

Óbitos de 2010 a 2014 por doenças circulatórias no Município do Rio de Janeiro
Deaths from 2010 to 2014 for circulatory diseases in the City of Rio de Janeiro
Muertes de 2010 a 2014 por enfermedades circulatorias en el Municipio de Rio de Janeiro

Recebido: 14/09/2020 | Revisado: 14/09/2020 | Aceito: 01/10/2020 | Publicado: 04/10/2020

Fernanda Tosta de Alcântara Portugal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3614-3236>

Clínica da família Victor Valla, Brasil

E-mail: fefeportugal@hotmail.com

Jorge Luiz Lima da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-6343>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: jorgeluilzlima@gmail.com

Cristina Portela da Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3176-5383>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: motacristinap@gmail.com

Claudia Maria Messias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1323-0214>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: marimessi1512@gmail.com

Fernanda Karolinne Rampe de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3176-5383>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: fernanda_rampe@live.com

Giulia Lemos de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1783-3298>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: giulialemos@id.uff.br

Natália Viana Marcondes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8039-6986>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no município do Rio de Janeiro/RJ de 2010 a 2014. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo, ecológico, documental e retrospectivo realizado com dados do sistema de informação em mortalidade, segundo gênero, faixa etária, cor/etnia, grau de escolaridade, estado civil, local e ano de ocorrência dos óbitos no período de 2010 a 2014, anos disponíveis para análise na data de coleta. **Resultados:** foram registrados 187.029 óbitos por doenças do aparelho circulatório, no estado do Rio de Janeiro (que possui 92 municípios no total) e, na capital do estado, foram registrados 76.684, correspondendo a 40% dos óbitos. Com relação ao gênero, o maior número de óbitos ocorreu no feminino (51,6%). O ano de 2010 evidenciou a maior taxa de mortalidade geral (851,9 óbitos para cada 100.000 habitantes) e 2012 teve a menor mortalidade proporcional (238,3 a cada 100.000 habitantes). Dentre as doenças do aparelho circulatório, as principais causas específicas de mortalidade incluem infarto agudo do miocárdio (26,6%), acidente vascular cerebral (10,1%) e hipertensão essencial (9,4%). **Conclusão:** mesmo com o declínio das taxas de mortalidade por doenças circulatórias, o número absoluto desses óbitos ainda é elevado. Sendo assim, há necessidade de efetivação de políticas públicas de saúde com ênfase na prevenção de novos casos de doenças circulatórias. Estímulo à promoção da saúde, de modo que haja envolvimento entre gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Epidemiologia; Saúde coletiva.

Abstract

Objective: to describe the profile of mortality from diseases of the circulatory system in the city of Rio de Janeiro / RJ from 2010 to 2014. **Methodology:** this is a descriptive, ecological, documentary and retrospective study carried out with data from the mortality information system, according to gender, age group, color / ethnicity, educational level, marital status, place and year of occurrence of deaths in the period from 2010 to 2014, years available for analysis. **Results:** 187,029 deaths from diseases of the circulatory system were recorded in the state of Rio de Janeiro (which has 92 municipalities in total) and, in the state capital, 76,684 were recorded, corresponding to 40% of deaths. Regarding gender, the highest number of deaths occurred in women (51.6%). The year 2010 showed the highest overall mortality rate

(851.9 deaths per 100,000 inhabitants) and 2012 had the lowest proportional mortality (238.3 per 100,000 inhabitants). Among the diseases of the circulatory system, the main specific causes of mortality include acute myocardial infarction (26.6%), stroke (10.1%) and essential hypertension (9.4%). Conclusion: even with the decline in mortality rates due to circulatory diseases, the absolute number of these deaths is still high. Therefore, there is a need to implement public health policies with an emphasis on preventing new cases of circulatory diseases. Encouraging health promotion, so that there is involvement between managers, health professionals and SUS users.

Key words: Cardiovascular diseases; Health services research; Public health.

