

FATORES SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UMA REVISÃO

SOCIOECONOMIC FACTORS RELATED TO CARDIOVASCULAR DISEASES: A REVIEW

Luciana Crepaldi Lunkes

Mestre em Ciências
Professora – Centro Universitário de Lavras
lucianaclunkes@gmail.com

Luis David Solis Murgas

Doutor em Zootecnia
Professor Titular – Universidade Federal de Lavras
ismurgas@dmv.ufla.br

Elaine Maria Seles Dorneles

Doutora em Ciências Animal
Professora Adjunta – Universidade Federal de Lavras
elaine.dorneles@dmv.ufla.br

Christiane Maria Barcellos Magalhães da Rocha

Doutora em Ciências Animal
Professora Adjunta – Universidade Federal de Lavras
rochac@dmv.ufla.br

Gilmara Junqueira Machado

Doutora em Ciências
Pós-doutoranda – Universidade Federal de Lavras
gilmarajunqueira@gmail.com

RESUMO

As doenças cardiovasculares ainda são a maior causa de morte em todo o mundo, e seus fatores de risco já estão estabelecidos, onde diversos estudos tem relacionado a influência de indicadores de saúde socioeconômicos. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sobre a relação entre as doenças cardiovasculares e os indicadores de saúde socioeconômicos através de um levantamento dos principais dados publicados nos últimos cinco anos na literatura nacional e internacional. Foram utilizados periódicos de acesso livre nas principais bases de dados (Google Acadêmico, Scielo, Pubmed e Lilacs) utilizando as palavras-chave “doenças cardiovasculares”, “fatores socioeconômicos”, “indicadores de saúde”, “escolaridade”, “renda” e “gênero” em diferentes combinações. As doenças cardiovasculares constituem um importante problema de saúde pública tanto em países em desenvolvimento quanto desenvolvidos. Historicamente, as taxas de mortalidade reduziram com o passar dos anos, e isso deve-se à influência de diversos fatores. A elevada distribuição dos fatores de risco, bem como a desigualdade entre os sexos e as condições econômicas, reforçam a necessidade das investigações. O controle dos fatores de risco é fundamental, possibilitando mudanças comportamentais associadas ao estilo de vida. As possibilidades de intervenção envolvem a dedicação de cuidados mais intensivos ao controle dos fatores de risco cardiovascular em indivíduos com menor nível de escolaridade. E, além disso, priorizar a busca por indivíduos menos favorecidos financeiramente em áreas de alta prevalência das doenças cardiovasculares e da instrução quanto à manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Epidemiologia. Classe social. Renda.

Recebido em: 05/12/2017

Aceito para publicação em: 26/06/2018

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are still the leading cause of death worldwide, and their risk factors are already established, where several studies have linked the influence of socioeconomic health indicators. The objective of this study was to review the relationship between cardiovascular diseases and socioeconomic health indicators through a survey of the main data published in the last five years in the national and international literature. We used free access journals in the main databases (Academic Google, Scielo, Pubmed and Lilacs) using the keywords "cardiovascular diseases", "socioeconomic factors", "health indicators", "education", "income" and "Gender" in different combinations. Cardiovascular disease is an important public health problem in developing and developed countries. Historically, mortality rates have declined over the years, and this is due to the influence of several factors. The high distribution of risk factors, as well as gender inequality and economic conditions, reinforce the need for investigations. The control of risk factors is fundamental, enabling behavioral changes associated with lifestyle. The possibilities of intervention involve the dedication of more intensive care to the control of cardiovascular risk factors in individuals with lower level of schooling. And, in addition, prioritize the search for individuals less fortunate financially in areas of high prevalence of cardiovascular disease and education in maintaining healthy lifestyles.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Epidemiology. Social Class. Income.

INTRODUÇÃO

O fato das doenças cardiovasculares ainda ser a maior causa de morte em todo o mundo faz com que a atenção de inúmeros pesquisadores seja voltada para sua discussão. Os fatores de risco para doenças que envolvem o coração e as artérias estão muito bem estabelecidos pela literatura, a qual comprova a relação entre sua ocorrência e hábitos de vida diários dos indivíduos (MANSUR; FAVARATO, 2012).

A doença cardiovascular é uma patologia insidiosa, já que ainda que os fatores de risco estejam presentes, nem sempre a manifestação da doença acontece de maneira expressiva. A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde apontam que na maioria dos casos a doença é diagnosticada após um evento mais grave, como um infarto agudo do miocárdio ou um acidente vascular encefálico (OPAS; OMS, 2017).

Por tratar-se de um grupo de doenças multifatoriais, o foco das pesquisas volta-se para o controle dos fatores de risco. Entre estes, além dos fatores casuais biológicos, enquadram-se os fatores sociais, econômicos, psicológicos, demográficos e ambientais. Tais fatores relacionam-se amplamente, onde o conhecimento relativo à maneira como se manifestam, como afetam o desfecho e o que podem gerar como consequência faz-se essencial (SOUZA et al., 2017).

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Doenças como infarto, acidente vascular encefálico e arritmias cardíacas, além daquelas que possuam como principal característica a aterosclerose (presença de placas de gordura impedindo a passagem de sangue nas artérias), são classificadas como cardiovasculares (GOMES et al., 2012). Estas enfermidades estão entre as principais causas de morte em todo o mundo, onerando o ente governamental de maneira direta (custos médicos, despesas hospitalares) e indireta (redução de mão de obra, custos previdenciários, externalidades negativas) (RIBEIRO; RIBEIRO, 2012). Em países desenvolvidos, de acordo com o Ministério da Saúde, 49% dos óbitos são devidos às doenças cardiovasculares. Nos países em desenvolvimento, estima-se que em 2020 um terço (34%) de todos os óbitos será devido às doenças cardiovasculares (BRASIL, 2015).

