

CURSO TÉCNICO EM GERENCIA EM SAÚDE INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Paula Martins Fontenele Rocha

PERFIL DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA CIDADE DO RIO
DE JANEIRO E AS CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS DE SEUS RESIDENTES: um estudo
exploratório em seis bairros da cidade

Rio de Janeiro

2020

Paula Martins Fontenele Rocha

PERFIL DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA CIDADE DO RIO
DE JANEIRO E AS CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS SEUS RESIDENTES: um estudo
exploratório em seis bairros da cidade

Monografia apresentada à banca da Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio para defesa na habilitação de
Gerência em Saúde como requisito para aprovação no Trabalho
de Conclusão de Curso.

Orientador (a): Páulea Zaquini Monteiro Lima

Rio de Janeiro

2020

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Rede Assistencial e número de leitos nas regiões da cidade do Rio de Janeiro.....	17
Tabela 02 Distância e tempo de deslocamento médio dos bairros de estudo ao centro da cidade.....	23
Tabela 03: Dados populacionais e de condições de moradia dos bairros do estudo.....	26
Tabela 04: Número de óbitos por DCV`s, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros do Leblon e da Pavuna – Ano 2017.....	29
Tabela 05: Número de óbitos por DCV`s, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros de Ipanema e Santa Cruz – Ano 2017.....	31
Tabela 06: Número de óbitos por DCV`s, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros de Gávea e Honório Gurgel – Ano 2017.....	32
Tabela 07: Porcentagem acumulada de óbitos por DCV`s nos bairros de Leblon, Ipanema, Gávea, Honório Gurgel, Santa Cruz e Pavuna considerando faixa etária – Ano 2017.....	33

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 01 Preço do metro quadrado dos imóveis dos bairros do Rio de Janeiro.....	21
Quadro 02 Renda per capita por bairro do estudo.....	22
Quadro 03 Dados de IDH dos bairros observados.....	26
Quadro 04: Maiores causas de mortalidade em 2017 por bairro conforme capítulos CID 10..	27

FIGURAS

Figura 01 Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin	15
Figura 02 Mapa da cidade do Rio de Janeiro.....	23

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	5
2. INTRODUÇÃO.....	6
3. JUSTIFICATIVA.....	8
4. OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivo geral	
4.2 Objetivos específicos	
5. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	11
6. TEMAS TRANSVERSAIS AO OBJETO DE ESTUDO.....	12
6.1 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO MAIS FREQUENTES.....	12
6.2 DETERMINANTES SOCIAIS.....	13
6.3 SITUANDO O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	14
6.4 REDE ASSISTENCIAL DO SUS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.....	16
6.5 A ESCOLHA DOS BAIRROS DA CIDADE.....	19
7. ANÁLISE DOS DADOS.....	28
7.1 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

1. RESUMO

A presente monografia visa relacionar a mortalidade por Doenças Cardiovasculares, com as condições socioeconômicas de moradores de seis bairros da cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo que correlaciona os óbitos indicados no Datasus - Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde - por doenças cardiovasculares e a condições socioeconômicas considerando o bairro de moradia. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, em torno de 30% óbitos do mundo são por doenças cardiovasculares, realidade também brasileira e da cidade do Rio de Janeiro. Este trabalho busca identificar conexões entre a mortalidade por esse grupo de doenças e as condições socioeconômicas. São analisados os dados disponíveis no Datasus, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na Secretaria de Estado de Saúde, IBGE e Instituto Pereira Passos, além de outras literaturas específicas sobre Doenças Cardiovasculares.

Palavras-Chave: Doenças Cardiovasculares; mortalidade; determinantes sociais; Cidade do Rio de Janeiro.

