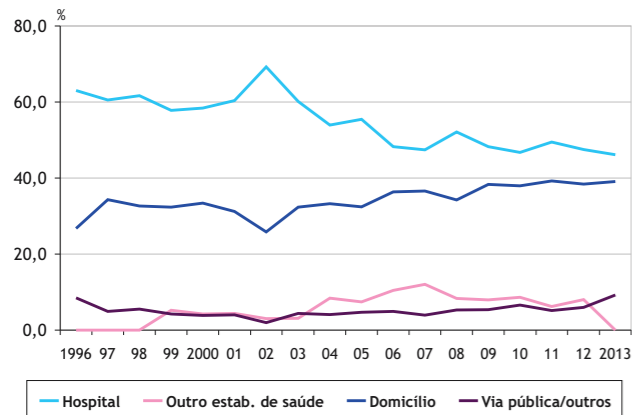
Fonte: SIM-SMS/Campinas, 2000-13. População-Datasus/MS; População-Seade.

**Tabela 2** - Tendência da razão de mortalidade masculina e feminina por infarto agudo do miocárdio, segundo grupos etários. Campinas, 2000-2013.

Idade	Razão Masculino/Feminino	
	2000-3	2010-3
30-39	2,2	2,2
40-49	3,1	2,9
50-59	3,2	2,4
60-69	2,2	2,4
70-79	1,8	1,7
80+	1,3	1,3
<b>Total</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>

Fonte: SIM-SMS/Campinas. População-Datasus/MS; População-Seade.

**Figura 6** - Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre adultos com 30 anos ou mais de idade, segundo local de ocorrência do óbito. Campinas, 1996-2013.



Fonte: SIM-Datasus/MS, 1996-2013.

**Tabela 3** - Coeficiente padronizado de mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre adultos com 30 anos ou mais de idade, segundo áreas de abrangência das unidades básicas de saúde. Campinas, 2007-2013.

CS	CM	CS	CM
Centro	78,7	DIC I	132,9
Sousas/J. Egídeo	82,0	S. Marcos/C.R. Amaral	133,4
C. Silva	83,4	S. Lúcia/V. União/Caic	134,8
B. Geraldo/Village	86,6	Integração	136,1
Eulina	88,1	S. José/N. América	136,7
Ipê	93,0	Esmeraldina	137,1
Parapanema	94,5	U. Bairros	137,2
Taquaral/C. Gomes	96,4	Rossin	137,4
Aurélia	102,3	Fernanda	138,3
V. Rica	103,1	C. Moura	139,6
Oziel	104,1	Capivari	141,0
B. Esperança	105,4	S. Cristovão	143,7
F. Lima	106,6	O. Maia	145,5
S. Quirino	110,2	Ipaussurama	147,5
T. Neves	111,4	Aeroporto	148,2
B. Vista	111,4	V. Alegre	149,1
Conceição	113,5	Anchieta/Rosália	149,4
<b>Campinas</b>	<b>114,0</b>	S. Mônica	153,1
S. Antônio	118,9	Floresta/C. Grande	154,0
P. Aquino	120,5	S. Vicente	163,3
31 de Março	124,0	Itatinga	169,4
S. Odila	124,7	Itajaí	170,7
DIC III	128,6	Valença/S. Rosa/Lisa	175,9
Perseu	128,8	Florence/Satélite Íris	181,1
S. Bárbara	131,2	C. Belo	181,5
S. José/N. América/Oziel	131,6	S. Domingos	245,4
Figueira	131,6		

Fonte: SIM-SMS/Campinas, 2007-2013. População-SMS/Campinas. População padrão: Campinas, 2010/SMS/Campinas.

**Tabela 4** - Coeficiente de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em adultos entre 40 a 59 anos de idade (por 100 mil hab.), segundo sexo e municípios.