A ocorrência da alta morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares tem gerado grandes investimentos centrados na busca de seus principais determinantes (MAGALHÃES et al., 2014). Sendo assim, considerando a alta carga de doenças cardiovasculares nas sociedades, e seu consequente

impacto a nível social e econômico, faz-se necessário investir em prevenção da doença e promoção da saúde, através de adaptações às diferentes características das populações (SOUSA, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), analisando a epidemiologia das doenças cardiovasculares, observa-se, no início deste século, um comportamento semelhante às grandes endemias dos séculos passados. Somente nas últimas décadas, das 50 milhões de mortes no mundo, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 30%, o que equivale a aproximadamente 17 milhões de indivíduos (SIMÃO et al., 2013). E, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 3/4 da mortalidade cardiovascular podem ser diminuídos com adequadas mudanças no estilo de vida.

É sabido que o envelhecimento populacional, consequência da redução das taxas de mortalidade, do aumento da sobrevida dos idosos (maior expectativa de vida) e das quedas nas taxas de fertilidade, incidem fortemente sobre o perfil epidemiológico populacional, bem como na demanda por serviços de saúde. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil tem vivenciado essas mudanças em seu perfil epidemiológico sob uma estreita relação entre os processos de transição demográfica e epidemiológica.

Tais processos caracterizam-se pelos processos agudos e de evolução rápida (cura ou óbito) dando lugar às doenças crônico-degenerativas e suas complicações, incluindo as doenças cardiovasculares, principalmente as isquêmicas do coração, hipertensivas e cerebrovasculares (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012; SANTOS; PAES, 2014). Essa alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial as cardiovasculares, impõe desafios para o setor de saúde e para as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco (RIBEIRO; RIBEIRO, 2012).

Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares podem ser classificados como modificáveis, que incluem tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e inatividade física, e não modificáveis, como idade, gênero, raça e hereditariedade. É amplamente aceito que o controle dos fatores de risco modificáveis reduz em larga escala a morbimortalidade das doenças cardiovasculares. A prática de atividade física aliada a uma alimentação saudável são importantes para o controle das comorbidades, uma vez que podem modificar o acúmulo de gordura na região abdominal, aumentando ou diminuindo o risco para doenças cardiovasculares. Porém, existem também os fatores de risco psicossociais, que incluem a condição socioeconômica baixa, a falta de apoio social, o estresse no trabalho e na vida familiar, a depressão e a ansiedade (SIMÃO et al., 2013; SUI et al., 2013; TRINDADE et al., 2015).

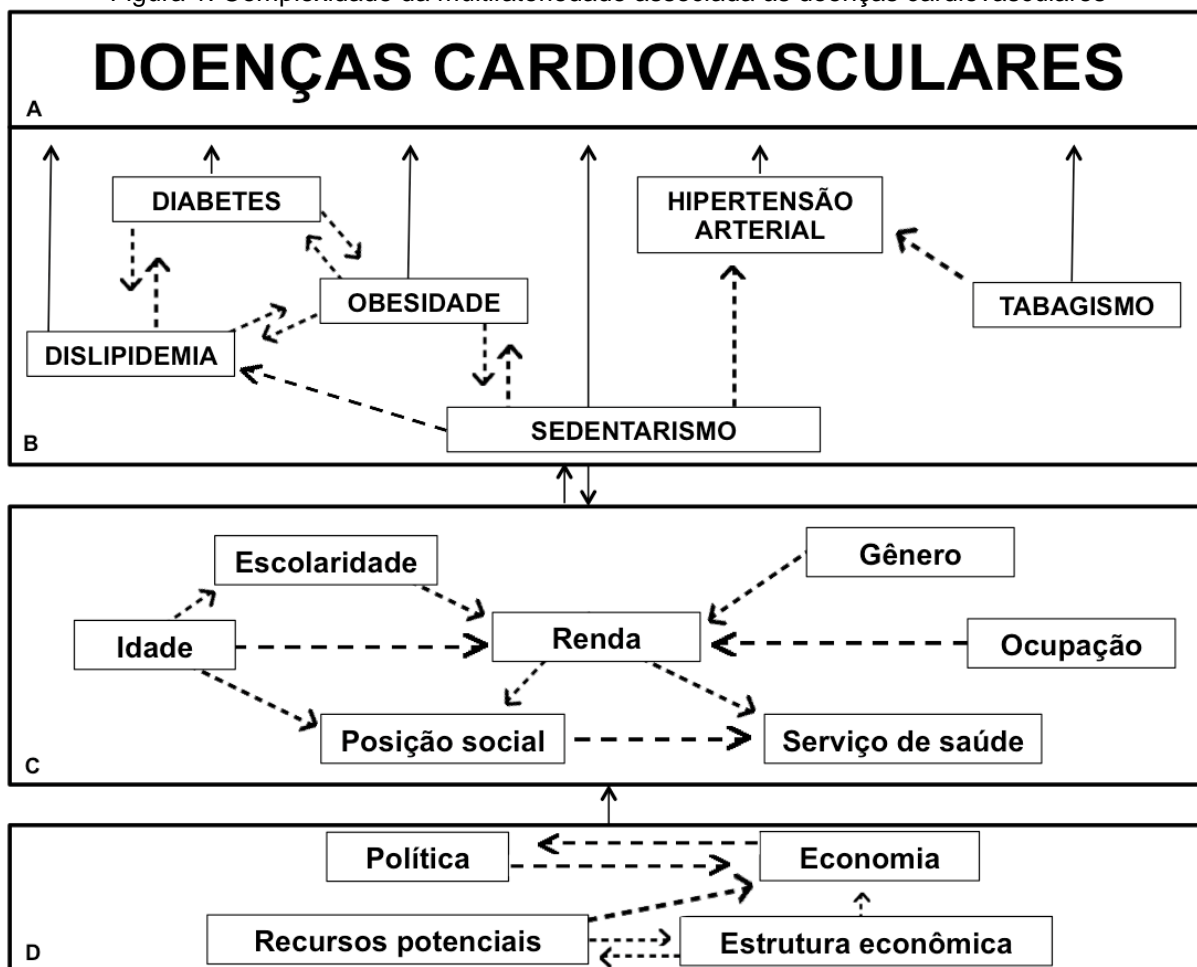
A figura 1 mostra a complexidade da multifatorialidade envolvendo as doenças cardiovasculares. Podemos visualizar a influência de causas imediatas, mediatas e básicas nos sinais e sintomas, bem como uma possível relação entre elas, baseando-se com o que foi encontrado na literatura.

