

## ANÁLISE DESCRITIVA DA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Descriptive analysis of the hospital morbimortality due to acute myocardial infarction in the federative republic of brazil

Análisis descriptivo de la morbimortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio en la república federativa del brasil

*Edison Vitório de Souza Júnior<sup>1\*</sup>; Gabriel Aguiar Nunes<sup>2</sup>; Diego Pires Cruz<sup>3</sup>; Randson Souza Rosa<sup>4</sup>; Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>5</sup>; Eduardo Nagib Boery<sup>6</sup>*

### Como citar este artigo:

Júnior EVS, Nunes GA, Cruz DP, *et al.* ANÁLISE DESCRITIVA DA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:744-749. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8076>

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the hospital morbidity and mortality due to Acute Myocardial Infarction in Brazil between 2012 and 2017. **Methods:** ecological and descriptive study conducted with data obtained in the hospital information system. The variables were: 5 Brazilian regions, sex, age groups, and race. **Results:** it were registered 502.106 hospitalizations and 58.050 deaths, corresponding to a mortality of 11,56%. Southeast has highlighted highest percentage of hospitalizations (50,14%) and deaths (48,85%), while northeast highest mortality (12,67). The men have been highlighted in hospitalizations (63,46%) and deaths (55,77%), while the women highest mortality (13,99%). People aged between 60 and 64 years old had the highest prevalence in the hospitalizations (15,46%) and elderly aged 85 and above in deaths (22,39%) and mortality (26,6%). The Self-declared white people highlights in hospitalizations (40,82%) and deaths (39,46%) and indigenous in mortality (17,86%). **Conclusion:** it is necessary the improving the preventive and control measures of pathology, especially among the groups with a greater mortality.

**Descriptors:** Cardiovascular diseases, Public health, Information systems.

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié - Bahia - Brasil.

<sup>2</sup> Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié - Bahia - Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié - Bahia - Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié - Bahia - Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié - Bahia - Brasil.

<sup>6</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié - Bahia - Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a morbimortalidade hospitalar por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil entre 2012 e 2017. **Métodos:** estudo ecológico e descritivo realizado com dados do Sistema de Informações Hospitalares. As variáveis foram: as 5 regiões brasileiras, sexo, faixa etária e raça/cor. **Resultados:** houve registro de 502.106 internações e 58.050 óbitos, correspondendo a mortalidade de 11,56%. O sudeste obteve maior porcentagem de internações (50,14%) e óbitos (48,85%), enquanto o nordeste maior mortalidade (12,67%). Os homens se destacaram nas internações (63,46%) e óbitos (55,77%), enquanto as mulheres na mortalidade (13,99%). Pessoas entre 60 e 64 anos tiveram maior prevalência nas internações (15,46%) e idosos  $\geq$  80 anos nos óbitos (22,39%) e mortalidade (26,6%). Os autodeclarados brancos se destacaram nas internações (40,82%) e óbitos (39,46%) e os indígenas na mortalidade (17,86%). **Conclusão:** torna-se necessário o aperfeiçoamento das medidas de prevenção e controle, especialmente nos grupos com maior mortalidade.

**Descritores:** Doenças cardiovasculares, Saúde pública, Sistemas de informação.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la morbimortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio en Brasil entre 2012 y 2017. **Métodos:** estudio ecológico y descriptivo realizado con datos del sistemas de información hospitalaria. Las variables fueron: las 5 regiones brasileñas, sexo, grupo de edad y raza. **Resultados:** fueron registradas 502.106 hospitalizaciones y 58.050 muertes, que corresponde a mortalidad de 11,56%. Lo sudeste obtuvo el mayor porcentaje de hospitalizaciones (50,14%) y muertes (48,85%), y el nordeste ha tenido el mayor mortalidad (12,67%). Los hombres se destacaron en las hospitalizaciones (63,46%) y muertes (55,77%), y las mujeres en la mortalidad (13,99%). Personas de edad comprendida entre los 60 y los 64 años tuvieron mayor prevalencia en las hospitalizaciones (15,46%) y las personas mayores de edad igual o superior a 80 años mayor ocurrencia de muertes (22,39%) y mortalidad (26,6%). Las personas autopercebidas blanca se destacaron en las hospitalizaciones (40,82%) y muertes (39,46%) y los indígenas en la mortalidad (17,86%). **Conclusión:** se hace necesario el perfeccionamiento de las medidas de prevención y control de la patología, especialmente en los grupos con mayor mortalidad.

