



# Anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório em uma capital do Nordeste brasileiro

## Potential years of life lost due to diseases of the circulatory system in a capital of Brazilian Northeast



Cristyane Nathália Gomes Mendonça<sup>1,2</sup>  Conceição Maria de Oliveira<sup>1,2</sup>   
Marcela Franklin Salvador de Mendonça<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Secretaria de Saúde do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

<sup>3</sup> Secretaria de Saúde de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Estimar os anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório (DAC) de residentes no Recife, Pernambuco.

**Métodos:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa dos óbitos por DAC de residentes no Recife de 1 a 74 anos de idade, ocorridos em 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Calcularam-se os anos potenciais de vida perdidos (APVP) e sua taxa.

**Resultados:** No ano estudado, ocorreram 12.038 óbitos de residentes no Recife; destes, 1.363 (20,2%) foram por doença arterial coronariana. No sexo masculino, a taxa de APVP foi de 16,27 anos/1.000 habitantes. A faixa etária entre 60 e 64 anos apresentou maior taxa de APVP (53,20 anos/1.000 habitantes). O tipo de DAC que apresentou maiores APVP (9.853 anos) foram as doenças isquêmicas do coração em ambos os sexos, com 6.701 anos perdidos nos homens (taxa de APVP = 9,24 anos/1.000 habitantes) e 3.152 anos nas mulheres (taxa de APVP = 3,78 anos/1.000 habitantes). Em todos os tipos de DAC, os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres (RC = 1,8). **Conclusão:** Os APVP e as taxas de APVP são indicadores pouco utilizados para análise do padrão de mortalidade. Contudo, as informações apresentadas desses indicadores poderão servir para nortear ações que

**Como citar:** Mendonça **CNG**, Oliveira **CM**, Mendonça **MFS**. Anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório em uma capital do Nordeste brasileiro. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):1 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.317>

#### Autor correspondente:

Cristyane Nathália Gomes Mendonça.

E-mail: cristyane.mendonca@hotmail.com

#### Fonte de financiamento:

Não se aplica

**Parecer CEP:** CAAE nº 10394919.6.0000.5569.

Recebido em: 13/11/2023

Aprovado em: 05/03/2024

visam a promoção da saúde e a prevenção das DAC.

**Palavras-chave:** Anos potenciais de vida perdidos; Doença crônica; Doenças do aparelho circulatório; Mortalidade.

## Abstract

---

**Aim:** To estimate the potential years of life lost (PYLL) due to diseases of the circulatory system (DCS) in residents of Recife (Pernambuco). **Methods:** This descriptive study used a quantitative approach to analyze deaths from DCS among individuals aged 1 to 74 residing in Recife during 2017. Data were obtained from the Mortality Information System, and the PYLL and their rate (PYLLR) were calculated. **Results:** Deaths from DCS were concentrated in the oldest age groups: 60 to 69 (36.7% of men and 42.6% of women) and 50 to 59 (27.4% of men and 19.2% of women). Most deaths occurred among individuals of brown ethnicity (61.0%) with one to three years of education (26.0%), in hospitals (64.0%), and were attributed to ischemic heart disease (54.7%). The overall mortality rate was about twofold higher in men. In addition, the PYLLR was significantly higher in men than in women (16.27 years per 1,000 inhabitants vs. 7.37 years per 1,000 inhabitants, respectively). The age group between 60 to 64 years had the highest PYLLR (53.20 years per 1,000 inhabitants), followed by 65 to 69 (52.60 years per 1,000 inhabitants). Ischemic heart disease was the DCS with the highest PYLL, totaling 9,853 years: 6,701 lost in men (PYLLR = 9.24 years per 1,000 inhabitants) and 3,152 in women (PYLLR = 3.78 years per 1,000 inhabitants). Men were about twofold more likely to die than women. **Conclusion:** PYLL was more pronounced in men; they were more likely to die from DCS than women.