Resumen

Objetivo: describir el perfil de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en la ciudad de Rio de Janeiro / RJ de 2010 a 2014. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo, ecológico, documental y retrospectivo realizado con datos del sistema de información de mortalidad, según sexo, grupo de edad, color / etnia, nivel educativo, estado civil, lugar y año de ocurrencia de las defunciones en el período. de 2010 a 2014, años disponibles para análisis. **Resultados:** se registraron 187.029 muertes por enfermedades del sistema circulatorio en el estado de Río de Janeiro (que tiene 92 municipios en total) y, en la capital del estado, se registraron 76.684, correspondientes al 40% de las muertes. En cuanto al género, el mayor número de defunciones se produjo en mujeres (51,6%). El año 2010 presentó la tasa de mortalidad global más alta (851,9 muertes por 100.000 habitantes) y 2012 tuvo la mortalidad proporcional más baja (238,3 por 100.000 habitantes). Entre las enfermedades del sistema circulatorio, las principales causas específicas de mortalidad incluyen el infarto agudo de miocardio (26,6%), el ictus (10,1%) y la hipertensión esencial (9,4%). **Conclusión:** incluso con la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias, el número absoluto de estas muertes sigue siendo alto. Por tanto, es necesario implementar políticas de salud pública con énfasis en la prevención de nuevos casos de enfermedades circulatorias. Fomentar la promoción de la salud, para que exista una implicación entre gestores, profesionales sanitarios y usuarios del SUS.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares; Investigación de servicios de salud; Salud pública.

1. Introdução

No início de século XX às doenças cardiovasculares eram responsáveis por menos de 10% das mortes mundiais, enquanto no início do século XXI eram responsáveis por quase 50% das mortes, nos países desenvolvidos, e 25% naqueles em desenvolvimento (Nascimento et al., 2018).

O aumento das doenças cardiovasculares, nível mundial, é consequência de 3 fatores: diminuição das doenças infecciosas agudas associadas a maior expectativa de vida da população; mudanças de estilo de vida e condições socioeconômicas em países em desenvolvimento, levando a maior exposição aos riscos para as doenças cardiovasculares (Timerman, Ferreira, & Bertolami, 2012).

Ao longo dos últimos anos, houve mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira com grande predomínio das doenças e mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com maior evidência para as doenças do aparelho circulatório hipertensão arterial, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (Timerman, Ferreira, & Bertolami, 2012).

As DCNT são morbidades de longo curso clínico, irreversíveis, e estão comumente associadas à fragilidade orgânica natural dos indivíduos. Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente (Leite, Dal Pai, de Moura Quintana, & da Costa, 2015).

No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares. E têm gerado elevados número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Há registros que 63% das mortes no mundo foram em razão das DCNT. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos (Ministério da Saúde, 2011).

As principais causas de morte no Brasil são as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A principal delas, para ambos os sexos, são as doenças do aparelho circulatório (Ministério da Saúde, 2008). Dentro do grande grupo de doenças cardiovasculares, as doenças isquêmicas do coração (DIC) são as causas de óbito mais ocorrentes, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) a causa isolada de morte mais comum em homens e mulheres (Ordúñez, 2011).

O banco de dados do sistema de informação de mortalidade permite acompanhar e avaliar o perfil de mortalidade do município, fornecendo informações quanto ao número de óbitos dos residentes; do quantitativo de óbitos ocorridos no município; por faixa etária; sexo; grupo de causa e causa específica de mortalidade; local de ocorrência; bairro de residência, dentre outras informações. Tais informações são obtidas, a partir da qualidade do preenchimento e fluxo da declaração de óbito (D.O.). Por meio disso, é possível fazer comparações e avaliar o histórico de mortalidade assim como também analisar a situação atual de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Mediante ao exposto, este estudo traz a seguinte questão de pesquisa: qual o perfil da mortalidade por DAC no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 a 2014? Com o objetivo de descrever o perfil da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no município do Rio de Janeiro/RJ de 2010 a 2014.

2. Metodologia

Trata-se de estudo exploratório descritivo, ecológico e de abordagem documental onde foram investigados os óbitos por doenças do aparelho circulatório notificados, no período de 2010 a 2014, ocorridos no município do Rio de Janeiro. Para coleta de dados foram utilizados dados disponibilizados no site do departamento de informática do sistema único de saúde (DataSus)/TabNet do ministério da saúde sobre mortalidade do período de novembro de 2016 a março de 2018, e realizados cruzamentos informações de interesse. As variáveis investigadas foram: gênero; faixa etária; raça/cor; grau de escolaridade, estado civil, local de ocorrência e ano de ocorrência dos óbitos.

A codificação das causas de morte se pautou na décima revisão da classificação internacional de doenças (CID 10), o capítulo IX corresponde às DAC.