2. INTRODUÇÃO

Segundo Júlia Arêas Garbois et al (2017) separar o social e a saúde fere um dos princípios do SUS: a integralidade que é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei 8080, Art. 7º, IncisoII). Ainda segundo Garbois, Sodré e Dalbelle-Araújo, a posição socioeconômica do indivíduo mostra qual seria sua vulnerabilidade em relação à saúde. No Brasil essa concepção passou a ganhar maior destaque a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde onde se discutiu, entre outras questões, a ampliação do conceito de saúde. Nessa perspectiva “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (PETTRES, DA ROS, 2018, p.187). No Brasil, esse novo paradigma de saúde é conhecido como Determinação Social.

Ainda de acordo com Garbois, Sodré e Araújo as Doenças Cardiovasculares, podem ser prevenidas quando auxiliadas a políticas públicas que compreendem a integralidade da vida e são determinados por diferentes fatores entre eles: o econômico, o cultural e o ambiental (2017). O que indica que uma melhor qualidade de vida influenciaria positivamente nas condições de saúde da população.

Em 2006 foi publicado na revista de Saúde Pública um artigo que correlaciona moradia e renda ao aparecimento de Doenças Cardiovasculares. Notou-se que há “associação inversa entre condições socioeconômicas (indicadas pela renda, escolaridade e moradia) e mortalidade por DCV” “A mortalidade por DCV foi maior quando eram piores a escolaridade e a renda (correlação inversa), e maiores a taxa de pobreza e a proporção de pessoas vivendo em condições precárias de moradia (correlação direta)” (ISHITANI et al, 2006, p.688). Ou seja, quanto maior suas condições socioeconômicas, menor os riscos de Doenças Cardiovasculares. O artigo demonstra que “as condições de moradia refletem a situação socioeconômica de uma população, sendo consideradas preditoras da mortalidade”. (ISHITANI et al, 2006, p.690)

Neumann et al. (2007,p.330) trazem outras correlações entre fatores sócio, econômicos e culturais e o adoecimento por DCV`s. No artigo publicado pelos autores consta que “há estudos demonstrando que as DCV podem ser reduzidas em 30% com modificações na dieta, cuja composição pode constituir um fator de risco ou de proteção.” “A nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das coronariopatias, já que populações com

diferentes dietas apresentavam variações na mortalidade cardiovascular.” (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002, p.245).

Ainda sobre alimentação, numa entrevista à BBC, o pesquisador Carlos Monteiro da USP aponta como as propagandas podem influenciar nos hábitos alimentares. Carlos afirma que “as propagandas alimentícias permitidas no país vendem uma certa ideologia e praticidade que contamina o imaginário dos pais, verdadeiros responsáveis pela alimentação dos pequenos.” (Seibt, 2017).

A prática de exercícios físicos é outro elemento fundamental na luta contra as DCVS, uma vez que praticado ajuda na prevenção e no tratamento. “A atividade física regular também pode atenuar o estresse emocional crônico e outros fatores psicossociais relacionados às DCV” (RIQUE; SOARES; MEIRELLES,2002, p.251). No entanto, nem sempre é fácil praticar exercícios físicos, assim como se alimentar adequadamente. Na pesquisa realizada por Valéria Barbosa Gomes Kamile Santos Siqueira Rosely Sichieri, et al(2001, p.972) relatou-se que “em todas as faixas etárias as mulheres realizam atividade física de lazer ou esporte com menor frequência.” Dado que pode estar associado às múltiplas jornadas que as mulheres devem desenvolver. Outro dado considerável desse artigo é que “quanto maior o grau de escolaridade, maior é a frequência de atividade física de lazer nos dois sexos.” (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001, p.972 et al). Ademais pesquisas indicam que adultos que tiveram práticas físicas na infância conseguiram manter na fase adulta. (ALVES et al,2005)

3. JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS BRASIL, 2017) as doenças cardiovasculares, que compreendem as afecções do coração e da circulação, são a principal causa de morte no mundo. De acordo com a OPAS as doenças cardiovasculares incluem: Doença coronariana, Doença cerebrovascular, Doença arterial periférica, Doença cardíaca reumática, Cardiopatia congênita, Trombose venosa profunda e embolia pulmonar. A Organização usa como definição geral as doenças cardiovasculares como: um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos.