**Keywords:** Chronic disease; Diseases of the circulatory system; Mortality; Potential years of life lost.

## INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório (DAC) são uma das principais causas de morte na população brasileira, responsáveis por 267.635 mortes em 1990 (29,3% do total de óbitos) e 424.058 (31,2% do total de óbitos) em 2015, acréscimo de 31,2%<sup>1,2</sup>. Entre esse grupo de causas, a doença isquêmica do coração (DIC) e as cerebrovasculares (DCBV) são as mais prevalentes<sup>3</sup>.

A DCBV é uma das doenças mais negligenciadas no Brasil. Ela apresenta incidência e mortalidade elevadas, que determinam uma transição epidemiológica lenta no país em comparação aos territórios com desenvolvimento socioeconômico similar. A hipertensão é o principal fator de risco das DCBV; já para as DIC, há quatro grandes fatores de risco envolvidos: dislipidemia, hipertensão, tabagismo e diabetes<sup>4,5</sup>.

No território brasileiro, o risco de morte por DCBV e DIC é semelhante no sexo masculino e maior por DCBV no sexo feminino, contudo, a mortalidade por DIC nas mulheres é predominante em regiões mais desenvolvidas. As regiões Nordeste e Norte apresentam aumento da

mortalidade por DIC, enquanto, no Centro-oeste, não se encontra alteração no comportamento dos óbitos por essas causas<sup>6</sup>.

A DAC tem contribuído para a perda de qualidade de vida com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária e laborais, gerando impactos econômicos nas famílias e no sistema de saúde, até mesmo empobrecimento e prejuízo social<sup>8</sup>. Além disso, estudos apontam que as DAC, atualmente, têm gerado elevado número de mortes prematuras (30 a 69 anos) influenciando os anos de vida perdidos<sup>7,8</sup>.

Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) são um indicador de valor social e econômico utilizado para analisar a mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse indicador define e classifica as causas de morte prematuras e os fatores de risco para sua ocorrência e mensura o impacto das ocorrências no âmbito social. Ele também é capaz de abranger a magnitude, vulnerabilidade e transcendência das causas do óbito<sup>8</sup>.

O indicador APVP apresenta um peso maior aos óbitos de pessoas mais jovens, pois ele sugere que qualquer indivíduo pode, teoricamente, viver durante um determinado número de anos. Quando ocorre a morte precoce, numa fase da vida de alta produtividade, o indivíduo perde a possibilidade de contribuir para a sociedade com sua carga intelectual e econômica durante certa quantidade de anos potenciais de vida, traduzidos pela diferença entre o limite superior estabelecido e a idade no momento da morte<sup>9</sup>.

Considerando a perspectiva da vigilância da saúde cardiovascular, o cálculo dos APVP por DAC é relevante, uma vez que poderá contribuir para o monitoramento dos fatores de risco modificáveis e para a obtenção de indicadores dos serviços de saúde<sup>10</sup>. Pesquisas com esse recorte poderiam subsidiar o direcionamento de adoção de medidas preventivas pelos serviços de saúde, porém, sabe-se que tais pesquisas são escassas, principalmente nos municípios do Nordeste brasileiro. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é estimar os APVP por DAC de residentes no Recife, Pernambuco.

## MÉTODOS

Esse estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa foi realizado no Recife, capital do estado de Pernambuco. A cidade possui área de 218,5 quilômetros quadrados, com 1.633.697 habitantes (2017). A rede básica de saúde é composta por: 134 Unidades da Estratégia Saúde da Família, com 276 Equipes de Saúde da Família e 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Também compõem a rede básica 20 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e 6 Núcleos de Práticas Integrativas. A rede de saúde ainda conta com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável, e 12 policlínicas<sup>11</sup>.