**Descriptorios:** Enfermedades cardiovasculares, Salud pública, Sistemas de información.

## INTRODUÇÃO

O rápido processo de urbanização, associado à industrialização e a expansão tecnológica, propiciou mudanças significativas no estilo de vida das pessoas em todo o mundo. Em meio a essas alterações, destacam-se os hábitos alimentares prejudiciais à saúde e o sedentarismo, fatores esses que têm contribuído efetivamente para a alteração no perfil epidemiológico da população e o favorecimento à manifestação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).<sup>1</sup>

Dentre as DCNT, avultam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), especialmente o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM),<sup>2</sup> o qual é caracterizado pelo suporte sanguíneo insuficiente para as artérias coronárias, ocasionando a falência parcial ou total do músculo cardíaco, estando manifestos, ainda, alguns fatores de risco

relevantes, como o Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), consumo excessivo de alimentos lipídicos, ingestão reduzida de frutas e vegetais e a manutenção de hábitos etilistas, tabagistas e sedentários.<sup>3-4</sup>

À vista disso, o IAM trata-se de uma doença com grande magnitude e incidência em expressiva parte da população brasileira, constituindo-se como a principal causa de óbitos em países de quaisquer classificações econômicas,<sup>2</sup> o que o torna, portanto, um problema mundial de saúde pública.<sup>5</sup> “Em 2011, cerca de 20 milhões de indivíduos sofreram de doenças do aparelho cardiovascular em todo mundo, dos quais, aproximadamente, 12 milhões foram vítimas fatais de IAM”.<sup>6</sup>

No intuito de alcançar a redução da morbimortalidade por DCV, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, criou e implementou a Política Nacional de Promoção à Saúde e o Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão e do Diabetes (HIPERDIA).<sup>7</sup> Entretanto, a mortalidade ainda permanece elevada se comparada a outros países, principalmente pelo IAM.<sup>8</sup>

Nesta perspectiva, o estudo apresenta sua relevância por proporcionar a disseminação do conhecimento epidemiológico do IAM no Brasil. Com isso, será possível promover discussões críticas-reflexivas sobre a patologia e as ações de saúde que a Atenção Primária poderá implementar para a prevenção e controle de DCNT. Desse modo, o objetivo desse estudo é descrever a morbimortalidade hospitalar por IAM no Brasil entre o período de 2012 a 2017.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico, realizado com dados sobre IAM provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O cenário de estudo adotado diz respeito ao Brasil, país da América do Sul cuja população atinge cerca de 207,7 milhões de habitantes residentes em um território de 8,6 milhões de metros quadrados.

Os dados sobre morbimortalidade (internações, óbitos e taxa de mortalidade) foram correlacionados às seguintes variáveis: regiões do país, sexo (masculino e feminino), faixa etária (< 1 ano à  $\geq$  80anos) e raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena). A taxa de mortalidade foi calculada considerando a razão entre o número de óbitos e internações, multiplicada por 100. Foram coletados todos os dados registrados entre 01 de Janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017

A coleta, tabulação e avaliação dos dados ocorreram no mês de Abril de 2018 através da plataforma eletrônica do SIH. Adotou-se a análise descritiva simples e os resultados foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas. Por se tratar de um estudo cujos dados foram obtidos secundariamente por meio de um sistema de

informação em saúde com domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A **Tabela 1** demonstra as internações, óbitos e taxa de mortalidade de acordo com as 5 regiões brasileiras e os anos de estudo. É notável que a região sudeste obteve maior número de internações com 251.762 (50,14%) e óbitos com 28.359 (48,85%). Já a região nordeste se destacou por evidenciar maior taxa de mortalidade no período estudado (12,67%). O Brasil, por sua vez, registrou 502.106 internações, 58.050 óbitos e taxa de mortalidade de 11,56%.