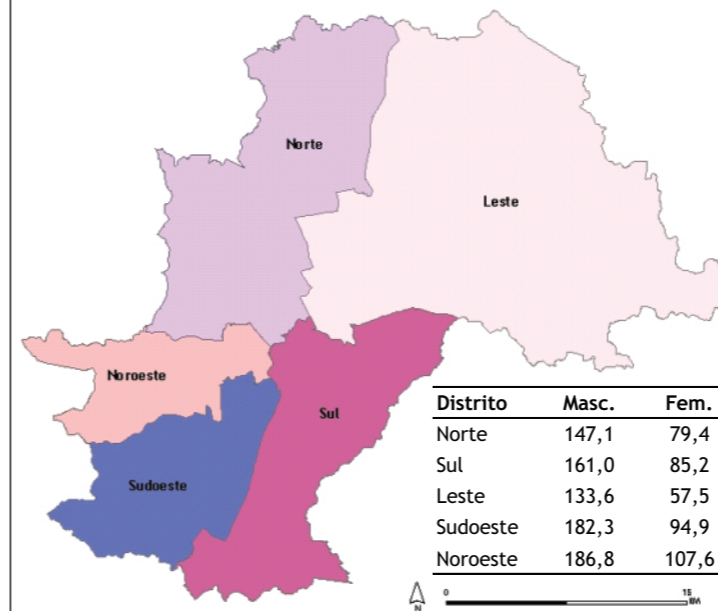
Município	Masc.		Fem.	
	40-49	50-59	40-49	50-59
Belo Horizonte	12,0	41,0	3,2	11,9
Fortaleza	14,8	49,8	3,6	18,9
Porto Alegre	16,1	73,1	13,5	18,2
Manaus	18,1	22,4	2,6	22,4
Brasília	18,3	63,5	7,6	15,8
Salvador	20,8	51,1	4,7	36,0
Belém	23,8	92,3	7,9	41,6
Curitiba	25,4	29,4	5,7	29,4
Rio de Janeiro	33,7	117,7	17,0	52,5
Goiânia	34,5	17,9	8,0	17,9
São Paulo	36,5	110,4	12,5	31,8
<b>Campinas</b>	<b>46,9</b>	<b>138,0</b>	<b>14,5</b>	<b>55,1</b>
Recife	57,5	147,0	19,4	61,0

Fonte: SIM-Datasus/MS, 2012; População-Datasus/MS.

A comparação dos dados com outros municípios (Tabela 4) indica a relevância do problema em Campinas e a necessidade de avanços nos programas de adoção de medidas efetivas seja de prevenção do infarto agudo do miocárdio, seja de controle e tratamento adequado e oportuno quando da sua ocorrência.

É amplamente reconhecida a relevância de programas de estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como atividade física em contexto de lazer e para deslocamento e de alimentação saudável bem como de cessação do tabagismo e do consumo abusivo de álcool. São programas que devem atingir o conjunto dos segmentos sociais e com ênfase nas áreas e estratos em que as taxas são ainda mais elevadas.

**Mapa 1** - Coeficientes padronizados de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em adultos com 30 anos ou mais de idade, segundo sexo e Distritos de Saúde. Campinas, 2009-2013.



Fonte: SIM-SMS/Campinas. População-SMS/Campinas. População padrão: Campinas, 2010/Seade.

Equipe responsável pelo Boletim:

Coordenadoria de Informação e Informática/SMS/Campinas  
saude.vitais@campinas.sp.gov.br

Dra. Solange Mattos Almeida  
Dra. Maria Cristina Restitutti

Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DSC/UNICAMP  
ccas@fcm.unicamp.br

Prof. Dra. Marilisa Berti A. Barros  
Dra. Leticia Marín-León  
Dra. Ana Paula Belon

Publicado em dezembro/2014

Consulte outros boletins nos sites: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br>  
<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/>