Hábitos não condizentes com um estilo de vida saudável e baixa adesão a tratamentos, além de barreiras para acesso aos cuidados de saúde e alterações biológicas (endócrina, autonômica, hemostática, inflamatória, endotelial, entre outras) enquadram-se em um grupo de mecanismos que relacionam os fatores psicossociais às doenças cardiovasculares (SIMÃO et al., 2013). E, para dar início às mudanças comportamentais, é necessário que a população seja consciente dos fatores que levam à doença cardiovascular (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Considerando a perspectiva da vigilância da saúde cardiovascular, estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares segundo sexo e classe econômica, por exemplo, contribui para o monitoramento dos fatores de risco modificáveis e para a obtenção de indicadores de cobertura dos serviços de saúde, como captação e acompanhamento de populações-alvo das atividades programáticas (SOUZA et al., 2013).

Já existem estudos que comprovam a efetividade de programas educativos e de acompanhamento na redução de fatores de risco para as doenças cardiovasculares (ANDRES et al., 2013). No entanto, o principal desafio envolvendo estudos sobre a relação entre determinantes sociais e saúde é estabelecer uma hierarquia de determinação dos fatores de risco mais amplos, como sociais, econômicos e políticos. Além disso, como esses fatores afetam o estado de saúde de grupos e indivíduos, uma vez que esta relação não é uma determinação causa-efeito simples direta (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Figura 1: Complexidade da multifatoriedade associada às doenças cardiovasculares



* Seta cheia: fatores diretamente relacionados; Seta tracejada: fatores indiretamente relacionados; A: Sinal/sintoma; B: Causas imediatas; C: Causas mediatas; D: Causas básicas.

A EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO BRASIL

Não só no Brasil, mas em toda a América, as doenças crônicas não transmissíveis vem tomando dimensões epidêmicas, contribuindo para os agravos à saúde da população, e até mesmo a morte (GAIO et al., 2013). Nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, evidencia-se o aumento da expectativa de vida relacionado aos avanços tecnológicos envolvendo a área da saúde, tornando possível a prevenção e/ou a cura de muitas doenças, aliados a uma redução nas taxas de natalidade (DUTRA et al., 2016).

No Brasil, de acordo com a última pesquisa de Indicadores e Dados Básicos (IDB-2012), a mortalidade por doenças do aparelho circulatório representa 30,69% dentre todas as outras causas, apresentando-se como a principal causa de morte dentre todas as outras causas (BRASIL, 2013). A Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma que, anualmente, morrem 300 mil indivíduos por doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e renal ou morte súbita, o que significa 820 mortes por dia, 30 por hora, e uma a cada 2 minutos (SIMÃO et al., 2013; ANDRADE et al., 2013). No ano de 2010, de acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorreram 326 mil mortes por doenças cardiovasculares (cerca de quase 1.000 mortes/dia), das quais 200 mil deveriam-se exclusivamente à doença isquêmica do coração e às doenças cerebrovasculares (SIMÃO et al., 2013).

Apesar da prevalência dos fatores de risco clássicos das doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, dislipidemia e tabagismo terem aumentado nos últimos anos, observou-se uma redução das taxas de mortalidade geral, incluindo o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório.

De 1990 a 2009 observou-se uma progressiva redução do risco de morte por doenças cardiovasculares, doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares em todo o Brasil. No entanto, apesar disso, as taxas de morte apresentadas ainda são consideradas elevadas (MANSUR; FAVARATO, 2012). Entre 2000 e 2011, houve um declínio médio de 2,5% ao ano no conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, onde ocorreram quedas importantes nas doenças cardiovasculares de 3,3%. Esse declínio foi observado em todas as regiões do país, e em ambos os sexos (MALTA et al., 2014).