**Tabela 1** - Internações, óbitos e taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil, estratificado por ano de atendimento e regiões. Jequié, BA, 2018

Variáveis	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
<b>Internações</b>								
Norte	511	3.515	3.703	4.129	4.516	4.248	20.622	4,11
Nordeste	1.48	17.24	19.40	19.662	20.006	20.487	98.292	19,5
Sudeste	7	7	3	50.411	53.920	51.590	251.76	50,1
Sul	3.23	44.54	48.06	2	8	1	2	4
C. Oeste	1.52	16.55	18.98	20.886	22.653	21.305	101.91	20,3
Total	9	4	3	20.886	22.653	21.305	0	0
	543	4.931	5.193	5.529	6.480	6.844	29.520	5,88
	7.30	86.79	95.34	100.61	107.57	104.47	502.10	100
	2	5	3	7	5	4	6	100
<b>Óbitos</b>								
Norte	69	451	416	570	571	493	2.570	4,43
Nordeste	206	2.257	2.487	2.428	2.601	2.473	12.452	21,4
Sudeste	389	5.376	5.402	5.848	5.929	5.415	28.359	48,8
Sul	153	2.013	2.147	2.283	2.294	2.094	10.984	18,9
C. Oeste	64	688	735	708	779	711	3.685	6,35
Total	881	5	7	11.837	12.174	11.186	58.050	100
<b>Mortalidade</b>								
Norte	13,5	12,83	11,23	13,8	12,64	11,61	12,46	12,4
Nordeste	13,8	5	13,09	12,82	12,35	13	12,07	12,6
Sudeste	12,0	4	12,07	11,24	11,6	11	10,5	11,26
Sul	10,0	1	12,16	11,31	10,93	10,13	9,83	10,78
C. Oeste	11,7	9	13,95	14,15	12,81	12,02	10,39	12,48
Total	12,0	7	12,43	11,73	11,76	10,71	11,56	6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No que se referem ao sexo, os homens se sobressaem pela maior prevalência de internações com 318.624 (63,46%) e óbitos com 32.373 (55,77%), enquanto as mulheres apresentaram maior taxa de mortalidade (13,99%), conforme a **Tabela 2**.

**Tabela 2** - Internações, óbitos e mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil estratificado por sexo. Jequié, BA, 2018

Sexo	Internações	Óbitos		Mortalidade (%)	
		%	%	%	%
Masculino	318.624	63,46	32.373	55,77	10,16
Feminino	183.482	36,54	25.677	44,23	13,99
Total	502.106	100	58.050	100	11,56

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com a **Tabela 3**, observa-se que o maior número de internações foi registrado em pessoas com idade entre 60 e 64 anos com 77.621 (15,46%). Em relação aos óbitos e a taxa de mortalidade, verifica-se maior prevalência entre os idosos com idade  $\geq 80$  anos, perfazendo um total de 12.995 (22,39%) e 26,6%, respectivamente.

**Tabela 3** - Internações, óbitos e taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil, estratificada por faixa etária. Jequié, BA, 2018

Faixa etária	Internações	%	Óbitos	%	Mortalidade (%)
<1	443	0,09	37	0,06	8,35
1 a 4	111	0,02	6	0,01	5,41
5 a 9	50	0,01	1	0,00	2
10 a 14	93	0,02	6	0,01	6,45
15 a 19	617	0,12	42	0,07	6,81
20 a 24	1.148	0,23	62	0,11	5,4
25 a 29	2.112	0,42	123	0,21	5,82
30 a 34	4.601	0,92	244	0,42	5,3
35 a 39	9.622	1,92	508	0,88	5,28
40 a 44	19.842	3,95	1.005	1,73	5,07
45 a 49	36.244	7,22	2.044	3,52	5,64
50 a 54	56.274	11,2	3.387	5,83	6,02
55 a 59	72.182	14,3	5.288	9,11	7,33
60 a 64	77.621	15,4	7.195	12,3	9,27
65 a 69	70.933	14,1	8.323	14,3	11,73
70 a 74	56.957	11,3	8.573	14,7	15,05
75 a 79	44.400	8,84	8.211	14,1	18,49
$\geq 80$	48.856	9,73	12.995	22,3	26,6
Total	502.106	100	58.050	100	11,56