Foram estudados todos os óbitos por DAC de residentes no Recife de 1 a 74 anos de ida-

de ocorridos no ano de 2017. Foram excluídos óbitos de menores de 1 ano de idade, pois não se pretendia analisar a mortalidade infantil, e dos maiores de 74 anos, por se tratar do limite superior da expectativa de vida para o método de cálculo escolhido. As causas de morte analisadas se basearam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, por DAC (I00-I99), e seus principais grupos foram: doenças hipertensivas (I10-I15), DIC (I20-I25) e DCBV (I60-I69).

Os dados foram provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Recife. Foram analisados todos os óbitos por DAC de acordo com as seguintes variáveis extraídas das declarações de óbito: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, local de ocorrência do evento e principais grupos de DAC. Para a análise descritiva e cálculo estatístico das variáveis, a fonte de dados populacionais utilizada foi estimada pela Secretaria de Saúde do Recife, referente ao ano de 2017, a partir do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, na faixa etária de 1 a 74 anos de idade.

Na caracterização dos óbitos, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foram estimadas as taxas de mortalidade, APVP e taxa de anos potenciais de vida perdidos, *odds ratio* (OR) e p-valor. Para a análise estatística, foi utilizado o programa EpiInfo 7.2.3.1. Estimou-se a OR para as diferenças entre os sexos e o qui-quadrado de Pearson para tendência entre as faixas etárias. No que se refere aos APVP, foi utilizada a matriz de cálculo disponibilizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em planilhas eletrônicas.

Nessa matriz, em cada grupo etário, foi multiplicado o número de óbitos pela média de anos que faltavam para atingir a idade limite de 74 anos. Essa diferença foi obtida a partir do ponto médio de cada faixa etária. Foi realizada também a razão entre as taxas de APVP do sexo masculino em relação ao feminino, dividindo-se a taxa maior pela menor entre os sexos. O cálculo dos APVP por determinada causa de óbito foi obtido por uma adaptação da proposta de Romeder e McWhinnie<sup>12</sup>, cuja expressão matemática é  $APVP = \sum aidi$ , onde: “ai” configurou o número de anos que faltavam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorreu entre as idades de i e i+1 anos; e “di” consistiu no número de óbitos ocorridos entre as idades de i e i+1 anos.

Já para as taxas de APVP, a expressão matemática foi  $TAPVP = \sum aidi \cdot 1.000/N$ , na qual: TAPVP foram as taxas de APVP e N correspondeu ao número de pessoas entre 1 e 74 anos de idade na população.

## RESULTADOS

No ano estudado, ocorreram 12.038 óbitos de residentes no Recife, sendo 6.747 (56,1%) na faixa etária de 1 a 74 anos, dentre os quais 1.363 (20,2%) foram por DAC. Observou-se concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias 60 a 64 anos e 65 a 69 anos, sendo 306

(36,7%) de homens e 226 (42,6%) de mulheres, seguido de 50 a 54 anos e 55 a 59 anos, sendo 228 (27,3%) de homens e 102 (19,2%) de mulheres. A raça/cor parda e 1 a 3 anos de estudo na escolaridade foram predominantes para ambos os sexos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos óbitos DAC segundo variáveis demográficas, local de ocorrência do evento e tipos de DAC por sexo. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	nº	%
<b>Faixa etária (em anos completos)*</b>						
10–14	1	0,1	1	0,2	2	0,1
15–19	-	-	1	0,2	1	0,1
20–24	1	0,1	1	0,2	2	0,1
25–29	5	0,6	2	0,4	7	0,5
30–34	6	0,7	5	0,9	11	0,8
35–39	19	2,3	5	0,9	24	1,8
40–44	23	2,8	12	2,3	35	2,6
45–49	68	8,2	26	4,9	94	6,9
50–54	101	12,1	42	7,9	143	10,5
55–59	127	15,2	60	11,3	187	13,7
60–64	147	17,6	99	18,7	246	18,0
65–69	159	19,1	127	24,0	286	21,0
70–74	176	21,1	149	28,1	325	23,8
<b>Raça/cor*</b>						
Branca	258	31,0	163	30,8	421	30,9
Preta	59	7,1	36	6,8	95	7,0
Parda	513	61,6	328	61,9	841	61,7
Indígena	1	0,1	1	0,2	2	0,1
Ignorada	2	0,2	2	0,4	4	0,3
<b>Escolaridade</b>						
Nenhuma	66	7,9	77	14,5	143	10,5
1–3	217	26,1	141	26,6	358	26,3
4–7	185	22,2	114	21,5	299	21,9
8–11	208	25,0	102	19,2	310	22,7
12 ou mais	74	8,9	42	7,9	116	8,5
Ignorada	83	10,0	54	10,2	137	10,1
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro	329	39,5	241	45,5	570	41,8
Casado	349	41,9	132	24,9	481	35,3
Viúvo	58	7,0	101	19,1	159	11,7
Divorciado	65	7,8	37	7,0	102	7,5
União estável	20	2,4	6	1,1	26	1,9
Ignorada	12	1,4	13	2,5	25	1,8

