

## Indicadores Socioeconômicos e Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: Parâmetros Indissociáveis?

*Socioeconomic Indicators and Mortality from Heart Failure: Inseparable Parameters?*

Helder Jorge de Andrade Gomes<sup>1,2</sup> e Carlos Eduardo Lucena Montenegro<sup>3,4</sup>

Group of Investigation on Multimorbidity and Mental Health in Aging (GIMMA) - Faculdade de Medicina de Jundiaí,<sup>1</sup> Jundiaí, SP - Brasil

Hospital Samaritano de São Paulo,<sup>2</sup> São Paulo, SP - Brasil

PROCAPE (Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco) - Universidade de Pernambuco,<sup>3</sup> Recife, PE - Brasil

Centro Cardiológico Ovídio Montenegro,<sup>4</sup> Recife, PE - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Desenvolvimento Socioeconômico no Brasil, 1980 a 2018

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo a principal causa de morte, sendo responsável por aproximadamente um terço dos óbitos no mundo. Em junho de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou sua preocupação com o impacto causado pelas DCV nos países de baixa ou média renda, onde ocorrem mais de três quartos de seus óbitos.<sup>1</sup> Via final comum das cardiopatias, a insuficiência cardíaca (IC) se apresenta como pandemia global fora de controle, com prevalência em crescimento, como consequência de fatores como o envelhecimento da população, maior presença de fatores de risco cardiovasculares, como obesidade, sedentarismo ou diabetes mellitus, mesmo com avanços terapêuticos que reduzem a mortalidade.<sup>2</sup>

A relação entre piores condições socioeconômicas e maior mortalidade por IC parece ter sido bem estabelecida nos últimos anos em diferentes populações,<sup>3-5</sup> justificada em parte pelo pior acesso a métodos diagnósticos e tratamento farmacológico. Entretanto, esta relação é mais confusa em países de baixa e média renda, onde as variáveis clínicas, demográficas e socioeconômicas explicam pouco sobre a variabilidade entre as taxas de mortalidade em um ano por IC entre regiões da África, Índia, Sudeste Asiático, Oriente Médio, América do Sul e China, conforme observado no *INTER-CHF Prospective Cohort Study*.<sup>6</sup>

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou uma queda gradual da desigualdade, medida pelo coeficiente de Gini – principalmente a partir de meados dos anos 90 e atingindo seu mínimo em 2010<sup>7</sup> –, assim como uma melhora progressiva Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e seu equivalente regionalizado por município (IDHM), cujos valores retratam três dimensões básicas do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda.<sup>8</sup> Na mesma linha, a publicação de Malta et al.,<sup>9</sup> trouxe dados recentes que

confirmam que a taxa de mortalidade cardiovascular ajustada também apresentou queda no Brasil nos últimos anos, embora já chamasse atenção uma heterogeneidade entre as Unidades da Federação (UF). Eis que o estudo dessa edição do ABC<sup>10</sup> se propõe a analisar a relação entre a evolução temporal do desenvolvimento humano e as taxas de mortalidade por insuficiência cardíaca nas diferentes regiões geográficas do Brasil, trazendo importantes luzes ao assunto.

De acordo com esse artigo,<sup>10</sup> a redução da mortalidade por IC de fato ocorreu em todas as UF. Porém, embora a redução da mortalidade nos estados onde houve menor incremento do IDHM (RJ, DF, SP, RS, SC e ES) tenha sido maior, todos esses estados já apresentavam alto IDMH (> 0,7). Por outro lado, os autores observam que o IDMH também melhorou em todas as UFs. E os estados que apresentaram os maiores incrementos do IDMH (TO, MA, PI, PB, AL e BA), porém permanecendo com índices inferiores a 0,7, tiveram menores reduções de mortalidade por IC. Esses dados sugerem fortemente, portanto, que para alcançar grandes reduções na taxa de mortalidade por IC, “mais importante que o grau de incremento do IDHM é o nível final que ele alcança” – conforme dito pelos autores.