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação à raça/cor, os brancos tiveram maior porcentagem nas internações com 204.954 (40,82%) e óbitos com 22.906 (39,46%). No entanto, a maior taxa de mortalidade foi identificada entre os indígenas (17,86%).

**Tabela 4** - Internações, óbitos e mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil estratificado por raça/cor. Jequié, BA, 2018

Cor/raça	Internações	%	Óbitos	%	Mortalidade (%)
Branca	204.954	40,8	22.906	39,46	11,18
Preta	15.747	3,14	1.711	2,95	10,87
Parda	139.366	27,7	15.009	25,86	10,77
Amarela	4.204	0,84	500	0,86	11,89
Indígena	84	0,02	15	0,03	17,86
Sem informação	137.751	27,4	17.909	30,85	13
Total	502.106	100	58.050	100	11,56

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A região sudeste é a segunda menor região em termos de extensão territorial e a principal região industrial, comercial e econômica do país, sendo responsável por 55,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.<sup>9</sup> Nessa perspectiva, é possível inferir que a oferta e acesso

aos serviços de saúde nos três níveis de complexidade nessa região são facilitados em virtude, principalmente, de sua maior taxa de urbanização dentre as regiões brasileiras<sup>10</sup> e economia, o que explica o maior número de internações com 251.762 (50,14%) e óbitos com 28.359 (48,85%), ocupando a segunda menor taxa de mortalidade dentre todas as regiões do país (11,26%), conforme a Tabela 1.

As alterações no comportamento das taxas de mortalidade sugerem mudanças nas relações entre os indivíduos e os fatores de risco modificáveis e não modificáveis.<sup>7</sup> Além disso, algumas regiões brasileiras possuem recursos insuficientes para garantirem diagnósticos precisos e tratamentos, como é o caso do nordeste,<sup>11</sup> obtendo maior taxa de mortalidade por IAM (12,67%), conforme a Tabela 1.

Ressalta-se, ainda, que o acesso aos três níveis de atenção à saúde é dificultado nessa região em decorrência de parte considerável da população residir em zonas rurais e/ou em municípios de pequeno porte que não possuem unidades de suporte à vida de forma rápida e eficaz.<sup>12</sup> Tal realidade pode explicar as menores ocorrências de internações e óbitos pelo sistema de informação, pois muitos evoluem ao óbito sem mesmo passarem por assistência médica.

Os resultados evidenciados no presente estudo revelam a diminuição progressiva da taxa de mortalidade por IAM no Brasil e variações significativas da mesma entre suas regiões. Deve-se levar em consideração que em cada divisão geográfica do país as pessoas residentes estão expostas a diferentes condições de vulnerabilidade como efeito da diversidade educacional, econômica, política e cultural.<sup>2</sup> Além do mais, de maneira geral, a alta taxa de mortalidade pelo IAM na população brasileira é atribuída às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e às medidas terapêuticas nas suas diversas modalidades.<sup>13</sup>

No que se referem ao sexo, os homens se destacam pela maior prevalência de internações com 318.624 (63,46%) e óbitos com 32.373 (55,77%). Vale ressaltar que esses resultados podem ter relação direta com a maior exposição masculina a alguns fatores de risco como tabagismo (22,5%), sobrepeso (56,5%), inatividade física (16,2%), dentre outros,<sup>14</sup> evoluindo para um desfecho fatal. Além disso, é válido mencionar a menor tendência dos homens a procurarem os serviços de saúde<sup>15</sup> para a sua promoção e proteção em virtude das construções sociais relacionadas à masculinidade.<sup>8</sup>

Constatando esse fato, um estudo produzido em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que 78,0% das mulheres procuraram algum serviço médico nos últimos 12 meses em relação a 63,9% dos homens,<sup>16</sup> evidenciando diferença de 14,1% entre os gêneros. É salientável, portanto, a importância da realização de consultas médicas e exames periódicos para detecção precoce de comorbidades e, conseqüentemente, maior sucesso terapêutico.