<b>Local de ocorrência</b>						
Hospital	533	64,0	376	70,9	909	66,7
Outros estabelecimentos de saúde	81	9,7	40	7,5	121	8,9
Domicílio	178	21,4	103	19,4	281	20,6
Via pública	21	2,5	6	1,1	27	2,0
Outros	20	2,4	5	0,9	25	1,8
<b>Principais grupos de DAC</b>						
DIC	456	54,7	286	54,0	742	54,4
DCBV	294	35,3	178	33,6	472	34,6
Doenças hipertensivas	83	10,0	66	12,5	149	10,9

\*Não ocorreram óbitos na faixa etária de 1–9 anos e de raça/cor amarela. DAC: Doenças do aparelho circulatório; DIC: Doenças isquêmicas do coração; DCBV: Doenças cerebrovasculares. N: Número de indivíduos.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, para ambos os sexos, a maior parte aconteceu no hospital (66,7%), contudo, destacaram-se também as mortes em domicílio (20,6%) e em outros estabelecimentos de saúde (8,9%). Considerando os principais grupos de DAC, os achados para homens e mulheres foram semelhantes. A maioria dos óbitos foi por DIC (54,4%), seguidas pelas DCVB (34,6%) e pelas doenças hipertensivas (10,9%) (Tabela 1).

O coeficiente taxa de mortalidade geral foi de 85,8 óbitos por 100 mil habitantes e foi cerca de duas vezes maior no sexo masculino do que no feminino, o que é estatisticamente significativo ( $p = 0,00$ ). O maior coeficiente ocorreu na faixa etária entre 70 e 74 anos: 929,1/100 mil habitantes ( $p = 0,00$ ) (Tabela 2). Para os APVP por DAC, o município apresentou uma taxa de 11,51 anos/1.000 habitantes.

No sexo masculino, a taxa de APVP foi de 16,27 anos/1.000 habitantes, maior do que a encontrada no feminino, com 7,37 anos/1.000 habitantes. A faixa etária entre 60 e 64 anos apresentou maior taxa de APVP (53,20 anos/1.000 habitantes), seguida de 65 a 69 anos (taxa de APVP = 52,60 anos/1.000 habitantes). Os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer do que as mulheres (OR 1,8;  $p = 0,00$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição absoluta, CM, taxa de APVP, *odds ratio* e p-valor dos óbitos por doenças do aparelho circulatório por sexo e faixa etária. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>CM</b>	<b>Taxa de APVP</b>	<b>OR</b>	<b>p-valor</b>
<b>Sexo</b>					
Feminino	530	63,6	7,37	1	-
Masculino	833	114,9	16,27	1,8	0,00
<b>Faixa etária*</b>					
10–14	2	1,6	0,99	2,1	0,96
15–19	1	0,7	0,43	1,0	-