Considerando a população idosa residente no Brasil, para as taxas de mortalidade analisadas nos quinquênios de 1996 a 2000 e de 2006 a 2010, observou-se, no segundo quinquênio, um aumento da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares nas Regiões Norte e Nordeste, concomitantemente à sua diminuição no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. É provável que esse aumento seja influenciado pela redução de fatores de risco em regiões mais desenvolvidas, com prevenções primárias e secundárias mais adequadas (PIUVEZAM et al., 2015).

De maneira semelhante, as taxas de mortalidade por insuficiência cardíaca apresentaram declínio no Brasil a partir de 1996, com exceção das regiões Norte e Nordeste, as quais elevaram-se especialmente a partir de 2005 (GAUI; KLEIN, 2014). Guimarães et al. (2015) observaram uma tendência geral de queda dos coeficientes de mortalidade por doenças isquêmicas e cerebrovasculares no Brasil de 1980 a 2012, com marcadas variações regionais, sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores coeficientes, e as regiões Norte e Nordeste, os menores. Os autores enfatizam a necessidade de, nos planos de vigilância, considerar as desigualdades nos perfis epidemiológicos regionais do país.

Nas regiões Norte e Nordeste, dados epidemiológicos do Ministério da Saúde do Brasil revelaram que, em Belém-PA, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte (50%) (RIBAS; SILVA, 2014). No estado da Bahia, no período entre 2008 e 2013, os maiores números de ocorrência de internação hospitalar geral por doenças do aparelho circulatório no Sistema Único de Saúde tiveram destaque para insuficiência cardíaca e hipertensão (VIEIRA et al., 2016). Em uma população de idosos que evoluíram para óbito em Itabuna-BA, no período de 2010, a principal causa de mortalidade foram os problemas circulatórios (38,4%) (SANTOS et al., 2014).

Na região Centro-Oeste, Pinheiro e Vianna (2012) observaram entre 1995 e 2005, no Distrito Federal, uma tendência à diminuição nas taxas de mortalidade por acidentes vasculares encefálicos, com exceção daqueles com idade superior a 80 anos, onde as taxas sofreram aumento entre 2000 e 2005. Em contrapartida, Coelho et al. (2015) investigaram a incidência de doença isquêmica em idosos no Brasil e no Distrito Federal no período de 2000 a 2012, e encontraram altos índices de internações e óbitos no Distrito Federal do que na população brasileira.

Na região Sul, no estado do Paraná, as doenças cardiovasculares, embora ainda representem a primeira causa de óbito, apresentaram declínio considerável no período de 1989-2008. Os coeficientes de mortalidade variaram de acordo com a região e o gênero (MULLER; REGINA; ARANHA, 2012). Em um hospital de Tubarão-SC, a mortalidade em pacientes com angina instável foi de 0,8% e por infarto agudo do miocárdio 30,6% (SILVA et al., 2016).

Na região Sudeste, entre 1980 e 2008 houve uma redução nas taxas de mortalidade geral nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, o que ocorreu especialmente devido às quedas de mortalidade por doenças cardiovasculares (SOARES et al., 2013). No estado de São Paulo, entre 2006 e 2010, ocorreram mais de 90 mil óbitos por infarto agudo do miocárdio, onde o coeficiente de incidência aumentou no decorrer dos anos (SILVA; ACHCAR, 2015). No município de São Paulo, entre 1996-1998 e 2008-2010, os óbitos na população acima de 20 anos por doença isquêmica do coração atingiram valores de 8.059 e 8.525, respectivamente. Assim, observou-se uma diminuição do número de óbitos por doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares em relação ao número de óbitos esperados em ambos os períodos (FARIAS, 2014).

Em Marília-SP, apesar de haver uma redução do número de óbitos no geral, as doenças do aparelho circulatório lideraram as causas de mortalidade entre 1989-1991 e 2006-2008 (2.766 mortes,

independente do sexo e da faixa etária) (CARVALHO et al., 2014). Em Pedralva-MG, entre os anos de 1999 e 2008, notou-se uma variação nas taxas de mortalidade, onde os óbitos por doenças cardiovasculares em adultos com idade acima de 30 anos foram equivalentes a 23,2%, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico (FERREIRA; FERREIRA, 2012). Na macrorregião Sul de Minas Gerais, entre os anos de 2002 e 2012, as principais causas de mortalidade foram as doenças cardiovasculares, sendo muito maior em homens. De uma maneira geral, houve redução na mortalidade (SOUZA; SIVIERO, 2015).

Apesar das particularidades de algumas regiões do país, envolvendo a multifatorialidade causal das doenças cardiovasculares, as taxas de mortalidade por estas patologias no Brasil reduziram nos últimos anos. Fatores possivelmente associados a essa diminuição envolvem uma maior cobertura e acesso a serviços de saúde, além da melhoria das condições de vida, incluindo maior renda e escolaridade, maior conhecimento acerca dos fatores de risco clássicos, melhor compreensão da distribuição espacial e temporal das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, mudança no perfil de mortalidade, melhoria na qualidade da informação e maior planejamento de ações de prevenção.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES E SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIOECONÔMICOS

Estudos mostram que determinantes sociais e econômicos não apenas influenciam a presença e distribuição dos fatores de risco, mas também os mecanismos biológicos relacionados à patogênese das doenças cardiovasculares. Entre estes determinantes, destacam-se educação, ocupação, renda, gênero e etnia (SOARES et al., 2013). Assim, o processo saúde-doença pode ser compreendido como um produto final da posição social dos indivíduos e suas relações. As iniquidades em saúde originam-se dos determinantes sociais da saúde, como a educação e o trabalho, e também do estilo de vida da população, bem como o acesso aos cuidados de saúde. Dessa forma, o estado de saúde das populações é influenciado pelo acesso aos serviços de saúde, assim como pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, habitam e trabalham (DIDERICHSEN; ANDERSEN; MANUEL, 2012).