No estado e na cidade do Rio de Janeiro essa realidade é muito parecida. Em 2017 o percentual de mortes por doenças cardiovasculares foi de 27,88% no Estado e 28,45% na Cidade. (Datusus, 2017).

No entanto, é possível saber se essas doenças acometem, da mesma forma grupos de diferentes espaços sociais? Estudos científicos veem apontando que “o estresse e as inflamações arteriais causadas pela falta de dinheiro e pela violência seriam os principais vilões das pessoas com nível socioeconômico baixo”. (METRÓPOLES, 2019)

De acordo com Bradziack e Moura:

sabe-se também que a saúde é um direito interligado a vários outros: educação, lazer e segurança, por exemplo. Por isso, caso outras políticas públicas não estiverem em conjunto com as políticas públicas de saúde, a saúde jamais será um objetivo conquistado. Sendo assim, o estudo dos fatores sociais que interferem, positiva ou negativamente, na saúde, faz-se imprescindível. (Bradziack e Moura, 2010, p. 69)

E é dentro desse contexto, que esse trabalho busca associar os índices de mortalidade por Doenças Cardiovasculares com questões socioeconômicas. Serão utilizados dados do DataSus, do ano de 2017, referentes aos acometimentos por doenças do sistema circulatório – Capítulo IX, CID¹ 10² - dos seis bairros em estudo e dados do IBGE dos censos de 2000 e 2010. Também serão utilizados dados da Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde do RJ, Instituto Pereira Passos e IBGE.

1 CID – Código Internacional de Doenças.

2 Doenças que compõem o Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório: 1.1 Febre reumática aguda; 1.2 Doenças Cardíacas Reumáticas Crônicas; 1.3 Doenças hipertensivas; 1.4 Doenças isquêmicas do coração; 1.5 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar; 1.6 Outras formas de doença do coração; 1.7 Doenças cerebrovasculares; 1.8 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares; 1.9 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte; 1.10 Outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório

4. OBJETIVOS

4.1 – Objetivo Geral

Analisar, em conjunto, o contexto socioeconômico dos moradores de seis bairros da cidade do Rio de Janeiro e as ocorrências de morte por Doenças Cardiovasculares nesses bairros.

4.2 – Objetivos Específicos

- Sistematizar o perfil de mortalidade por Doenças Cardiovasculares em seis bairros do município do Rio de Janeiro.
- Correlacionar o perfil de mortalidade com o contexto socioeconômico nesses bairros.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

A abordagem escolhida para a pesquisa foi a quali-quantitativa. Além da leitura e apropriação de bibliografia sobre Doenças Cardiovasculares foram analisados os dados do DATASUS; prefeitura do Rio de Janeiro; Secretaria de Estado de Saúde RJ (SES RJ); IBGE e Instituto Pereira Passos.

No DATASUS foram analisados os dados de mortalidade por Doenças do aparelho circulatório – Cap. IX - nos bairros no município do Rio de Janeiro no ano de 2017. A partir do recorte municipal, foram extraídos os dados dos seis bairros do estudo. Na base de dados do IBGE foram extraídos dados socioeconômicos também dos seis bairros estudados. No site da Prefeitura do Rio de Janeiro, da SES RJ e do Instituto Pereira Passos foram extraídos dados sobre assistência à saúde no município.

Após a análise individualizada dos dados extraídos de cada uma dessas bases foram realizadas análises associativas dos dados de saúde e dos socioeconômicos. Os resultados estão apresentados em tabelas, gráficos e de forma discursiva.

6. TEMAS TRANSVERSAIS AO OBJETO DO ESTUDO

6.1 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO MAIS FREQUENTES

As Doenças do Aparelho Circulatório vêm correspondendo em torno de 30% dos óbitos no mundo (OPAS, 2017), abrangendo um número importante de doenças conforme o Código Internacional de Doenças (CID).