A mortalidade de uma doença crônica não contagiosa como a insuficiência cardíaca e indicadores socioeconômicos, ao que parece, não são parâmetros tão dissonantes assim. Ao contrário, pode ser que essas duas linhas se encontrem com o passar do tempo, caso haja uma redução das desigualdades e todas as regiões alcancem bons índices de desenvolvimento (IDHM >0,7). Ou até mesmo essas linhas se afastem ainda mais, caso persista a piora dos indicadores em saúde no país que temos observado nos últimos anos, com aumento da pobreza, cortes em políticas sociais e congelamento dos recursos da saúde produzidos pela Emenda Constitucional no. 95, já citados recentemente.<sup>9,11</sup> E embora o IDH represente apenas uma visão parcial do status socioeconômico de uma população, não se podendo avaliar diretamente sobre a relação de desigualdade e mortalidade por IC, destacamos que é razoável inferir que variações importantes de IDH entre as regiões permitem conhecer focos de desigualdade no território nacional. Um IDH baixo reflete, na esmagadora maioria das vezes, uma população pobre e com déficit educacional importante, o que leva a maiores dificuldades de se entender, adquirir e aderir a um tratamento médico complexo como o da IC.

O artigo reforça a impressão de que boas condições de vida (socioeconômicas e educacionais) parecem estar

### Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Insuficiência Cardíaca; Mortalidade; Fatores de Risco; Classe Social; Desenvolvimento Humano.

**Correspondência:** Carlos Eduardo Lucena Montenegro •

Rua Aviador Severiano Lins, 182. Ap. 2301. CEP 51020-060, Boa Viagem, Recife, PE – Brasil

E-mail: ce\_montenegro@yahoo.com.br

**DOI:** <https://doi.org/10.36660/abc.20210826>

intrinsecamente ligadas a melhores desfechos cardiovasculares. Sendo o Brasil um país de dimensões continentais e elevados níveis de desigualdade, reconhecer a importância dos mecanismos de avaliação epidemiológica disponíveis no Sistema Único de Saúde (DATASUS, SIM etc.), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (censo, intercenso e projeções), Programa

das Nações Unidas para o Desenvolvimento (IDH, IDHM etc.), entre outros, passa a ser fundamental para assim poder direcionar políticas socio-sanitárias que orientem a aplicação de evidência científica robusta disponível e atualizada recentemente para diagnóstico, tratamento e prevenção da insuficiência cardíaca e da saúde cardiovascular em geral.<sup>11,12</sup>

## Referências

1. World Health Organization.(WHO)\_. Fact Sheets. Cardiovascular Disease. 2021. [Cited in 2021 Sep 18] Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Conrad N, Judge A, Canoy D, Tran J, Pinho-Gomes AC, Millett ERC, et al. Temporal Trends and Patterns in Mortality After Incident Heart Failure. A Longitudinal Analysis of 86 000 Individuals. *JAMA Cardiol.* 2019 Nov; 4(11):1102-11.
3. Andersen J, Gerds TA, Gislason G, Schou M, Torp-Pedersen C, Hlatky MA, et al. Socioeconomic position and one-year mortality risk among patients with heart failure: A nationwide register-based cohort study. *Eur J Prev Cardiol.* 2020 Jan;27(1):79-88.
4. Su A, Al'Aref SJ, Beecy AN, Min JK, Karas MG. Clinical and Socioeconomic Predictors of Heart Failure Readmissions: A Review of Contemporary Literature. *Mayo Clin Proc.* 2019 Jul;94(7):1304-20.
5. Bevan GH, Josephson R, Al-Kindi SG. Socioeconomic Deprivation and Heart Failure Mortality in the United States. *J Card Fail.* 2020 Dec;26(12):1106-7.
6. Dokainish H, Teo K, Zhu J, Roy A, AlHabib KF, ElSayed A, et al. Global mortality variations in patients with heart failure: results from the International Congestive Heart Failure (INTER-CHF) prospective cohort study. *Lancet Glob Health.* 2017 Jul;5(7):e665-e672.
7. Da Cruz PB, Teixeira A, Monte-Mor DS. O Efeito da Desigualdade da Distribuição de Renda no Crescimento Econômico. *Rev Bras Economia* 69(2):163-86.
8. Human Development Report 2019 Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. [Cited in 2021 Sept 18] Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>
9. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, Ribeiro AL. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 115(2):152-60.
10. Santos SC, Villela PB, Oliveira GMM. Mortality Due to Heart Failure and Socioeconomic Development in Brazil between 1980 and 2018. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 117(5):944-951.
11. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(10):3115-22.
12. Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Atualização de tópicos emergentes da diretriz de insuficiência cardíaca - 2021 *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(6):1174-212.