A literatura mundial, incluindo a brasileira, evidencia a frequência e o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares entre as pessoas com menor nível socioeconômico. Portanto, existe uma tendência de que os indivíduos alocados em melhores posições sociais tenham mais condição de acesso à saúde, onde maiores recursos sociais aumentam a probabilidade de se ter uma boa saúde (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012). Quedas de mortalidade associam-se à expansão do acesso aos serviços de saúde e melhoria das condições de vida e de renda (MULLER; REGINA; ARANHA, 2012; SOARES et al., 2013).

No Brasil, a redução da mortalidade de idosos por doenças cardiovasculares foi possivelmente relacionada com as mudanças no perfil de mortalidade e à melhoria na qualidade da informação, resultado do incremento de ações de vigilância e assistência à saúde (PIUVEZAM et al., 2015). Nogueira et al. (2014) enfatizaram a constatação de grande parte dos idosos de sua amostra encontravam-se vulneráveis ao adoecimento cardiovascular, considerando sua elevada faixa etária, baixa escolaridade e precária renda familiar.

Existe relação entre a mortalidade adulta por doenças cardiovasculares e indicadores socioeconômicos, incluindo renda, escolaridade, atenção médica, serviços de saúde, entre outros (SANTOS; PAES, 2014). Indicadores socioeconômicos envolvendo queda da mortalidade infantil, maior Produto Interno Bruto *per capita* e aumento na escolaridade precederam a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, bem como em suas capitais, demonstrando forte correlação entre indicadores e taxas de mortalidade (SOARES et al., 2013), sinalizando a importância da melhoria das condições de vida da população no intuito de reduzir a mortalidade cardiovascular.

Os tópicos a seguir discutem a relação entre os principais fatores socioeconômicos e doenças cardiovasculares, incluindo os resultados encontrados de estudos publicados nos últimos cinco anos, enfatizando a população brasileira.

RISCO CARDIOVASCULAR

Observa-se elevada prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares naqueles indivíduos menos favorecidos socioeconomicamente. Inatividade física no lazer, baixo consumo de frutas, verduras e legumes foram mais prevalentes entre homens e mulheres das classes socioeconômicas mais baixas, com destaque para piores condições de saúde nessas classes (SOUZA et al., 2013). Trindade et al. (2015) concluíram que, entre os usuários da Estratégia de Saúde da Família, variáveis socioeconômicas (classe econômica e escolaridade), demográficas (sexo, idade e cor da pele) e de saúde (hipertensão arterial e diabetes *mellitus*) estão associadas ao aumento do risco cardiovascular em adultos.

Souza et al. (2013) observaram uma alta prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos com 40 anos ou mais. Especificamente, nos homens, o tabagismo foi o fator de risco que apresentou maior diferença, com desvantagem nas classes econômicas mais desfavorecidas. Já a prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior nos estratos socioeconômicos mais elevados. Provavelmente, o maior acesso à informação e aos bens e serviços explique as diferenças encontradas entre as classes econômicas (MARTIN et al., 2014).

A prevalência de obesidade e sobrepeso sofrem influência do nível socioeconômico, a medida em que determinam maior acesso a alimentos de alta densidade calórica, entre outras condições (RIBAS; SILVA, 2014). O consumo alimentar inadequado associado ao sedentarismo potencializa o risco cardiovascular, reflexos de uma sociedade moderna e do processo de transição nutricional, advindo da influência de fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais (PINHO et al., 2012).

Para o Ministério da Saúde (2012), a prevalência de alguns fatores de risco cardiovasculares pode sofrer um efeito protetor do nível de escolaridade. Dentre os marcadores de nível socioeconômico, Martin et al. (2014) destacam a escolaridade como sendo a que melhor se correlaciona com a frequência e a intensidade dos fatores de risco cardiovascular.

Estratos populacionais de menor nível socioeconômico avaliado de acordo com escolaridade, renda, poder de decisão profissional (cargos de chefia ou subalternos) e condição funcional (se empregado ou desempregado) associam-se ao acúmulo de fatores de risco cardiovascular que culminam na redução da expectativa de vida (MARTIN et al., 2014). Nesse contexto, Morales-Asencio et al. (2013) enfatizam como os padrões de comportamento são relacionados aos fatores socioeconômicos e culturais.

As doenças cardiovasculares são mais prevalentes entre indivíduos com nível socioeconômico mais baixo, que por sua vez residem nas periferias das cidades, onde vão vivenciar cotidianamente deficiências nos serviços essenciais como educação, saúde e saneamento, o que também gera impacto negativo na saúde, pois características do território são condicionantes de comportamentos individuais (SOUZA et al., 2013; MALTA et al., 2014; BASTOS et al., 2012; FERREIRA; LATORRE, 2012).