As mulheres do presente estudo apresentaram maior

taxa de mortalidade (13,99%), refutando os achados de outras pesquisas.<sup>8,17-18</sup>. No que concerne aos aspectos fisiológicos, o sexo feminino apresenta proteção cardíaca natural até os 75 anos de idade devido a ação do hormônio estrogênio no sistema cardiovascular de tal forma que as mulheres que desenvolvem aterosclerose coronária antes da referida idade, apresentam maiores chances de serem acometidas por doenças mais agressivas.<sup>15</sup>

É importante frisar, ainda, que um estudo<sup>19</sup> realizado em uma cidade da região nordeste do Brasil não encontrou diferenças significativas entre a variável referente ao sexo, apesar de registrarem prevalência de 56,2% no sexo masculino. Esses resultados divergem de outro estudo<sup>20</sup> ocorrido no Rio de Janeiro, Brasil, em que as mulheres apresentaram mortalidade hospitalar superior em até 2,3 vezes se comparadas ao sexo masculino. Entretanto, ainda há discussões entre pesquisadores se o sexo feminino, de fato, é constituído como um fator biológico para o desenvolvimento do IAM ou um viés metodológico nas pesquisas.<sup>20</sup>

Em relação à faixa etária, as pessoas com idade entre 60 e 64 anos tiveram maior porcentagem de internações com 77.621 (15,46%), conforme a Tabela 3. Em relação aos óbitos e a taxa de mortalidade, verifica-se maior prevalência entre os idosos com idade  $\geq$  80 anos, perfazendo um total de 12.995 (22,39%) e 26,6%, respectivamente.

Não obstante, os resultados desse estudo evidenciam aumento progressivo da mortalidade, sobretudo a partir dos 65 anos de idade. Tais dados corroboram com uma pesquisa realizada no Brasil,<sup>17</sup> no qual demonstrou o comportamento progressivo crescente da mortalidade paralelo ao processo de envelhecimento, especialmente em pessoas com idade superior a 50 anos.

O desenvolvimento das doenças cardiovasculares é facilitado à medida que a idade avança, pois nesse grupo etário há o desenvolvimento natural da arteriosclerose, o que dificulta a absorção vascular do impacto gerado pela pressão sanguínea. Em decorrência disso, as chances de acometimento pela HAS, aterosclerose e isquemia cardíaca aumentam significativamente, o que, por sua vez, contribui com o risco de desenvolver doença arterial coronariana.<sup>15</sup>

Ainda nesse sentido, a maior mortalidade na faixa etária citada tem relação direta com o acúmulo da longa exposição aos fatores de risco (ambiental e/ou comportamental) no decorrer da vida,<sup>8</sup> além de possuir maior incidência na presença de comorbidades como DM, HAS, infarto prévio, angina, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, dentre outros.<sup>19</sup> Ademais, os recursos terapêuticos para o IAM nos diferentes grupos etários contribuem em partes para a manutenção desse perfil, uma vez que os idosos tendem a ser submetidos às terapias menos invasivas devido a suas características fisiológicas.<sup>8</sup>

No que tange aos aspectos relativos à raça/cor, os resultados oriundos deste estudo reafirmam o perfil epidemiológico traçado em pesquisas semelhantes<sup>1</sup> ao



relatar incidência majoritária de eventos cardiovasculares, se fazendo incluso o IAM, bem como a predominância de elementos patológicos de risco e sintomas cardíacos na população autodeclarada branca. Todavia, os dados aqui explanados divergem, ainda, de estudo, que aponta a condição de raça/cor negra como preditor ao desencadeamento de acometimentos cardiovasculares.<sup>21</sup>