20–24	2	1,3	0,71	1,8	0,86
25–29	7	4,7	2,24	6,2	0,05
30–34	11	7,9	3,41	10,6	0,00
35–39	24	18,9	7,18	25,2	0,00
40–44	35	29,3	9,67	39,1	0,00
45–49	94	84,9	23,77	113,2	0,00
50–54	143	149,9	34,48	200,0	0,00
55–59	187	247,6	44,57	330,3	0,00
60–64	246	409,2	53,20	545,8	0,00
65–69	286	657,5	52,60	877,0	0,00
70–74	325	929,1	27,87	1239,3	0,00
<b>Total</b>	1363	2.542,64	11,51	116,6	0,00

\*Não ocorreram óbitos na faixa etária de 1–9 anos. CM: Coeficiente de mortalidade. OR: odds ratio.

APVP: Anos potenciais de vida perdidos. N: Número de indivíduos.  $p < 0,05$ : Estatisticamente significativa.

O tipo de DAC que apresentou maiores APVP (9.853 anos) foram as DIC em ambos os sexos, com 6.701 APVP nos homens (taxa de APVP = 9,24 anos/1.000 habitantes) e 3.152 APVP nas mulheres (taxa de APVP = 3,78 anos/1.000 habitantes). Em todos os tipos de DAC, os homens apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição absoluta, CM, APVP, taxa de APVP, razão de chances e p-valor dos óbitos por DIC, segundo sexo e principais grupos de DAC. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	DIC	DCBV	Doenças hipertensivas	Total
<b>Masculino</b>				
Nº	456	294	83	833
CM	62,9	40,6	11,5	114,9
APVP	6.701	3.871	1.219	11.79
Tx. APVP	9,24	5,34	1,68	16,27
OR	1,8	1,9	1,4	1,8
p-valor	<0,00	<0,00	0,02	<0,00
<b>Feminino</b>				
Nº	286	178	66	530
CM	34,3	21,3	7,9	63,6
APVP	3.152	2.251	745	6.15
Tx. APVP	3,78	2,70	0,89	7,37
OR	1	1	1	1
p-valor	-	-	-	-

DIC: Doenças isquêmicas do coração. DCBV: Doenças cerebrovasculares.

Nº: Número de indivíduos. CM: Coeficiente de mortalidade. Tx. APVP: Taxa de anos potenciais de vida perdidos. OR: Odds ratio.  $p < 0,05$ : estatisticamente significativa.

## DISCUSSÃO

Os óbitos por DAC foram a primeira causa de morte de residentes do Recife, acompanhando o padrão nacional e mundial<sup>1</sup>. O crescimento da incidência e prevalência observado nessas doenças, nos últimos anos, obedece principalmente às mudanças no estilo de vida que impactam os fatores de risco, como: inatividade física, alimentação inadequada, diabetes, obesidade e o envelhecimento da população<sup>13</sup>.

Em relação à concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias, observou-se que foi maior entre as mulheres na faixa de 60 a 69 anos. Já nos homens, houve maior ocorrência entre 50 e 59 anos, o que reflete mortalidade mais precoce entre o sexo masculino. Estudo realizado no Brasil e seus estados<sup>14</sup> mostrou que as diferenças entre os sexos sugerem que as mudanças no Brasil apresentam o mesmo padrão observado mundialmente, ou seja, à medida que o nível de desenvolvimento aumenta, a mortalidade por DAC tende a diminuir inicialmente entre as mulheres.

Assim, a diminuição mais expressiva da mortalidade padronizada por idade em mulheres nas regiões Norte e Nordeste, em divergência com a redução equivalente entre os sexos no Sudeste e no Sul, pode sugerir que o Norte e o Nordeste ainda apresentam atraso na redução das taxas de mortalidade entre homens por apresentarem menor desenvolvimento e, consequentemente, pior acesso aos serviços de saúde<sup>14</sup>.