Para variável gênero, estabeleceram-se as categorias masculino (Masc) e feminino (Fem). Para variável idade, foram estratificadas doze categorias, de acordo com a proposta do SIM, para análise do quantitativo de óbitos por todas as DAC: (menos de 1 ano), (1 a 4 anos), (5 a 9 anos), (10 a 14 anos), (15 a 19 anos), (20 a 29 anos), (30 a 39 anos), (40 a 49 anos), (50 a 59 anos), (60 a 69 anos), (70 a 79 anos), (mais de 80 anos). Para variável raça/cor foram estratificadas categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena e em algumas análises houve o agrupamento entre cor branca e não branca. Para variável grau de escolaridade foram estratificadas as categorias, de acordo com os anos de estudo conforme a declaração de óbito, a saber: sem escolaridade, de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e de 12 anos ou mais de escolaridade.

Para variável estado civil foram estratificadas as categorias: solteiro, casado, viúvo, separado e outro; e para variável local de ocorrência do óbito foram estratificadas as categorias: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros.

No que tange o tratamento de dados, foram calculadas as taxas de mortalidade pelas DAC (TMDAC) [(número de óbitos anuais devido às DAC, no município do Rio de Janeiro, dividido pela população do município do Rio de Janeiro) x 100.000] por sexo, taxa de mortalidade por DIC (categoria I20 a I25 do capítulo IX da CID 10) [(número de óbitos anuais devido às DIC, no município do Rio de Janeiro, dividido pela população do município do Rio de Janeiro) x 100.000] por sexo e taxa de mortalidade por DCbV(categoria I60 a I69 do capítulo IX da CID 10) [(número de óbitos anuais devido às DCbV, no município do Rio de Janeiro, dividido pela população do município do Rio de Janeiro) x 100.000] por sexo e a mortalidade proporcional segundo as DAC (MPDAC) [(número de óbitos anuais devido às DAC, no Rio de Janeiro, dividido pelo número de óbitos anuais por todas as causas, no mesmo x 100].

As DAC ainda foram analisadas em óbitos por cor, escolaridade, DIC e DCbV, estratificando-se a variável idade em novas categorias ou grupos etários: infância (0 a 10 anos), adolescência (11 a 19 anos), vida adulta (20 a 59 anos) e vida idosa (60 anos ou mais). Os dados demográficos do município de análise foram obtidos por meio da base de dados online do IBGE e nos anos intercensitários no site do DataSus, onde há projeção do quantitativo populacional até o ano de 2030. Para análise simples dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010® para fins de correlação de frequência e construção de tabelas e gráficos. Para fundamentar as discussões foram utilizados artigos e documentos legislativos que estão relacionados à temática específica.

Este estudo se realizou com dados primários de acesso público, e sem identificação nominal dos sujeitos, não oferecendo riscos à população de análise. Sendo assim, não houve necessidade de envio e aprovação ao comitê de ética em pesquisa.

3. Resultados e Discussão

Características Sociodemográficas De Pessoas Residentes No Município Do Rio De Janeiro Que Vieram A Óbito Por Dac Entre 2010 E 2014

No estudo, fica evidente a magnitude dos óbitos por DAC dos residentes do município do Rio de Janeiro. Principalmente se considerar que eles constituem a primeira causa de

morte da população carioca (média de 241,6 óbitos/100.000 habitantes), superior à média do Estado do Rio de Janeiro (229,8/100.000 habitantes) e superior à média nacional (168,1/100.000 habitantes).

Entre os anos de 2010 e 2014, foram registrados 76.684 óbitos por DAC na população residente do Rio de Janeiro. Anualmente, morriam 15.337 cariocas devido a doenças do aparelho circulatório. Estas responderam por 28,8% do total de mortes (por todas as causas) ocorridas nos residentes do município. Salientou-se diferença na mortalidade por DAC entre gênero e subgrupos das doenças.

O gênero feminino apresentou maior quantitativo de óbitos no estudo (51,6%). A faixa etária com o maior número absoluto de óbitos e maior coeficiente de mortalidade por DAC no município foi a de 80 anos e mais (34,8%) e 0,1% dos óbitos tiveram essa variável preenchida como ignorada no D.O.

Comparando-se a ocorrência dos óbitos por DAC segundo faixa etária nota-se que homens morrem mais que mulheres em quase todas faixas etárias, porém na faixa etária 80 anos e mais, as mulheres morrem 1,9 vezes mais. Ambos os gêneros o número de óbitos é maior na população branca.

Em relação à escolaridade, levando em consideração o tempo de anos de estudo, 26,28% dos usuários que vieram a óbito por DAC tinham de 1 a 3 anos de estudo e 12,98% das declarações de óbito tem essa variável preenchida como ignorada, dificultando assim possível análise mais precisa dessa informação. Analisando os dados e cruzando com variável gênero, percebe-se que mulheres possuem quantitativo de tempo de anos de estudo inferior aos homens. Em relação ao estado civil, apenas 33,9% dos usuários que vieram a óbito eram casados e 1,48% estavam com essa variável preenchida como ignorada vide Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis sociodemográficas de pessoas que vieram a óbito por DAC, residentes no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014, N= a 76684.