# MORTALIDADE EM CAMPINAS

Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no município de Campinas

## Boletim de Mortalidade n.º 52 MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Publicado em Dezembro/2014

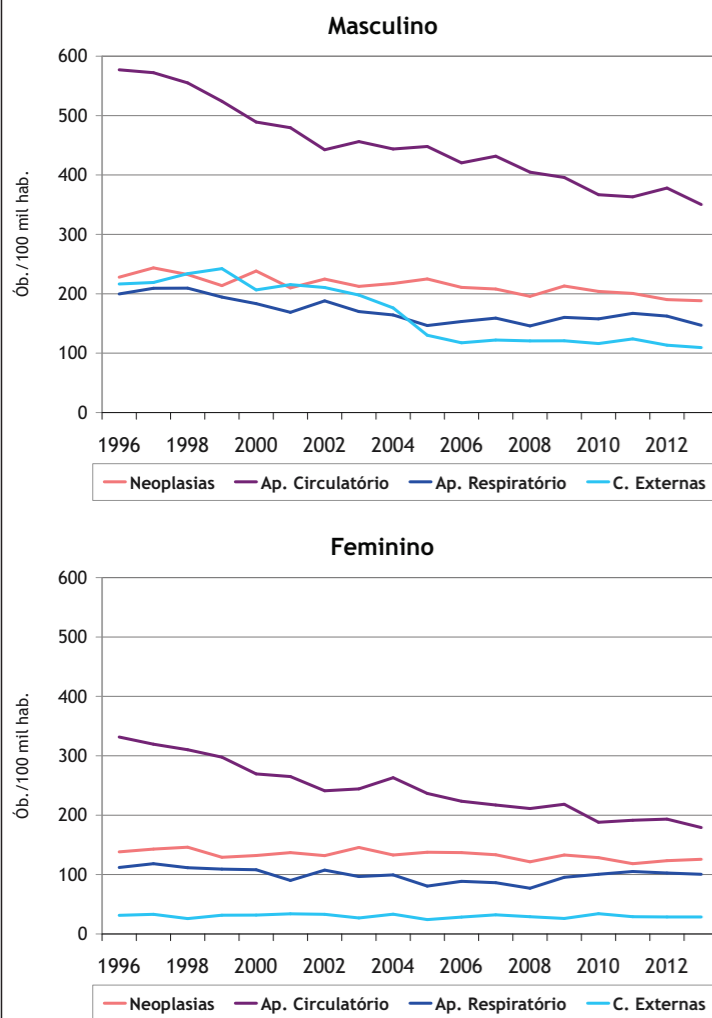
Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Campinas  
Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DSC/FCM/UNICAMP



## Mortalidade por Infarto do Miocárdio

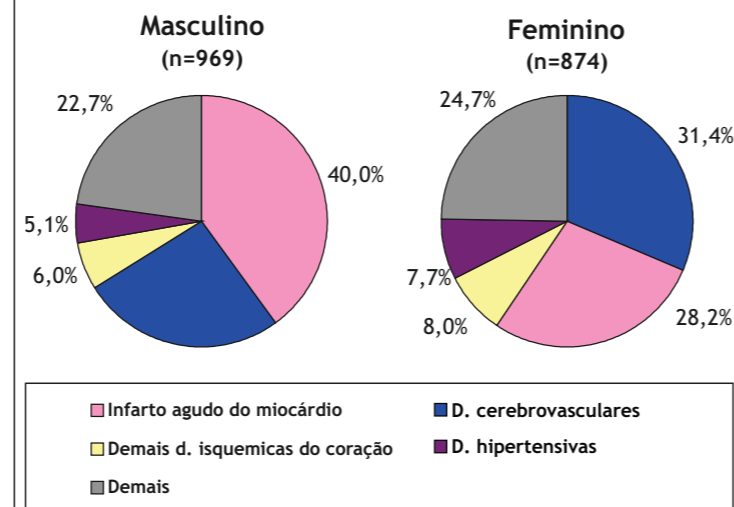
Tem-se assistido em vários países do mundo, e também no Brasil, uma redução importante do risco de mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), mas apesar desse declínio, continuam ocupando o primeiro lugar entre os principais grupos de causas de mortalidade. Em Campinas, esse cenário também é observado (Figura 1), constatando-se uma aproximação entre as taxas de mortes por DCV e as relativas a mortes por neoplasias. Como pode ser observado nessa figura, os homens apresentam riscos de mortalidade superiores aos das mulheres em todos os grupos de causas de óbito. O declínio das DCV, revela-se, em termos absolutos, mais importante entre os homens: entre 1996 e 2013 as taxas declinaram de 577 para 350 óbitos por 100 mil habitantes nos homens e de 332 para 179 óbitos por 100 mil habitantes nas mulheres, mas em termos relativos houve uma queda de 39,3% nos homens e de 46,1% nas mulheres.

**Figura 1** Tendência dos coeficientes\* de mortalidade pelos principais grupos de causa básica de óbito entre adultos com 20 anos ou mais de idade, segundo sexo. Campinas, 1996-2013.