Além das faixas etárias mais avançadas tanto nos homens quanto nas mulheres, o número de óbitos por DAC foi prevalente também na raça/cor parda e ensino fundamental incompleto (1 a 3 anos de estudo). As DAC acarretaram mais de sete milhões de óbitos por ano em todo o mundo, principalmente em grupos vulneráveis, como idosos, pessoas de menor renda e escolaridade<sup>13</sup>. A população está em processo de envelhecimento, e, por isso, tornam-se necessárias novas estratégias na Política Nacional do Idoso e na Política de Envelhecimento Ativo, incentivando o envelhecimento com qualidade de vida para a população<sup>15</sup>.

Em relação ao local de ocorrência, a maioria dos óbitos aconteceu em hospitais. Esses achados estão em consonância com um estudo realizado no Recife<sup>16</sup>, que verificou uma porcentagem de óbitos hospitalares de 82,2% e domiciliares de 19,5%. Os autores observaram um maior risco do óbito hospitalar nas camadas mais desfavorecidas de recursos, já que essa população tem dificuldade de acesso nas fases iniciais da doença. Assim, essas pessoas são conduzidas ao hospital mais tardiamente, o que limita sua assistência nas fases mais avançadas<sup>16</sup>.

Os desafios são evidentes em relação à saúde no Brasil, apresentando lacunas na rede de atenção à saúde na oferta dos serviços de média e alta complexidade. O sucateamento do Sistema Único de Saúde torna-se um obstáculo para o enfrentamento dessas morbidades, que se tornarão mais predominantes com o envelhecimento populacional<sup>17</sup>.

Considerando os principais grupos de DAC, a maior parte dos óbitos ocorreu por DIC,

seguida das DCBV, o que corrobora outros estudos realizados no Brasil<sup>3,19</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, até 2030, o acidente vascular encefálico continue sendo a segunda maior causa de morte no mundo<sup>20</sup>.

A formação da placa de ateroma e suas consequências clínicas (infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico) associam-se intimamente com determinados fatores de risco cardiovascular, como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diminuição do HDL-c, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade<sup>21</sup>. É competência da Atenção Primária à Saúde prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes dessas doenças. Para tanto, é importante realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças considerando os fatores de risco mais prevalentes na população<sup>13</sup>.

Neste estudo, o coeficiente de mortalidade geral foi cerca de duas vezes maior nos homens do que o encontrado entre as mulheres. Esse achado está em consonância com outros estudos realizados no Brasil, nos quais o coeficiente de mortalidade geral das DAC apresentou tendência de crescimento, com destaque para o sexo masculino<sup>22,14</sup>.

Sabe-se que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, possibilitando diagnóstico e tratamento mais precoces, o que pode resultar em menor mortalidade<sup>17</sup>. O conceito de masculinidade hegemônica, incorporado na sociedade brasileira, perpetua a ideia de que o homem deve expressar comportamentos que demonstrem sua força e resistência e que a procura pelos serviços de saúde deve ocorrer quando já estão doentes, acarretando, assim, resultados negativos à sua própria saúde<sup>23</sup>.

Observou-se que o sexo masculino apresentou a taxa de APVP duas vezes maior que o feminino. Esse achado também foi semelhante ao estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, para as doenças cardiovasculares<sup>24</sup>. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que, após infarto agudo do miocárdio, o sexo masculino perde, em média, 41,8% de anos de vida restantes, enquanto o sexo feminino, apenas 10,5%. Isso mostra que, mesmo sendo em um país desenvolvido, os APVP são maiores no sexo masculino<sup>25</sup>.

Os APVP refletem a redução da produtividade socioeconômica, alertando para a necessidade de implementar e melhorar políticas e ações de cunho preventivo mais eficazes para restringir a ocorrência de mortes prematuras por DAC. A aplicação do indicador APVP qualifica as mortes, pois mensura a magnitude, transcendência e vulnerabilidade de cada óbito existente. Por isso, ele oferece um novo critério para definir prioridades<sup>26</sup>.

