

## Mortalidade por doenças cerebrovasculares

Na configuração atual do perfil de doenças e de mortalidade das populações, que resultou da redução acentuada da fecundidade e do controle e tratamento efetivo de inúmeras doenças infecciosas, ganharam indiscutível relevância as doenças crônicas não transmissíveis. Na população de Campinas, em 2010, cerca de metade do total das mortes ocorridas foram provocadas por doenças cardiovasculares e por neoplasias. As doenças cardiovasculares persistem como o principal grupo de causas de óbito, respondendo por 29,2% das mortes (Figura 1) e as doenças cerebrovasculares (DCEV) junto com as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por dois terços das mortes desse grupo de doenças (Figura 2).

Figura 1 - Mortalidade proporcional segundo grupos de causas de morte. Campinas, 2010.

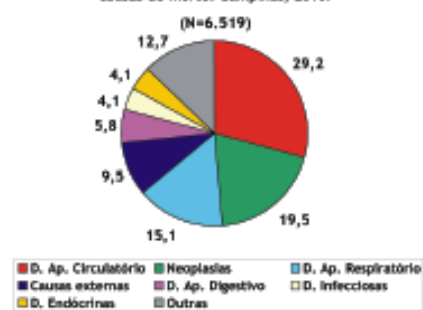
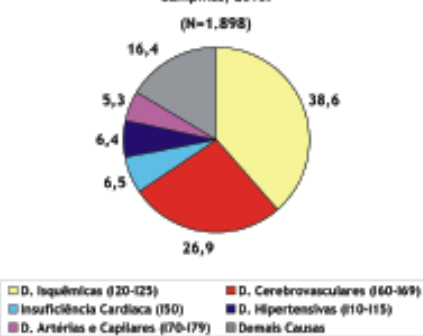


Figura 2 - Óbitos por doenças do aparelho circulatório. Campinas, 2010.



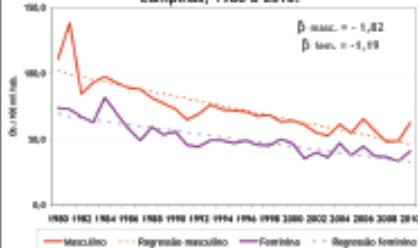
O risco de morrer por doença cerebrovascular (mais conhecida como acidente vascular cerebral) cresce vertiginosamente com o aumento da idade (Tabela 1). Enquanto um morador de Campinas do sexo masculino, com idade entre 45 a 54 anos, tem um risco de 44,7 por 100.000 habitantes de morrer por essa causa, a taxa atinge 1363,1 por 100.000 nos habitantes com 75 ou mais, o que significa 1,4 mortes em cada 100 moradores dessa faixa etária a cada ano. Verifica-se também que o risco de morte por DCEV é maior nos homens em todas as faixas etárias.

Tabela 1 - Taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares e razão de taxas entre os sexos. Campinas, 2008-2010.

Grupos etários	Taxas de Mortalidade (100 mil hab.)		Razão entre sexos
	Masc.	Fem.	
15-24	1,3	0,3	4,0
25-34	3,6	2,8	1,3
35-44	14,2	7,4	1,9
45-54	44,7	28,2	1,6
55-64	147,8	70,2	2,1
65-74	318,3	199,9	1,6
75+	1363,1	1129,5	1,2

Analisando-se a tendência do risco de mortalidade por doença cerebrovascular em Campinas, no decorrer das últimas 3 décadas, constata-se um declínio muito importante de aproximadamente 55% entre 1980 e 2010. A taxa vem caindo em média 1,82 pontos por ano nos homens e 1,19 nas mulheres (Figura 3). Este declínio tem também sido registrado em outros países e em outras localidades brasileiras. Esta tendência de declínio tem sido atribuída ao melhor controle de fatores causais dos acidentes vasculares cerebrais, como a hipertensão arterial, e de assistência mais efetiva no tratamento dos pacientes acometidos pela doença.

Figura 3 - Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares na população total, segundo sexo. Campinas, 1980 a 2010.



\* Padronização pela estrutura etária de Campinas de 2000.

A redução dos coeficientes de mortalidade tem ocorrido nos dois sexos e em todas as faixas etárias (Figuras 4 e 5). Os homens de 35 a 44 anos apresentaram uma significativa redução de 81,6% de suas taxas entre 1980 e 2010. As taxas de mortalidade das mulheres desta faixa etária declinaram cerca de 65% durante este período. Em relação ao segmento dos idosos com 65 a 74 anos, registrou-se queda de 56,4% no sexo masculino e de 66,1% no feminino.

Figura 4 - Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares na população com 35 a 44 anos, segundo sexo. Campinas, 1980 a 2010.