POSIÇÃO SOCIAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Flor et al. (2013) afirmam que a saúde está associada à inserção dos indivíduos no espaço social. Desigualdades em saúde são expressadas em diferentes dimensões, e refletem os aspectos inerentes à posição social dos indivíduos e grupos sociais, incluindo características referentes às ocupações. A saúde física e mental decresce à medida em que se avança no sentido de grupos ocupacionais menos favorecidos (fora do mercado de trabalho). Sendo assim, pessoas mais pobres consomem menos os serviços de saúde, apesar de necessitarem de mais cuidados, o que pode ser um agravante na manutenção da saúde (MEDEIROS; MENEGHEL, 2012).

Para Muller et al. (2012), perfis socioeconômicos heterogêneos podem estar relacionados às taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, explicadas, em parte, por melhorias das condições de vida da população, como maior cobertura por redes de água e esgoto, escolaridade e distribuição de renda, além do maior acesso à atenção primária aliado ao uso de tecnologias diagnósticas e terapêuticas variadas. De maneira geral, os mais pobres são menos propensos a fazer exames de saúde preventivos em relação aqueles com condições socioeconômicas mais favoráveis (HOEBEL et al., 2014). Indivíduos de menor renda buscam por serviços de saúde apenas quando há aparecimento de sintomas das doenças, enquanto aqueles de maior renda procuram os serviços para prevenção e realização de exames rotineiros (MEDEIROS; MENEGHEL, 2012; SOARES et al., 2013).

No caso das doenças cardiovasculares, todos os grupos populacionais podem ser afetados. No entanto, os casos nas quais existe maior prevalência de fatores de risco e menor acesso aos serviços de saúde, incluindo triagem e tratamento, possuem resultados consideravelmente piores. Isso acontece com aqueles indivíduos menos favorecidos economicamente, pois encontram-se muito mais expostos às piores condições de saúde.

Em pequenos municípios do Rio Grande do Sul, a renda *per capita* teve menor influência na mortalidade, onde as variáveis socioeconômicas explicaram apenas em parte as diferenças encontradas. O grande desafio está em garantir a equidade e a integralidade do acesso e da atenção à saúde da população de municípios com pequena infraestrutura de serviços, principalmente naqueles com poucos habitantes (MEDEIROS; MENEGHEL, 2012).

ESCOLARIDADE

Estudos realizados sobre desigualdade social e mortalidade demonstraram associação entre escolaridade e doenças cardiovasculares (NOGUEIRA et al., 2014). Estes estudos mostraram que, quanto maior o nível de escolaridade, menor o acometimento por essas doenças, bem como menor a prevalência dos fatores de risco (SANTOS et al., 2013). Indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam menores prevalências de diabetes e sedentarismo, fatores de risco fortemente associados à doença cardiovascular (COSTA et al., 2015).

Bonotto et al. (2016) encontraram indivíduos com maior escolaridade e renda que tinham maior conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis da doença cardiovascular, indicando a necessidade de ações educativas para melhorar a compreensão e o conhecimento dos fatores associados à doença cardiovascular, particularmente entre mulheres mais pobres e menos escolarizadas.

O hábito do tabagismo encontra-se estreitamente associado ao baixo nível de escolaridade e à baixa renda. Já sua possibilidade de cessação parece depender também da classe socioeconômica, sendo a tentativa de abandono do hábito menos efetivo entre os indivíduos de menor nível de escolaridade (MARTIN et al., 2014).

Escolares provenientes de famílias de maior poder aquisitivo e alto nível de escolaridade materna apresentaram duas vezes mais chance de desenvolver excesso de peso. A prevalência de obesidade e sobrepeso sofrem influência do nível socioeconômico, a medida em que determinam maior acesso a alimentos de alta densidade calórica, entre outras condições (RIBAS; SILVA, 2014). O baixo nível de escolaridade influenciou negativamente os resultados encontrados por Martins et al. (2014) sobre o acúmulo de fatores de risco cardiovascular, e a baixa escolaridade foi positivamente associada à mortalidade cardiovascular (SANTOS; PAES, 2014; PIUVEZAM et al., 2015; MULLER; REGINA; ARANHA, 2012; SOARES et al., 2013).

INDICADORES DE SAÚDE PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

De acordo com o Departamento de Informática do SUS/MS (DATASUS) e a OPAS (2008), os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com a finalidade de analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores da saúde se tornam instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis.

A discussão sobre a questão da relação entre o *status* de saúde de uma sociedade e indicadores que expressam as condições de vida tem se mostrado recorrente. No Brasil, esse tema também tem despertado a atenção de estudiosos, principalmente quando os sistemas de informações sobre mortalidade melhoraram a qualidade dos seus dados permitindo investigações mais acuradas das relações entre mortalidade e indicadores socioeconômicos (SANTOS; PAES, 2014).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Neste sentido, considerando essa larga amplitude e complexidade conceitual, o estado de saúde encontra-se

vulnerável à influência de diversos fatores, como sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, entre outros.

Rouquayrol e Silva (2013) afirmam que, dada uma série de dificuldades para se medir a saúde de uma população, é frequente, ao se avaliar o nível de saúde dessa população, a busca de dados de “não – saúde”, ou seja, dados de morte, doença e agravos à saúde. Assim, os indicadores de saúde aparecem como medidas-síntese, que, em conjunto, dependem de instrumentos e métodos simples, objetivando facilitar sua extração dos sistemas de informação disponíveis, provendo matéria-prima essencial para análise.

Os agravos à saúde não ocorrem ao acaso em uma determinada população. Portanto, o conhecimento dos fatores, que são distribuídos de maneira desigual, permite a aplicação de medidas mais eficazes, em alvos específicos. Um indicador de saúde é capaz de medir o efeito de determinantes de natureza variada sobre o estado de saúde de uma população, utilizando expressões numéricas como forma de aproximação da realidade.