A hipertensão causa anualmente a morte de 9,4 milhões de pessoas no mundo e é responsável por 45% dos ataques cardíacos e 51% dos derrames cerebrais. O excesso de sal ajuda a reter líquidos e aumentar o volume e a pressão sanguíneos. O sangue bombeado com mais força agride o revestimento dos vasos (endotélio), provoca pequenas cicatrizes e contribui para o entupimento das artérias. (G1,2013).

Portanto, mesmo com a doença os indivíduos devem se atentar aos hábitos alimentares, já que uma melhor alimentação auxilia numa melhor condição de vida aos que possuem a doença.

Já as doenças do aparelho circulatório que se destacaram por liderarem as causas de óbitos dentro desse grupo foram o Acidente Vascular Cerebral e a doença Isquêmica do Coração.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) acontece quando vasos que levam sangue ao cérebro entopem ou se rompem, provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea. É uma doença que acomete mais os homens e é uma das principais causas de morte, incapacitação e internações em todo o mundo.(SAÚDE.GOV)

Já a Doença Isquêmica do Coração “são dores ou desconfortos no peito, que ocorrem quando uma parte do coração não recebe sangue suficiente para bombear de maneira adequada. Isso ocorre devido à formação de placas gordurosas nas artérias, que diminuem o fluxo de sangue que passa pelo coração. As principais causas das isquemias no coração são diabetes, hipertensão, colesterol alto e pessoas que tenham histórico de problemas cardíacos na família.”(SAÚDE SÃO PAULO)

Para o Ministério da Saúde, esse perfil de mortalidade mostra mudanças que refletem a urbanização rápida e desenvolvimento do país - no passado, o que mais matava no país eram as doenças infecciosas e parasitárias, tais como as diarreias,

tuberculose, malária, entre outras. Ao separar por causas específicas, dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) se destaca como a causa que mais mata. Em 2005, 90.006 pessoas morreram por essa causa. Isso representa 31,7% das mortes decorrentes de problemas circulatórios e 10% dos óbitos totais do país. A segunda maior causa específica de óbito no Brasil é a Doença Isquêmica do Coração, principalmente o infarto agudo do miocárdio, que também pertence ao grupo das circulatórias. Em 2005, 84.945 pessoas perderam a vida por causa do infarto-9,4% do total de mortes do país. Na avaliação das 10 primeiras causas de mortes no país, estão outras duas doenças circulatórias. A doença hipertensiva e a insuficiência cardíaca ocupam o 8º e 9º lugar, com 33.487 (3,7%) e 31.054 (3,4%) mortes, respectivamente. (ENSP.FIOCRUZ, 2007)

6.2 - DETERMINANTES SOCIAIS

As interrelações entre condições de vida e saúde, vem sendo estudadas de forma sistematizada na América Latina desde o final da década de 70, a partir da dificuldade médica de explicar qual era a causalidade do aparecimento de doenças nos países industrializados. A corrente de medicina social latino-americana trouxe contribuições importantes a esse questionamento. A corrente de medicina social latino-americana trouxe pensamentos sociais para complementar as ideias da época que discutiam a saúde pública devido aos estudos nessa área.

Mais recentemente esses estudos e correlações passaram a ganhar maior relevância e reapareceram sob a chancela de Determinantes Sociais da Saúde.

As discussões reaparecem sob a chancela de ‘determinantes sociais da saúde’ (DSS), no sentido de fomentar um intenso debate cujo foco principal de análise incide sobre o tema ‘desigualdades’, por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (ALMEIDA-FILHO, 2010)

Em 2010 Organização Mundial da Saúde já implementou o modelo construindo assim um novo paradigma de determinantes sociais. A notabilidade dada aos determinantes sociais justifica-se pela exclusão da fragmentação entre o social e a saúde. E para o Sistema Público

de Saúde é mais notório ainda porque separar o social da saúde fere o princípio da Integralidade. (GARBOIS; SODRÉ; ARAUJO, 2017)

A definição de determinantes sociais é segundo a Comissão para Determinantes sociais da Saúde (2010, pag.66) circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, circunstâncias tais que são moldadas, por outro lado, por ‘forças de ordem política, social e econômica’ percebe-se que o princípio de integralidade é ferido, ou seja para conseguir cumprir os objetivos e metas do Sistema Público é necessário levar o social em consideração quando trata-se de saúde.