Variáveis Sócio Demográficas	N	%
Gênero		
Masculino	37143	48,44
Feminino	39538	51,55
Ignorados	3	00,01
Faixa Etária	N	%

< 1 ano	43	00,06
1 a 4 anos	32	00,04
5 a 9 anos	20	00,03
10 a 14 anos	28	00,04
15 a 19 anos	102	00,13
20 a 29 anos	406	00,53
30 a 39 anos	1202	01,57
40 a 49 anos	3946	05,15
50 a 59 anos	9872	12,87
60 a 69 anos	14692	19,16
70 a 79 anos	19528	25,47
80 anos e mais	26734	34,86
Ignorados	79	00,10
Cor	N	%
Branca	44912	58,57
Preta	10186	13,28
Amarela	99	00,13
Parda	20392	26,59
Indígena	1067	01,39
Ignorados	28	00,04
Escolaridade	N	%
Nenhuma	5482	07,15
1 a 3 anos	20155	26,28
4 a 7 anos	18588	24,24
8 a 11anos	14916	19,45
12 anos ou mais	7586	09,89

Ignorados	9957	12,98
Estado Civil	N	%
Solteiro	18504	24,13
Casado	26025	33,94
Viúvo	24973	32,57
Separado	5471	7,13
Outro	573	0,75
Ignorados	1138	1,48

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM.

Quadro 2. Distribuição das variáveis sociodemográficas, por gênero nos óbitos por DAC, município do Rio de Janeiro, anos de 2010 a 2014 (*), N= a 76684.

Gênero	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Faixa Etária				
<10 anos	49	0,12	46	0,12
10 a 19 anos	48	0,12	82	0,22
20 a 59 anos	6202	15,7	9224	24,87
60 e + anos	33215	84,06	27737	74,78
Cor	N	%	N	%
Branca	23322	59,83	21590	58,93
Não Branca (**)	15658	40,17	15047	41,07
Estado Civil	N	%	N	%
Solteiro	9681	24,84	8823	24,12
Casado	7614	19,54	18411	50,33
Viúvo	19164	49,18	5809	15,88
Separado	2375	6,1	3096	8,46

Outro	132	0,34	441	1,21
Escolaridade	N	%	N	%
Nenhuma	3862	11,22	1620	5,02
1-3 anos	11664	33,88	8491	26,29
4-7 anos	9372	27,22	9216	28,53
8-11 anos	6800	19,75	8116	25,13
12 anos e acima	2728	7,92	4858	15,04

*Não foram considerados na análise óbitos cuja informação era ignorada.

**Foram agrupadas todas as demais cores com exceção à branca.

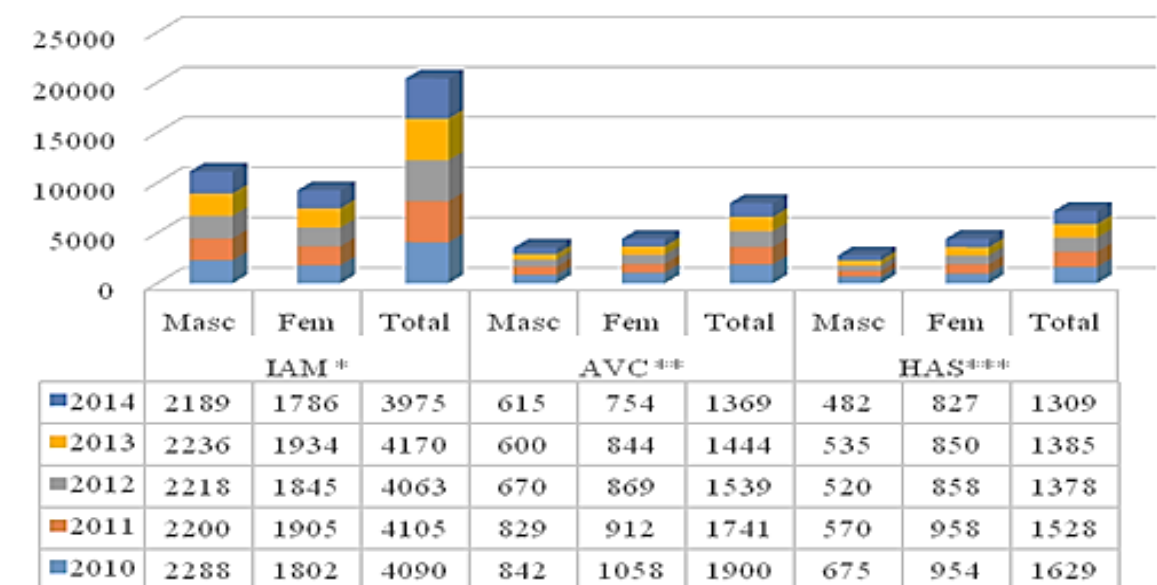
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Analisando dados contidos no Quadro 2, percebe-se que o número de óbitos por DAC acometeu mais homens na faixa etária de 20 a 59 anos e mulheres foram maioria na faixa etária 60 anos e mais. Houve predominância da cor branca nos óbitos em ambos os gêneros e percentual elevado de mulheres com estado civil viúvo (49,18%).