Considerando as doenças cardiovasculares, ao longo dos anos aumentou-se a necessidade de atenção ao perfil desses indivíduos, tanto para desenvolver ações preventivas quanto curativas. Entre os indicadores de saúde relacionados às doenças cardiovasculares estão incluídos o nível de escolaridade, a renda, o produto interno bruto (PIB), o nível de conhecimento dos fatores de risco, ocupação, condições de moradia, consumo alimentar, gênero, etnia, idade, hábitos de vida e a presença de fatores de risco (modificáveis ou não modificáveis, diretos ou indiretos).

De acordo com Sousa (2013), a conjugação de um conjunto de situações criou alguns desafios no âmbito das doenças cardiovasculares, a nível nacional e internacional, entre os quais destacam-se: o desenvolvimento dos conhecimentos decorrentes da investigação biomédica; modificações da patologia ao longo do tempo; alterações demográficas, com particular destaque para o aumento da esperança de vida; estilos de vida e consequente aumento dos fatores de risco; crescente incorporação de novas tecnologias e diferentes estratégias terapêuticas na prática clínica, cada vez mais avançadas, sofisticadas e dispendiosas; busca de sistemas de prestação com a máxima qualidade e segurança; e a existência de uma associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconômico.

Assim, os indicadores socioeconômicos aparecem como indicadores de saúde auxiliares para avaliação e monitoramento da evolução das doenças cardiovasculares, uma vez que podem estar envolvidos na etiopatologia destas doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares constituem um importante problema de saúde pública, principalmente por serem a maior causa de morbimortalidade, tanto em países em desenvolvimento quanto desenvolvidos, acarretando consideráveis custos sociais e econômicos. Apesar de apresentarem-se também como a maior causa de morte no Brasil, historicamente, as taxas de mortalidade reduziram com o passar dos anos, e isso deve-se à influência de diversos fatores, tanto demográficos quanto sociais e econômicos.

Para as doenças cardiovasculares, a elevada distribuição dos fatores de risco, bem como a desigualdade entre os sexos e as condições econômicas, reforçam a necessidade das investigações. Assim, é possível distinguir os grupos populacionais mais expostos a eventos cardiovasculares e suas complicações, subsidiando estratégias de intervenção mais oportunas, justas e, conseqüentemente, mais eficazes.

No controle dos fatores de risco, objetivando reduzir seu impacto diante da saúde da população, identificar os indivíduos portadores de tais fatores é fundamental. Assim, surgem as mudanças comportamentais, já que grande parte dos fatores associam-se ao estilo de vida, sendo, portanto, modificáveis. Isso possibilita a ação da saúde pública com enfoque em educação.

Em diferentes grupos socioeconômicos são observadas disparidades na prevalência dos fatores de risco. Assim, as possibilidades de intervenção envolvem a dedicação de cuidados mais intensivos ao controle dos fatores de risco cardiovascular em indivíduos com menor nível de escolaridade. E, além disso, priorizar a busca por indivíduos menos favorecidos financeiramente em áreas de alta prevalência das doenças cardiovasculares, focando na promoção da saúde através do

esclarecimento quanto aos fatores de risco, o acesso a exames rotineiros, que podem ser preventivos da doença e/ou de suas complicações, além da instrução quanto à manutenção de hábitos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.P. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia - Carta do Rio de Janeiro - III Brasil Prevent / I América Latina Prevent. **Arq Bras Cardiol**, v.100, n. 1, p. 3–5, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2013000100002>
- ANDRES, K.L. et al. Evaluation of a cardiovascular Risk Reduction Program at a workplace medical clinic. **Workplace Health Saf**, v.61, n.10, p. 459–66, 2013. <https://doi.org/10.1177/216507991306101006>
- BASTOS, T.F. et al. Men's health: a population-based study on social inequalities. **Cad Saude Publica**, v.8, n. 11, p. 2133–42, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100013>
- BONOTTO, G.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; SUSIN, L.R.O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados : um estudo de base populacional. **Cienc Saude Colet**, v.21, n.1, p.293–302, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.07232015>
- BRASIL. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações**. 2a Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. DATASUS**. Departamento de Informática do SUS, 2015.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. DATASUS**. Departamento de Informática do SUS, 2013.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v.17, n. 1, p. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- CARVALHO, M.H.R. et al. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiol Serv Saude**, v.23, n. 2, p. 347-54, 2014. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000200016>
- COELHO, M.X. et al. Análise das internações e da mortalidade por doenças cardíacas isquêmicas em idosos no distrito federal, no período 2000 a 2012. **Acta Biomedica Brasiliens**, v. 6, n. 1, p. 78-83, 2015. <https://doi.org/10.18571/acbm.088>
- COSTA, R.P. et al. Fatores de Risco Cardiovascular e sua Relação com o Nível de Escolaridade numa População Universitária. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 3, p. 234-43, 2015.
- DIDERICHSEN, F.; ANDERSEN, I.; MANUEL, C. Health inequality-determinants and policies. **Scand J Public Health**, v. 40, n. 8_suppl, p. 12-105, 2012.
- DUTRA, D.D et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4501-4509, 2016.
- FARIAS, N.S. O. Mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo, Brasil, 1996-1998 e 2008-2010. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 57-66, 2014. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100006>
- FERREIRA, A. I. S.; FERREIRA, G. Prevalência de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em uma Cidade do Sul de Minas Gerais nos Anos de 1999 a 2008. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2012.
- FERREIRA, M.A.F.; LATORRE, M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2523-31, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900032>
- FLOR, L.S.; CAMPOS, M.R.; LAGUARDIA, J. Quality of life, social position and occupational groups in Brazil: evidence from a population-based survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 3, p. 748-762, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300018>