Entre as mortes por doenças cardiovasculares, o infarto agudo representa a principal causa nos homens (Figura 2) abrangendo 40% das mortes masculinas, valor que chega a 46% quando incluídas as outras doenças isquêmicas do coração. Nas mulheres, a principal causa é constituída pelas doenças cerebrovasculares, ocupando o infarto agudo do miocárdio a segunda posição. Mas o conjunto das mortes por doenças isquêmicas (infarto + demais isquêmicas) supera o número de óbitos provocados pelas doenças cerebrovasculares.

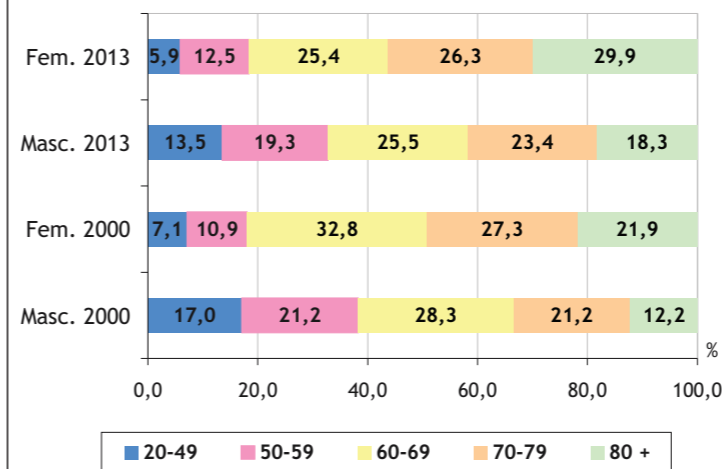
**Figura 2** - Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo. Campinas, 2013.



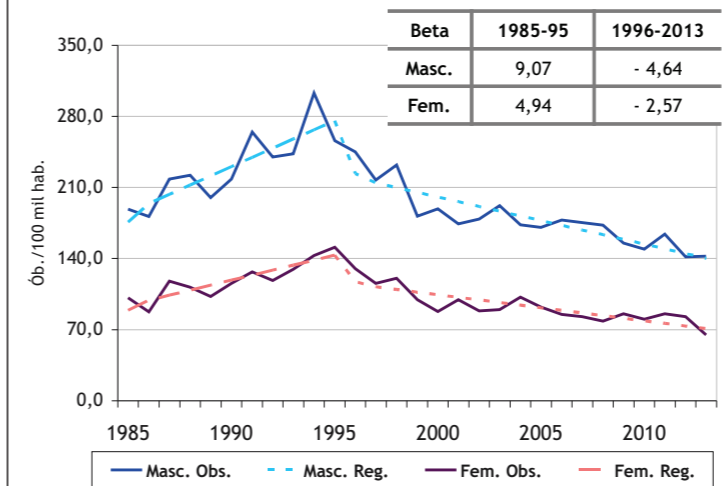
Verifica-se que, em 2000, 38,2% dos infartos de homens haviam ocorrido antes dos 60 anos de idade (óbitos precoces) e nas mulheres 18,0% deles (Figura 3). Entre 2000 e 2013, o percentual se manteve estável para as mulheres (18,4%) já nos homens houve redução para 32,8%, valor ainda muito superior à ocorrência das mortes precoces nas mulheres. Em ambos os sexos, observa-se nesse período aumento da concentração das mortes por infarto nas pessoas com 80 anos ou mais. Cerca de 30% das mortes por infarto das mulheres ocorre nessa faixa de idade e, nos homens, 18,3%.

O declínio das mortes por infarto agudo do miocárdio é fenômeno relativamente recente pois as taxas vinham apresentando crescimento importante até metade da década de 90. Constata-se na Figura 4 uma brusca inversão da tendência nessa década. De 1985 a 1995, nos homens, as taxas cresciam 9 óbitos/100.000 habitantes por ano e após 1995 as taxas passaram a declinar 4,64 por 100.000 ao ano. Nas mulheres, as taxas cresciam 4,94 ao ano e passaram a decrescer 2,57 ao ano após 1995. Esse padrão de inversão da tendência de aumento para uma tendência de declínio é observado em ambos os sexos em diferentes grupos etários (Figura 5). Pode-se confirmar as taxas mais elevadas nos homens constatando-se que homens de 40 a 49 anos apresentam taxas superiores às das mulheres de 50 a 59 anos em 2003.

**Figura 3** - Mortalidade proporcional por infarto agudo do miocárdio entre adultos com 30 anos ou mais de idade, segundo sexo e grupos etários. Campinas, 2000-2013.