Principais Causas De Óbito Por Gênero Referentes Às Doenças Do Aparelho Circulatório No Rio De Janeiro De 2010 A 2014

Agrupando todas as categorias do capítulo IX do CID 10, que são as DACs, as três principais causas de óbitos em ambos os gêneros foram IAM, AVC e HAS.

Gráfico 1. Óbitos ocasionados por IAM, AVC e HAS, por gênero, no município do Rio de Janeiro, durante os anos de 2010 a 2014, N= a 7.229.



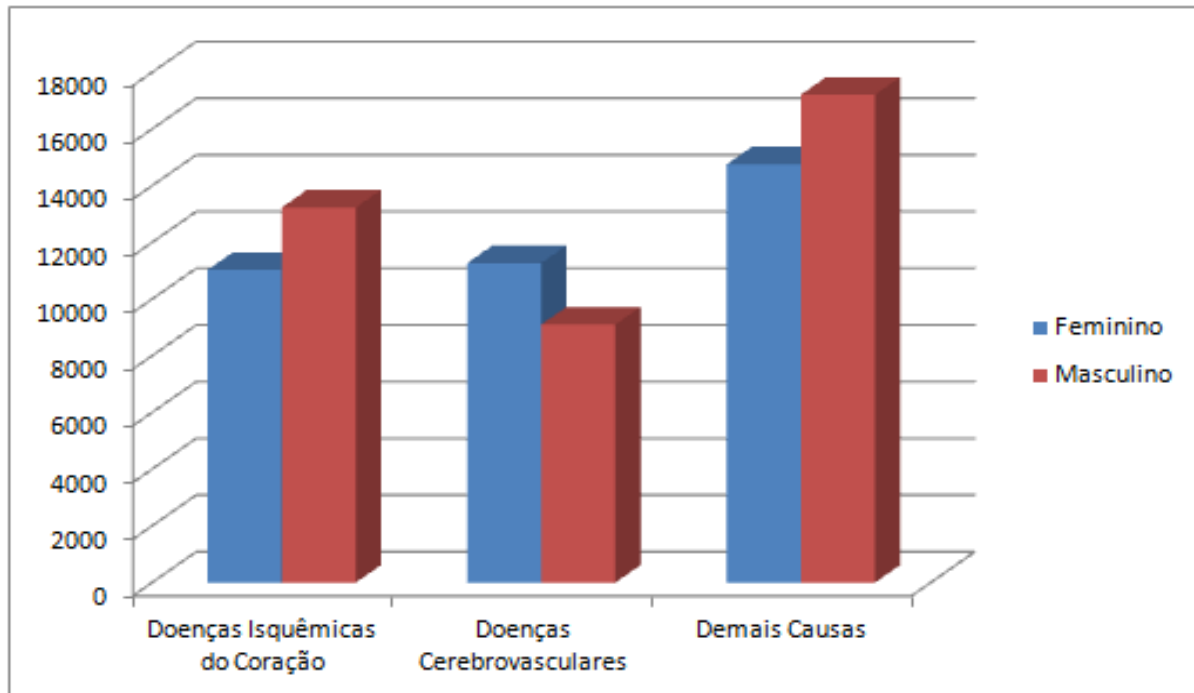
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
 *Infarto Agudo do Miocárdio
 **Acidente Vascular Cerebral
 ***Hipertensão Arterial Sistêmica

Em todos os anos, o maior número de óbitos ocorreu devido ao IAM e prevaleceram entre o gênero masculino. Comparando a ocorrência dos óbitos entre os gêneros nos anos de análise (2010 e 2014), percebe-se que houve aumento de 0,2 % no feminino e redução de 0,2% no masculino. Com relação ao AVC, houve maior incidência no gênero feminino em todos os anos de análise. Em ambos os sexos se percebe redução de óbitos por esse agravo: 1,3 % no gênero masculino e 1,8% no feminino. Os óbitos por HAS ocuparam a terceira causa de óbitos por DAC. O gênero feminino predominou, durante os anos de análise. Considerando gêneros, percebe-se redução no número absoluto e queda de 1,1 % no masculino e 0,6% no feminino.