- GAIO, D.M. et al. Importância do cuidado domiciliar de enfermagem para o controle pressórico de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. pesquis. cuid. Fundam. (Online)**, v. 5, n. 2, p. 3819-27, 2013.
- GAUI, E.N.; KLEIN, C.H. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Doença Isquêmica do Coração no Brasil de 1996 a 2011. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 102, n. 6, p. 557-65, 2014.
- GOMES, E.B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 594-600, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400007>
- GUIMARÃES, R.M. et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n.2, p.83-9, 2015.
- HOEBEL, J. et al. Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. **BMC Public Health**, v.14, n. 1, p. 913, 2014.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-913>
- MAGALHÃES, F.J. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 394-400, 2014.
- MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v, 19, n. 11, p. 4341-50, 2014.
- MANSUR, A.D.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 2, p. 755-61, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000061>
- MARTIN, R. S. S. et al. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. **J Bras Med**, v. 102, n. 2, p. 34-7, 2014.
- MEDEIROS, C.R.G.; MENEGHEL, S.N.; GERHARDT, T.E. Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 2953-62, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100012>
- MORALES-ASENCIO, J.M. et al. Educational inequalities and cardiovascular risk factors. A cross-sectional population-based study in southern Spain. **Public Health Nurs**, v, 30, n. 3, p. 202-12, 2013.
- MULLER, E.V.; REGINA, S.; ARANHA, R. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.6, p. 1067-77, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600006>
- NOGUEIRA, M.F. et al. Exposição de idosos a fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 11, p. 3814-22, 2014.
- PINHEIRO, H.A.; VIANNA, L.G. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Cerebrovasculares no Distrito Federal entre 1995 e 2005. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 4, p. 488-93, 2012.
<https://doi.org/10.4181/RNC.2012.20.483.6p>
- PINHO, C.P.S. et al. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. **Rev Nutr**, v. 25, n. 3, p. 341-51, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000300004>
- PIUVEZAM, G. et al. Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. **Arq Bras Cardiol**, v. 105, n. 4, p. 371-380, 2015.
- RIBAS, S.A.; SILVA, L.C.S. Cardiovascular risk and associated factors in schoolchildren in Belém, Pará State, Brazil Factores de riesgo cardiovascular y los factores asociados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 577-86, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129812>
- RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares The Promotion of Health and Integrated Prevention of Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>
- RIBEIRO, S.; FURTADO, C.; PEREIRA, J. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconômico em Portugal. **Rev Port Cardiol**, v. 32, n. 11, p. 847-854, 2013.

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.008>

ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças**. In: *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 11–24.

SANTOS, C.F. et al. Principais causas de mortalidade de idosos no município de Itabuna, BA. **Memorialidades**, v. 11, n. 22, p. 107-119, 2014.

SANTOS, H.C. et al. Self-declared ethnicity associated with risk factors of cardiovascular diseases in an urban sample of the Brazilian population: The role of educational status in the association. **Int J Cardiol**, v. 168, n. 3, p. 2973-5, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.04.115>

SANTOS, J.P.; PAES, N.A. Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 407- 420, 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020010ENG>

SILVA, D.H.; ACHCAR, J.A. Análise bayesiana das taxas de óbitos devido à doenças cardiovasculares no estado de São Paulo. **Rev Bras Biom**, v. 33, n. 4, p. 534-55, 2015.

SILVA, R.B. et al. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 1, p. 33-7, 2016.

SIMÃO, A. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6, p.1-63, 2013. <https://doi.org/10.5935/abc.2013S012>

SOARES, G.P. et al. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2, p. 147-56, 2013. <https://doi.org/10.5935/abc.20130028>

SOUSA, P. Desigualdades socioeconômicas e doenças cardiovasculares. **Rev Port Cardiol**, v. 32, n. 11, p. 855-6, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.08.001>

SOUZA, H.P. et al. Spatial analysis of causes of death from cardiovascular disease and associated factors in a deployment area of a large development project. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e Saúde**, v. 13, p. 199-214, 2017.

SOUZA, L.G.; SIVIERO, P.C.L. Diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres: Sul de Minas Gerais, 2002 e 2012. **Cad Saude Colet**, v. 23, n. 1, p. 25-31, 2015. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010005>

SOUZA, R.K.T. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiol Serv Saude**, v. 22, n. 3, p. 435-44, 2013. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000300008>

SUI, X. et al. Percentage of deaths attributable to poor cardiovascular health behaviors: Findings from the aerobics center longitudinal study. **Epidemiology Research International**, p. 1–9, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/437465>

TRINDADE, J. P. et al. Risco cardiovascular em usuários da Estratégia de Saúde da Família de Itaquiri/RS. In: **Anais do VII Salão Internacional de Ensino**, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa; 2015; Bagé. p. 1-2.

VIEIRA, E.C. et al. Ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da Bahia. **Rev Pesq Fisiot**, v. 6, n.2, p. 115-23, 2016.