Nesse contexto, Solar e Irwin (2010, pag.67) estabeleceram um novo modelo de Determinantes Sociais (figura 1) onde as “posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais.”

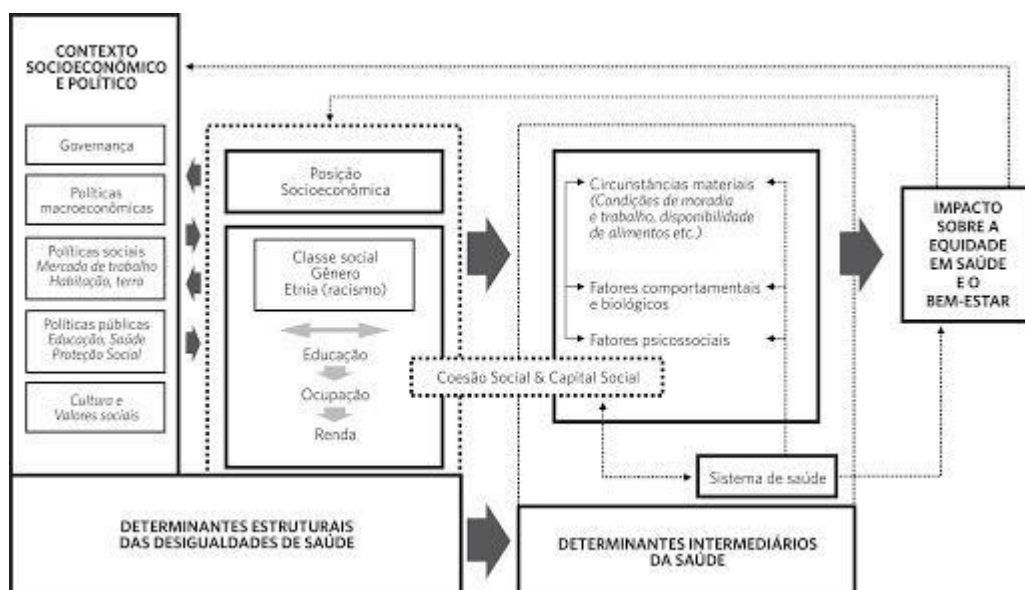


Figura 1: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin

Fonte: SOLAR; IRWIN, 2010

Para esse estudo houve um recorte de quais Determinantes Sociais analisar em relação à aparição de Doenças Cardiovasculares nos objetos de estudo selecionados.

6.3 SITUANDO O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Assim como em todos os outros entes federados, o Estado do Rio de Janeiro está integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS e é regulado, sobretudo, no campo da saúde, pela Constituição Federal (Artigos 196 a 200) e a Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Entre os 55 artigos da Lei no 8080, destaca-se aqui os artigos 2º, 3º e 7º:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

Em atendimento a esses princípios, diretrizes e regulamentação, no caso da Cidade do Rio de Janeiro, de modo organizacional a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ) reafirma que “aos municípios cabe à assistência da Atenção Primária e o atendimento de urgência e emergência. Dessa forma, a SMS cumpre seu papel na organização do sistema. O município do Rio também é gestor pleno do SUS na cidade do Rio.” (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO)

Ruben Araújo de Mattos (2009, pag.771) traz também os princípios do Sistema Único de saúde que são: “a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.”