Mediante a este fato, é perceptível a inexistência de consenso na produção científica da temática quanto a interferência racial na determinação de vulnerabilidade cardiovascular. Outrossim, fica claro, também, a carência de investigações pormenorizadas acerca desta variável, notabilizando a necessidade de explorações étnico-raciais. Apesar disso, já é comprovado cientificamente que o DM e HAS, apresentam circunstâncias clínicas que favorecem a ocorrência do IAM e estão intimamente ligadas à população negra por questões genéticas e situações modificáveis.<sup>22</sup>

Por outro lado, observam-se dificuldades para estratificação racial nacional uma vez que esta se baseia em autodeclaração e abarca diversos aspectos referentes à autoidentificação. Tão logo se constata a extensa miscigenação demográfica no último censo demográfico,<sup>23</sup> datado de 2010, no qual, dos 191 milhões de habitantes, 47,7% se declaravam brancos, 7,6% pretos, 43,1% pardos, 1,1% amarelos e apenas 0,4% indígenas.

Já, quando analisado o aspecto da mortalidade por IAM na comunidade indígena, existe a idealização que esse quadro reflete, principalmente, o baixo nível de acesso aos serviços de saúde, uma vez que a irrisória e deficiente oferta de promoção e manutenção da saúde indígena nos âmbitos de alta e média complexidade propicia maior risco de desenvolvimento de determinadas doenças.<sup>24</sup>

Desse modo, a falta de assessoria, assistência e, muitas das vezes, de conhecimento sobre as características patológicas, prevenções e seus tratamentos, podem comungar para o alto índice de mortalidade. Para além, fatores organizativos, locais e culturais podem influir no contato com a assistência e também no quadro da situação de saúde dessa população.<sup>24</sup>

## CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu evidenciar as disparidades da morbimortalidade por IAM relacionadas ao gênero, faixa etária, raça/cor e regiões brasileiras, tornando-se notório que a patologia continua sendo uma das principais causas de morte por doenças cardiovasculares. Diante disso, há a imprescindibilidade de aperfeiçoamento das medidas de prevenção e controle da patologia, especialmente na população indígena que apresentou a maior taxa de mortalidade. Ademais, trata-se de uma população que possuem algumas dificuldades de acesso aos serviços de saúde por residir, muitas vezes, em áreas rurais.

Por fim, ressalta-se que os resultados desse estudo podem conter limitações devido ao local de coleta de

dados. Por se tratar de um Sistema de Informação, o DATASUS é alimentado pelos profissionais do serviço, que por sua vez, pode sofrer influência de fatores como atraso do preenchimento dos dados, causando, portanto, a inexactidão dos registros.