Óbitos Por Dic E Dcbv De Acordo Com Gênero E Faixa Etária No Município Do Rio De Janeiro, Dos Anos De 2010 A 2014

As doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares concentraram o maior quantitativo de óbitos nos anos de análise.

Gráfico 2. Distribuição das causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório, segundo sexo, no período de 2010 a 2014, no município do Rio de Janeiro/RJ, N=a 76603.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
*Não foram considerados na análise óbitos cuja informação era ignorada.

Óbitos Segundo Local, Gênero E Ano De Ocorrência

Analisando-se os óbitos por gênero percebe-se que no feminino a maior parte dos óbitos ocorreu no ambiente hospitalar (65,7%). Com relação ao masculino, 63% ocorreram no ambiente hospitalar e comparando o ano de 2010 com o ano de 2014 houve crescimento de 52,1% de óbitos em outros estabelecimentos de saúde e redução de 9,7% dos óbitos no domicílio, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3. Óbitos ocasionados por DAC, por local de ocorrência e gênero de 2010 a 2014 no município do Rio de Janeiro/RJ, N= a 76684.

Óbitos por local de ocorrência	Sexo	Anos				
		2010	2011	2012	2013	2014
Hospital	Masculino	5014	4855	4613	4424	4498
	Feminino	5564	5250	5258	5046	4874
Outros estabelecimentos de saúde	Masculino	468	556	733	934	898
	Feminino	449	597	751	986	947
Domicílio	Masculino	1941	1652	1650	1826	1751
	Feminino	1820	1733	1680	1763	1840
Via pública	Masculino	40	33	23	32	27
	Feminino	6	6	5	9	5
Outros	Masculino	226	258	243	224	218
	Feminino	187	232	171	153	197
Ignorado	Masculino	4	2	0	0	0
	Feminino	4	3	0	2	3

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Neste estudo o gênero que mais prevaleceu com relação ao número absoluto dos óbitos o público feminino. Um achado diferente do estudo em São Paulo (de Paula, Bubach, & Velten, 2011), realizado no ano de 2009, que apresentou maior número de óbitos por DAC no sexo masculino, assim como o estudo realizado no ano de 2014 no município de São Mateus, no Espírito Santo (Sala, 2011). Pode-se correlacionar tal evidência com o maior quantitativo populacional no gênero feminino que é maior que o masculino, além disso, se comparar o quantitativo no que compete ao gênero pode-se observar que a população no gênero masculino com 80 anos e mais de 2010 a 2014 é inferior a feminina, sugerindo assim menor longevidade neste público. Em 2010 a população feminina na faixa etária de 80 anos e mais era 2,25 vezes maior que a masculina e, 2,23 vezes maior em 2014.

Tal fato também pode estar relacionado à procura dos homens pelos serviços de assistência em saúde quando há complicação de seu quadro ou estado geral de saúde, ou seja,

em muitos casos não há tempo hábil de prevenir a doença através de práticas de promoção à saúde, haja vista a instalação da mesma, ocasionando assim maiores riscos (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007).

O grupo populacional que mais morreu foi o da população com 60 anos ou mais. O estudo no município de São Matheus, no Espírito Santo também obteve esse achado (Sala, 2011). Tal fato ocorre porque as doenças circulatórias geralmente apresentam longo período de evolução. Além disso, sabe-se que na rede de saúde pública há disponibilidade e gratuidade na distribuição de alguns fármacos (para hipertensão e diabetes, por exemplo) e tal fato contribui no controle a sua morbidade e no aumento da expectativa de vida dos portadores destes agravos.

Os indivíduos que mais evoluíram para o óbito foram os de cor branca. Alguns estudos mostram que a raça negra tem maior propensão ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares relacionando a alguns fatores do genótipo e fenótipo, por exemplo (Ministério da Saúde, 2008). Com este mesmo achado, relatam que o predomínio de óbitos em indivíduos de cor branca em faixas etárias elevadas e a diminuição dos óbitos nas mesmas faixas etárias de indivíduos de cores não brancas podem estar associados com as desigualdades socioeconômicas, resultando em mortalidade mais precoce, porém a confiabilidade do preenchimento dessa variável na DO pode ser limitada.