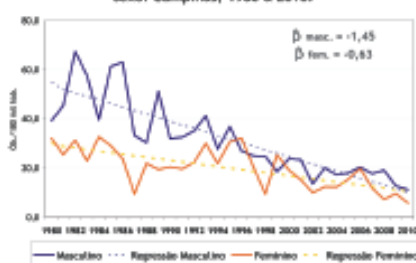
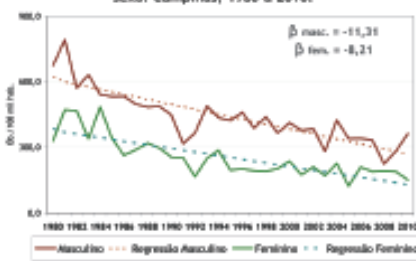


Figura 5 - Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares na população com 65 a 74 anos, segundo sexo. Campinas, 1980 a 2010.



As taxas de mortalidade observadas em Campinas são muito superiores às encontradas em países como Canadá, França, EUA, e mesmo às de países de menor desenvolvimento econômico, como México e Chile. Por outro lado, as taxas de Campinas são um pouco inferiores às do Brasil e às verificadas no município de São Paulo (Tabela 2).

A análise do risco de mortalidade por DCEV segundo os distritos de saúde revela que o Leste e o Norte apresentam as menores taxas, enquanto o Noroeste e o Sudoeste mostram os maiores coeficientes (Tabela 3). O risco de morrer por DCEV entre os moradores destes distritos é 50% maior que aquele que atinge os moradores dos distritos Leste ou Norte.

Tabela 2 - Taxas de mortalidade (100 mil hab.), segundo sexo, grupos etários e localidades selecionadas.

Localidades	45-54		55-64	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
<b>Países</b>				
Canadá - 2004	8,5	6,4	24,4	18,1
França - 2005	12,7	7,5	30,1	15,3
EUA - 2005	16,5	13,6	38,5	27,9
México - 2005	18,9	16,4	56,2	46,0
Chile - 2005	22,2	16,9	78,5	51,6
Argentina - 2005	42,3	26,9	105,7	56,9
<b>Brasil - 2008</b>	<b>46,6</b>	<b>39,2</b>	<b>130,9</b>	<b>82,5</b>
<b>Municípios</b>				
Ribeirão Preto - 2008	35,6	38,6	110,8	74,7
<b>Campinas - 2008</b>	<b>43,5</b>	<b>28,8</b>	<b>129,3</b>	<b>61,7</b>
São Paulo - 2008	54,7	43,1	127,8	71,2
Serres - 2008	53,7	27,7	148,5	83,8

Fonte: Organização Mundial da Saúde; Datasus/MS.

Tabela 3 - Taxas de mortalidade\* (100 mil hab.) por doenças cerebrovasculares na população com 15 anos ou mais, segundo Distritos de Saúde. Razão entre taxas em relação ao Distrito Leste. Campinas, 2005-2010.

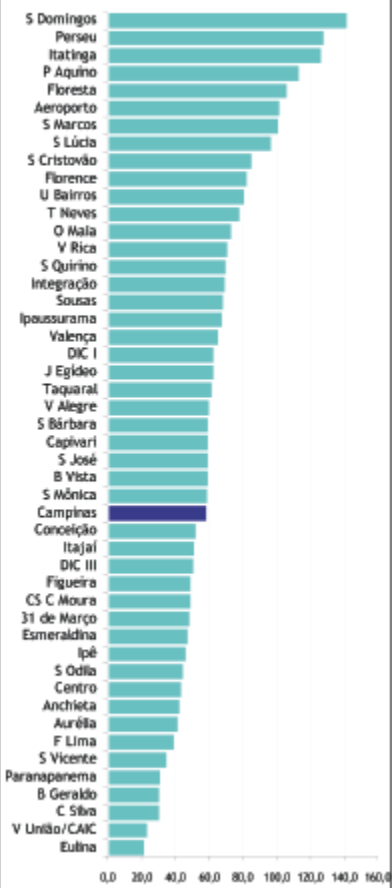
Distrito de Saúde	Masculino		Feminino		Total
	Taxas	RT	Taxas	RT	
Leste	57,5	1,0	55,8	1,0	56,4
Norte	64,1	1,1	52,5	0,9	58,4
Sul	76,9	1,3	67,2	1,2	72,0
Noroeste	83,9	1,5	80,3	1,4	82,4
Sudoeste	84,5	1,5	83,0	1,5	83,9

\* Padronização pela estrutura etária de Campinas de 2000, por sexo.

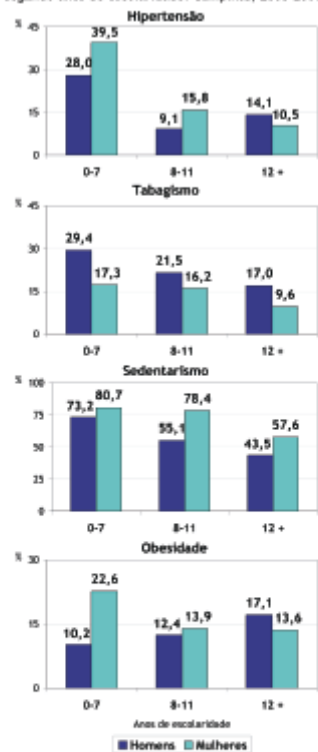
A ampla diferença de risco entre os moradores das áreas de abrangência dos centros de saúde de Campinas pode ser observada na Figura 6. Estas diferenças são resultantes de diferentes condições de vida, de maior exposição aos fatores de risco para DCEV e de cuidado menos oportuno e efetivo dos pacientes acometidos pela doença. Esta observação é reforçada pela constatação de que os moradores das áreas mais pobres da cidade têm um risco (RT) 61% maior que o dos moradores das áreas mais ricas (Tabela 4). Essas áreas socioeconômicas, apresentadas no Mapa 1, foram definidas com base em informações de escolaridade e renda derivadas do censo demográfico de 2000 do IBGE.