Um estudo canadense revelou a importância de se utilizar os APVP para um quadro mais completo sobre as doenças crônicas<sup>27</sup>. Esse indicador contribui para avaliar o andamento das intervenções em saúde. Essas informações colaboram com o direcionamento das ações de promoção e prevenção de doenças crônicas tanto em termos de relação custo-benefício quanto de impacto na redução da carga de mortalidade prematura. Além disso, o uso desse indicador tam-

bém auxiliaria na construção de sistema de vigilância de doenças crônicas mais abrangentes, já que possibilitaria o monitoramento dessas doenças para se alcançar de metas de políticas de saúde pública voltadas para doenças crônicas<sup>27, 28</sup>.

O tipo de DAC que apresentou os maiores APVP foram as DIC em ambos os sexos. Mais da metade dos óbitos nos homens e mulheres foi por DIC, seguidas de DC e DH. Um estudo realizado no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015, ao analisar as causas cardiovasculares específicas, revelou que, entre essas doenças, a cardiopatia isquêmica é a principal causa de morte cardiovascular em todo o território nacional, com exceção do Amapá, seguida das DCBV<sup>14</sup>. Esse dado coincide com a transição epidemiológica no país<sup>29</sup>.

Além disso, o predomínio da cardiopatia isquêmica como causa de morte pode refletir o melhor controle da hipertensão arterial, fortemente associada à doença cerebrovascular, quando comparada com a dislipidemia e o diabetes, sendo mais associado à cardiopatia isquêmica<sup>30</sup>. De fato, o aumento da prevalência de diabetes no Brasil segue a epidemia de obesidade. Isso se mostra um desafio a ser enfrentado para que se mantenha a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares nos próximos anos<sup>14</sup>.

## CONCLUSÕES

Observou-se concentração dos óbitos por DAC nas faixas etárias mais avançadas, raça/cor parda e 1 a 3 anos de estudo quanto à escolaridade. No que tange ao local de ocorrência dos óbitos, a maior parte aconteceu no hospital. Em relação aos principais grupos de DAC, constatou-se predomínio dos óbitos por DIC seguido das DCBV.

O coeficiente de mortalidade geral foi cerca de duas vezes maior no sexo masculino. Para os APVP, o município apresentou uma taxa de 11,51 anos/1.000 habitantes. No sexo masculino, a taxa de APVP foi maior do que a encontrada no feminino. Em todos os tipos de DAC, os homens mostraram aproximadamente duas vezes mais chances de morrer comparado às mulheres.

Os APVP e as taxas de APVP são indicadores pouco utilizados para análise do padrão de mortalidade. Contudo, as informações apresentadas desses indicadores poderão servir para nortear ações que visem a promoção da saúde e a prevenção das DAC. A realização de um diagnóstico em saúde que contemple o perfil de mortalidade e seus impactos, bem como os anos de vida perdidos pelas DAC, deve ser considerado pelos gestores e em pesquisas de saúde, pois é fundamental para o planejamento e assistência à saúde.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**CNGM:** Conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia,

redação – rascunho original e redação – revisão e edição; **MFSM**: análise formal, validação e redação – revisão e edição; **CMO**: Conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, validação, metodologia, supervisão, redação – rascunho original e redação – revisão e edição. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular disease. 2017. Disponível em: <[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/)> Acesso: em 01 Dez 2019.
2. Roth GA, Forouzanfar MH, Moran AE, Barber R., Nguyen G, Feigin VL et al. Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1333-41. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1406656>. PMID: 25830423; PMCID: PMC4482354.
3. Mansur A de P, Favarato D. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. *Arq. Bras. Cardiol*. 2016;107(1):20-25. <https://doi.org/10.5935/abc.20160077>
4. Lotufo PA et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev. bras. epidemiol*. 2017;20(1):129-141. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050011>
5. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2018;34(2).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal, 2018.
7. Confortin SC et al. Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*. 2019;72(6): 1588-1594. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0701>
8. Andrade SSC de A, Mello-Jorge MHP de. Mortality and potential years of life lost by road traffic injuries in Brazil, 2013. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2016;50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006465>
9. Garcia LAA et al. Anos potenciais de vida perdidos e tendência de mortalidade na população adulta em um município do Triângulo Mineiro, 1996-2013. *Medicina (Brazil)*. 2017;50(4):216–226. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50i4p216-226>
10. Fraga JCAXO, Corrêa ACP, Rocha RM, Silva LA, Medeiros RMK, Mozer IT. Principais Causas da Mortalidade Masculina e os Anos Potenciais de Vida Perdidos por estes Agravos. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(4):746-754.
11. RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de

- Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. \_ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018. xxx p.: - il. Disponível em: [https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2018-2021\\_4.pdf](https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018-2021_4.pdf)
12. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International Journal of Epidemiology*. 1977;6:143-151. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/6.2.143>. PMID: 892979.
  13. Bonotto GM, Mendoza-Sassi RA, Susin LR. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1):293–302. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>
  14. Brant LCC et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017; 20(1):116–128. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050010>
  15. Reis CS dos, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev. bras. estud. popul.* [online]. 2016;(33)3:591-612. <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0007>
  16. Magalhães APR, Paiva SC e, Ferreira LOC, Aquino TA. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2011 Jun [citado 2024 Jul 03]; 20( 2 ): 183-192. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000200007&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000200007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200007>.
  17. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51(1):1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
  18. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(3):833-840. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>
  19. Nunes MC, Kreuser LJ, Ribeiro AL, Sousa GR, Costa HS, Botoni FA et al. Prevalence and risk factors of embolic cerebrovascular events associated with Chagas heart disease. *Glob Heart*. 2015;10(3):151-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2015.07.006>. PMID: 26407510
  20. World Health Organization. (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. [Internet]. Geneva; 2013.
  21. Santos CM dos et al. Perfil lipídico e glicídico de pacientes atendidos em ambulatório e sua correlação com índices antropométricos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2013;32(1):35-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.05.017>

22. Silva LA, Corrêa Áurea C de P, Anschau Xavier Oliveira JC, Rodrigues TC, Divino E do A. Percepções de homens trabalhadores sobre suas necessidades de saúde em um serviço universitário de saúde/ Men's workers perceptions about their health needs in a university health service <b></b>. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 21º de março de 2016 [citado 3º de julho de 2024];15(1):133 -140. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.3405>
23. Silva LA, Corrêa Áurea C de P, Anschau Xavier Oliveira JC, Rodrigues TC, Divino E do A. Percepções de homens trabalhadores sobre suas necessidades de saúde em um serviço universitário de saúde/ Men's workers perceptions about their health needs in a university health service. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 21º de março de 2016 [citado 3º de julho de 2024];15(1):133 -140. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29321>
24. Istilli PT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180440. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0440>
25. Jack VT. Life expectancy and years of potential life lost: useful outcome measures in cardiovascular medicine? J Am Coll Cardiol. 2015;66(6):656-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.05.073>
26. Chen EW, Gomes LMX, Barbosa TL de A. Anos potenciais de vida perdidos no período de 2010 a 2015 em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Rev. Bras. de Iniciação Científica (RBIC). 2019;6(4):18-33. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO011166>
27. Maximova K, Rozen S, Springett J, Stachenko S. The use of potential years of life lost for monitoring premature mortality from chronic diseases: Canadian perspectives. Can J Public Health 2016;107(2):202–204. doi: <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5261>
28. Moura LA et al. Anos potenciais de vida perdidos por causas externas no Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, 2015;17(2):101-106.
29. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949-61. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
30. Ribeiro, C. S. P., Cademartori, B. G., & Rocha, A. da S. R. (2016). AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM ADULTOS NO SUL DO BRASIL. Saúde (Santa Maria), 42(2), 11–19. <https://doi.org/10.5902/2236583421708>