Em relação à escolaridade, considerando os sujeitos sem nenhuma escolaridade e até 7 anos de escolaridade, 57,7% dos sujeitos possuem baixo nível instrucional. O estrato populacional de menor nível socioeconômico avaliado por escolaridade, renda, poder de decisão profissional (cargos de chefia ou subalternos) e condição funcional (se empregado ou desempregado) associa-se ao acúmulo de fatores de risco cardiovascular que culminam na redução da expectativa de vida (Campolina et al., 2013). Analisando essa variável, verifica-se maior ocorrência desses agravos na população mais idosa, e geralmente possui menor escolaridade.

Considerando os anos de análise deste estudo, nota-se queda nas taxas de mortalidade proporcional por DAC, DIC e DcBv. Em estudo realizado em São Paulo também recebeu destaque na queda nas taxas de mortalidade referentes aos agravos do aparelho circulatório em ambos os gêneros (de Paula, Bubach, & Velten, 2011). Porém apesar do declínio das taxas, não se deve deixar de analisar que o quantitativo absoluto dos óbitos ainda é elevado no município do Rio de Janeiro. Mesmo com a queda dos óbitos por doenças cardíacas, estas constituem grave problema de saúde e continuam sendo a principal causa de óbitos da população do Brasil (de Abreu, de Andrade Medronho, & Escosteguy, 2007).

As taxas de mortalidade foram maiores no sexo masculino do que no sexo feminino, assim como no estudo realizado em São Paulo (de Paula, Bubach, & Velten, 2011).

Os óbitos por DAC no município Rio de Janeiro seguem o mesmo padrão de estudo realizado em São Paulo e com achado semelhante relacionado ao gênero feminino, onde em ambos locais a taxa de mortalidade proporcional por DcBv foi maior nesse grupo, quando comparado ao masculino (Muller, & Agostinho Gimeno, 2015). Tal fato pode estar associado a maior incidência das DcBv em idosos e o número maior de idosos é composto pelo gênero feminino (Sala, 2011).

As DAC ocupam o primeiro lugar no que se tange a mortalidade no município do Rio de Janeiro, porém ocupam o quarto lugar no ranking referente a internações (de Paula, Bubach, & Velten, 2011). O primeiro lugar é ocupado pela gravidez e puerpério, seguido de neoplasias, doenças do aparelho digestivo, e posteriormente as DAC. Fato que pode ser associado ao local de ocorrência dos óbitos por DAC, pois 64,4% deles ocorreram no ambiente hospitalar é um número considerável dos óbitos ocorreram no âmbito domiciliar (23%).

Verifica-se alta porcentagem de óbitos domiciliares e através disso algumas hipóteses podem ser levantadas. Essa população dispunha de acesso aos serviços de saúde com acompanhamento contínuo? Um acesso a atividades benéficas para a promoção de sua saúde e prevenção de doenças? Como esse cuidado e atenção em saúde eram efetivados? Ou esse achado está relacionado a aspectos culturais, padrões diferenciados de determinação das necessidades de internação por profissionais e instituições de saúde, limitações de caráter econômico dos portadores desses agravos devido ao alto custo de internação?

A incidência de acidente vascular cerebral (AVC) entre os americanos caiu nas últimas duas décadas, assim como a taxa de mortalidade da doença. O número de pessoas que sofreram com derrame pela primeira vez nos Estados Unidos caiu 50% entre 1987 e 2011. Em relação às mortes subsequentes ao AVC, a queda foi de 40% (Koton et al., 2014). Na opinião dos pesquisadores, essa redução ocorreu devido ao maior controle de fatores de risco à saúde cardiovascular, que inclui prevenção à pressão alta, o fim do tabagismo e o uso de estatinas para diminuir o colesterol.

Na Europa o número de óbitos por neoplasias é superior aos óbitos por doenças cardiovasculares. Esta mudança se refere à diminuição de mortes por doenças do coração – e não ao aumento do número de casos de câncer. Isso se deve principalmente ao sucesso de políticas públicas voltadas para a prevenção nesses países (Townsend, Wilson, Bhatnagar, Wickramasinghe, Rayner, & Nichols, 2016).

Grande parte das mortes por doenças cardiovasculares pode ser evitável com diagnóstico precoce e adoção de estilo de vida mais saudável. Portugal lidera a maior taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares na Europa Ocidental mesmo apresentando queda considerável no quantitativo de óbitos relacionados a doenças circulatórias (World Health Organization, 2011).