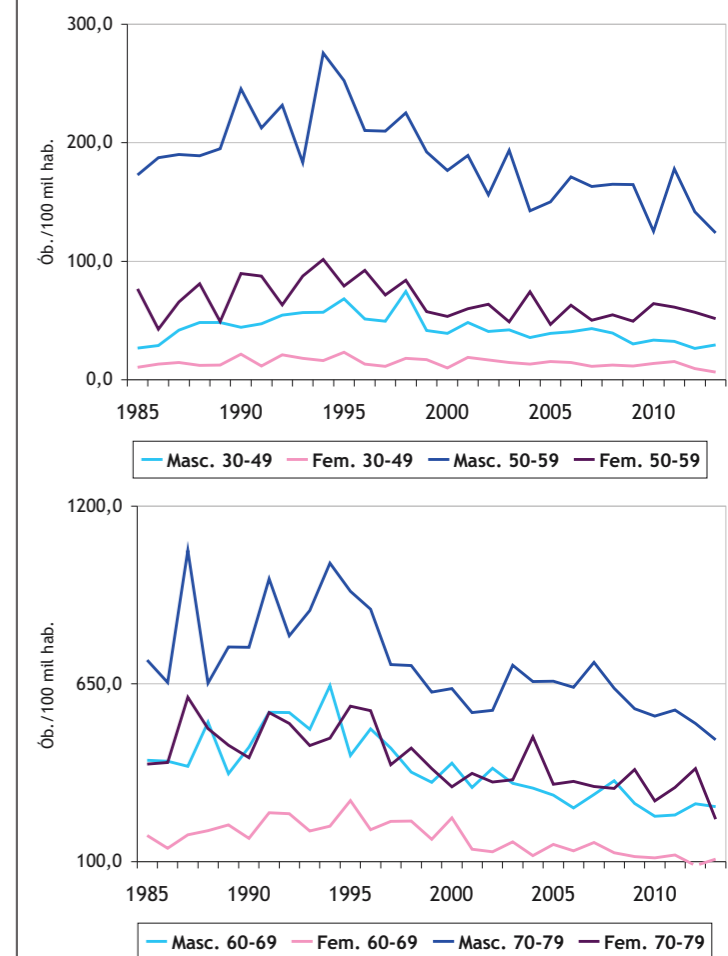
**Figura 4** - Coeficientes\* de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em adultos com 30 anos ou mais de idade, segundo sexo. Campinas, 1985-2013.



A análise das taxas de cada grupo etário entre 2000 e 2013, permite verificar que o declínio da mortalidade por infarto ocorreu em ambos os sexos, em praticamente todos os grupos etários, sendo menos expressivo na faixa de 80 anos ou mais (Tabela 1).

Em 2010-2013, os homens apresentam risco de morrer por infarto agudo do miocárdio 60% maior que as mulheres, que é um pouco inferior ao observado em 2000-2003 quando essa razão atingia 80% (Tabela 2). O risco maior dos homens é mais expressivo nas faixas de idade entre 40 a 49 anos, quando as taxas masculinas são cerca de 3 vezes as observadas no sexo feminino.

**Figura 5** - Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, segundo sexo e grupos etários. Campinas, 1985-2013.



Durante o período estudado houve tendência de aumento das mortes por infarto ocorridas no domicílio (Figura 6). Esse fato poderia resultar de aumento de infartos fulminantes, com morte rápida após a ocorrência, não havendo tempo para internação, ou mortes durante o sono, mais de 20% das mortes por infarto ocorrem em indivíduos com 80 anos ou mais, ou de mortes ocorridas após a alta do paciente.

A análise da distribuição das taxas de morte por infarto agudo do miocárdio no espaço urbano de Campinas revela que as áreas com piores níveis socioeconômicos tendem a apresentar as maiores taxas (Tabela 3), indicando que as desigualdades sociais em saúde abrangem não apenas a ocorrência de doenças infecciosas e riscos de acidentes e violências, mas também as mortes por doenças crônicas. Essa desigualdade espacial é confirmada pelo achado de que os moradores do Distrito Leste do município, que é onde residem os indivíduos com os melhores níveis socioeconômicos, apresentam os menores riscos de morte por infarto sendo a taxa do Distrito Noroeste 27% superior à do distrito Leste nos homens e 35% superior nas mulheres (Mapa 1).