O gradiente de aumento das taxas de mortes por DCEV com o nível socioeconômico da área de moradia é coerente com os achados de inquérito de saúde de base populacional (ISACAMP 2008-09) realizado em Campinas em 2008 e 2009 ([www.fcm.unicamp.br/centros/ccas](http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas)). Os resultados deste inquérito revelam prevalências mais elevadas de hipertensão, de fumantes e de sedentários no lazer na população de Campinas com menor nível de escolaridade (Figura 7). Também a prevalência de mulheres obesas é maior nesse segmento socialmente mais vulnerável e apenas a obesidade masculina apresenta tendência a um padrão social inverso.

**Figura 6 - Taxas de mortalidade (100 mil hab.) por doenças cerebrovasculares na população com 45 a 64 anos, segundo áreas de abrangência de Centros de Saúde, Campinas, 2005-2010.**



**Figura 7 - Prevalência de fatores de risco para doenças cerebrovasculares na população com 18 anos ou mais, segundo anos de escolaridade, Campinas, 2008-2009.**



Fonte: ISACAMP 2008-2009 (Inquérito de Saúde de Campinas)

Os dados deste boletim apontam a necessidade de medidas de promoção da saúde, incluindo iniciativas e programas voltados à redução do tabagismo, do sedentarismo e da obesidade, especialmente destinados ao segmento da população SUS dependente de Campinas, de forma a buscar reduzir as desigualdades sociais no padrão da hipertensão arterial e da mortalidade por doenças cerebrovasculares. Também avanços na qualidade da atenção aos hipertensos e aos pacientes acometidos por DCEV precisam ser priorizados para a redução da incidência e da letalidade desta doença.

**Tabela 4 - Taxas de mortalidade\* (100 mil habitantes) por doenças cerebrovasculares na população com 20 anos ou mais, segundo estratos socioeconômicos, Campinas, 2005-2010.**

Estratos	Taxas de Mortalidade	Razão entre taxas
Baixo	65,6	1,61
Médio	55,4	1,36
Alto	40,8	1,0

\* Padronização pela estrutura etária de Campinas de 2000.

**Mapa 1 - Áreas de abrangência de Centros de Saúde, segundo estratos socioeconômicos.**



Baixo			Médio			Alto		
N.º	Centros de Saúde	Áreas	N.º	Centros de Saúde	Áreas	N.º	Centros de Saúde	Áreas
13	Aeroporto	13	21	31 de Março	27	27	Aurélia	27
47	Canalhe de Moura	14	31	Anchieta	30	30	Barão Geraldo	30
28	Capivari	14	14	Boa Vista	38	38	Centro	38
23	DIC I	04	04	Costa e Silva	01	01	Conceição	01
24	DIC II	09	09	Esmeraldina	25	25	Eulina	25
22	Florence	11	11	Figueira	26	26	Paraíso	26
42	Floresta	07	07	Integração	40	40	Parapanerema	40
35	Ipaussurama	38	38	Ipê	29	29	Taquaral	29
41	Itatinga	48	48	Rajá	45	45	Vila União/CAIC	45
46	Santo Antônio	33	33	Joaquim Egídio				
37	São Cristóvão	03	03	Dionísio Mala				
40	São Domingos	34	34	Pedro Aquino				
16	São José	05	05	Perseu				
10	Santa Lúcia	44	44	Santa Bárbara				
36	São Marcos	28	28	Santa Odila				
06	Santa Mônica	12	12	São Quirino				
17	São Vicente	32	32	Sousas				
08	União Bairros	15	15	Tacredo Neves				
18	Vista Alegre	02	02	Via Rica				
19	Valença							

Equipe responsável pelo Boletim:

Coordenadoria de Informação e Informática/SMS/Campinas saude.vitaliscampinas.sp.gov.br Dra. Solange Mattos Almeida Dra. Maria Cristina Rastrelli	Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DMPS/FCM/UNICAMP ccsa@fcm.unicamp.br Prof. Dra. Marilise Berti A. Barros Dra. Letícia Maria León Ana Paula Delon
---	---

Publicado em agosto/2011

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

# MORTALIDADE EM CAMPINAS

Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no município de Campinas

Boletim de Mortalidade n.º 47 – Julho a dezembro de 2010  
**MORTALIDADE POR DOENÇAS CEREBOVASCULARES**

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