A atuação do profissional de saúde coletiva está relacionada ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações, se o mesmo atuar na gestão ou diretamente na assistência a prática está relacionado às atividades de prevenção e promoção da saúde com estímulo ao controle de peso, mudanças no estilo de vida: mudanças no padrão alimentar, restrição do consumo de sódio, de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo e estímulo a práticas de atividades físicas, levando em consideração os fatores determinantes e condicionantes em saúde.

4. Considerações Finais

Constatou-se que o perfil da população estudada de óbitos no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014, por DAC é predominantemente do gênero feminino, pertencente ao grupo dos idosos, cor branca e possui baixo nível de escolaridade. Maior parte desses óbitos ocorreu no ambiente hospitalar.

É relevante que os profissionais da atenção primária, que na maior parte das vezes, constitui a porta de entrada de muitos usuários no SUS, conheçam as características sociodemográficas dos indivíduos e seu contexto social. Nesse sentido, observa-se a notória importância da equipe multiprofissional, no que se tange a abordagem integral do cuidado em saúde aos usuários susceptíveis a esses agravos.

Sugere-se que as intervenções de saúde nas esferas municipais, estaduais e federais devam extrapolar as barreiras das “secretarias de saúde” e que soluções mais amplas sejam efetivadas, assim como a implementação de comitês com participação multidisciplinar permitindo atuações não apenas na prevenção e controle de fatores individuais de risco.

Referências

Campolina, A. G., Adami, F., Santos, J. L. F. & Lebrão, M. L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(6), 1217-1229. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>

de Abreu, G. P., de Andrade Medronho, R., & Escosteguy, C. C. (2007). Análise dos Óbitos por Doença Isquêmica do Coração em Idosos no Município do Rio de Janeiro. *Rev SOCERJ*, 20(3), 226-232. Recuperado de: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_03/a2007_v20_n03_art08.pdf>.

de Paula, A. C. S. F., Bubach, S., & Velten, A. P. C. (2011). *Análise da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 1999 a 2008, no município de São Mateus/ES*. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research. Recuperado de <<https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/view/1764/1331>>.

Gomes, R., Nascimento, E. F. D., & Araújo, F. C. D. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 565-574. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

Koton, S., Schneider, A. L., Rosamond, W. D., Shahar, E., Sang, Y., Gottesman, R. F., & Coresh, J. (2014). Stroke incidence and mortality trends in US communities, 1987 to 2011. *Jama*, 312(3), 259-268. doi:10.1001/jama.2014.7692.

Leite, M. T., Dal Pai, S., de Moura Quintana, J., & da Costa, M. C. (2015). Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(2), 2263-2276. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2263-2276.

Ministério da Saúde (BR). (2008). Ministério da Saúde divulga principais causas de morte. Brasília (DF).

Ministério da Saúde (BR). (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF). Recuperado de: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

Muller, E. V., & Agostinho Gimeno, S. G. (2015). Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo gênero e idade no Estado do Paraná, Brasil: 1979 a 1981 e 2006 a 2008. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(1). doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010003>.

Nascimento, B. R., Brant, L. C. C., Oliveira, G. M. M. D., Malachias, M. V. B., Reis, G. M. A., Teixeira, R. A., ... & Ribeiro, A. L. P. (2018). Cardiovascular disease epidemiology in Portuguese-Speaking countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 110(6), 500-511. doi: 10.5935/abc.20180098.

Ordúñez, P. (2011). Cardiovascular health in the Americas: facts, priorities and the UN high-level meeting on non-communicable diseases. *MEDICC review*, 13, 6-10. doi: 10.1590/s1555-79602011000400003.

Sala, A. (2011). As doenças do aparelho circulatório no Estado de São Paulo. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)*, 8(88), 29-36. Recuperado de: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/gais_jornal_3.pdf.

Timerman, A., Ferreira, J. F. M., & Bertolami, M.C. (2012). *Manual de Cardiologia*. São Paulo: Atheneu.

Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe 2016: an epidemiological update. *European heart journal*, 37(42), 3182-3183. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw468>

World Health Organization (WHO). (2011). *N.C.D. Country Profiles*. Geneva.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Fernanda Tosta de Alcântara Portugal- 25%

Jorge Luiz Lima da Silva-25%

Cristina Portela da Mota-10%

Claudia Maria Messias-10%

Fernanda Karolinne Rampe de Oliveira-10%

Giulia Lemos de Almeida-10%

Natália Viana Marcondes da Silva-10%