## REFERÊNCIAS

1. Silva LN, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Scholze AR, Ribas JJ. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Rev enferm UFPE on line*. 2018; 12(2):379-85. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22563p379-385-2018>
2. Medeiros TLF, Andrade PCNS, Davim RMB, Santos NMG. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. *Rev enferm UFPE on line*. 2018; 12(2):565-72. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230729p565-572-2018>
3. Vargas RA, Riegel F, Oliveira Junior N, Siqueira DS, Crossetti MGO. Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(7):2803-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201721>
4. Mathioni MS, Bernat KAC, Schmidt PRCL, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av enferm*. 2016; 34(1): 30-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>
5. Acanda MM, Reguera MG, Rivero MCH, Solar LAP, Barberá MP. Comportamiento del infarto agudo del miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2017 [citado em 2018 Jun 12];39(1). Disponível em: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1572/3269>
6. Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantsi AFC. Characterization of the variation of health care taking into account the costs of hospital admissions for acute myocardial infarction in Brazilian Unified Health System. *Rev bra epidemiol*. 2016;19(2):229-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600020002>
7. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation*. 2014; 129(14):1483-92; DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004042>
8. Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin AMG et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; 23(5):1621-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.16092016>
9. Valor. Sudeste concentra 55,2% do PIB do país, diz IBGE. 2014 [internet] [citado em 2018 Mar 14]. Disponível em: <http://www.valor.com.br/brasil/3779496/sudeste-concentra-552-do-pib-do-pais-diz-ibge>
10. Anjos-Júnior OR, Lombardi-Filho SC, Amaral PVM. Determinantes da criminalidade na região sudeste do Brasil: uma aplicação de painel espacial. *Econ soc territ*. 2018;18 (57):525-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.22136/est20181176>
11. Souza Júnior EV, Jesus MAS, Bezerra CLS, Rosa RS, Boery EN, Boery RNSO. Taxa de mortalidade por infarto cerebral na macrorregião sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. *Enferm actual Costa Rica*. 2018; (34): 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i34.31043>
12. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(6): e00213816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>
13. Marcolino MS, Brant LCC, Araujo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P et al. Implementation of the myocardial infarction system of care in city of Belo Horizonte, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):307-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130054>
14. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev cuba enferm*. [internet]. 2018 [citado em 2019 Jan 9];34(2). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613>

15. Lima AEF, Lima LD, Sandes TKS, Oliveira Neto JF, Silva KMM, Pereira RB. Perfil na mortalidade do infarto agudo do miocárdio por idade e sexo no município de Paulo Afonso no estado da Bahia. *Rev Rios Saúde* [internet]. 2018 [citado em 2018 June 12]. 1(3):26-37. Disponível em: [http://fasete.edu.br/revistariossaude/media/revistas/2018/perfil\\_na\\_mortalidade\\_do\\_infarto\\_agudo\\_do\\_miocardio\\_por\\_idade\\_e\\_sexo\\_no\\_municipio\\_de\\_paulo\\_afonso\\_no\\_estado\\_da\\_bahia.pdf](http://fasete.edu.br/revistariossaude/media/revistas/2018/perfil_na_mortalidade_do_infarto_agudo_do_miocardio_por_idade_e_sexo_no_municipio_de_paulo_afonso_no_estado_da_bahia.pdf)
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro, 2015.
17. Vilella LCM, Gomes FE, Melendez JGV. Tendência da Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, Isquêmicas do Coração e Cerebrovasculares. *Rev Enf Recife*. 2014; 8(9):3134-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201423>
18. Araújo IFM, Santos ISC, Longuiniere ACF, Valença Neto PF, Franklin TA. Perfil da população acometida por infarto agudo do miocárdio. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(7):2302-09. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201602>
19. Jesus AV, Campelo V, Silva MJS. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. *Rev Interd* [Internet]. 2013 [citado em 2015 June 05];6(1):25-33. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu>
20. Pimenta L, Bassan R, Potsch A, Soares JF, Albanesi Filho FM. É o Sexo Feminino um Preditor Independente de Mortalidade Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio?. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2001 [citado em 2018 June 12]; 77(1):37-43. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7701/7701004.pdf>
21. Lima BRS, Santos AMDR, Lopes VC, Quintans DEB, Arcuri EAM. Estudos desenvolvidos por enfermeiros sobre o risco cardiovascular: revisão de literatura. *Rev saúde* [internet]. 2016 [citado em 2019 Mar 3];10(3-4):65-83. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/download/2178/1867>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População - Brasília: Ministério da Saúde. [internet] 2016 [citado em 2018 June 18]; 7(10): 01-83. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.\\_7.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf)
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: Resultados do universo. Rio de Janeiro. [internet] 2011 [citado em 2018 June 18]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)
24. Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 2005 [citado em 2018 June 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>

Recebido em: 16/09/2018

Revisões requeridas: 19/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 27/04/2021

**\*Autor Correspondente:**

Edison Vítório de Souza Júnior  
Av. José Moreira Sobrinho, s/n  
Jequiezinho, Jequié, BA, Brasil  
E-mail: edison.vitorio@gmail.com  
CEP: 45.206-190