Dentre esses princípios destacamos nesse trabalho o princípio de integralidade e o da equidade. “A noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença.” (SPOSATI,1999, p.198)

No Brasil, a integralidade apareceu no discurso governamental através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e das AIS. Nesse âmbito, o seu sentido estava relacionado à articulação entre prevenção e assistência. Os textos que alimentaram as discussões da 8ª CNS apontavam para este princípio. Posteriormente, a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (PAIM; SILVA, 2010)

Enquanto isso, a equidade deixa mais evidente a necessidade de atenção específica para cada usuário do SUS. A partir desse princípio seria oferecido maior atenção aos que mais precisam. “Uma vítima de acidente grave passará na frente de quem necessita de um atendimento menos urgente, mesmo que esta pessoa tenha chegado mais cedo ao hospital.” (PENSESUS.FIOCRUZ)

No artigo de Campos, 2006, revelou-se a importância do entendimento do conceito de equidade no SUS, assim como a busca por conseguir fazer com que o conceito seja colocado em prática, enfrentando as dificuldades que não estão previstas no conceito. Para o autor, a importância do conceito acompanha-se em garantir que os serviços de saúde cheguem ao alcance de todos, mesmo em um país com extensa área territorial.

A busca da equidade deverá ser permanente, considerando sempre as múltiplas dimensões do conceito. Um trabalho permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária. Um projeto somente sustentável em um contexto sócio-histórico em que a vida das pessoas seja o bem mais valioso, entre todos. (CAMPOS, 2006, p. 32)

Ainda sobre equidade, Evans nos traz:

Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde (Evans et al, 2002)

“A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão da Prefeitura do Rio de Janeiro responsável por reformular e executar a política municipal de saúde e, como gestora plena do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, garantir o atendimento universal da população, conforme os preceitos do SUS. É a SMS que, diante do conhecimento das características e demandas próprias da população carioca, organiza as prioridades da saúde pública da cidade, dentro do que é previsto nas políticas públicas e serviços ofertados pelo SUS.” (SITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ACESSO EM: 14 DE SET. 2020)

Sua rede assistencial compreende Clínicas de Família, Centros Municipais de Saúde, Policlínicas, CAPS, Centros de Urgência e Emergência, Hospitais Especializados e Maternidades.

Em parceria com o município do Rio de Janeiro, governos estadual e federal completam a rede assistencial no município. (SITE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ACESSO EM: 14 DE SET 2020)

Considerando o objeto do estudo estão sendo apresentados, em anexo, discriminadas, as Clínicas de Família e Centros Municipais de Saúde por bairros de estudo, as Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Urgência e Emergência (UPAs e CERs – Coordenação de Emergência Estadual) por bairro de estudo e por zona (Centro-Sul, Norte e Oeste) e hospitais gerais e especializados por zonas (Centro-Sul, Norte e Oeste). Os dados consolidados estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Rede Assistencial e número de leitos nas regiões da cidade do Rio de Janeiro

Região da Cidade	População (dados populacionais 2010)	Nº de UPA`s	Nº de CER`s	Nº de Hospitais com amplo atendimento ²	Nº de leitos
Centro Sul ¹	1.303.785	4	2	11	1.003
Norte	2.645.526	13	1	9	478
Oeste	2.371.135	13	4	7	1.052

Fonte: referente a rede assistencial: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. ACESSO EM 26 DE AGOSTO DE 2020

Obs. 1 -Foram incluídas na região Centro-Sul além dos bairros da Zona Sul e Central, os bairros que compõem as regiões administrativas da “Grande Tijuca”, São Cristóvão e Benfica; 2 – Esses hospitais estão denominados e discriminados no site da SES RJ como Hospitais Gerais.

Conforme dados da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro disponíveis em seu site, a possibilidade de assistência às comorbidades, urgências e emergências relacionadas às DCV's, a estrutura de atendimento no SUS na Cidade do Rio de Janeiro inicia-se na Clínicas da Família e nos Centros Municipais de Saúde podendo os usuários, de acordo com a necessidades serem encaminhados aos hospitais especializados, e, quando necessário em casos de urgência e emergência, aos centros de atendimento de urgência e emergência (UPAs, CERs e hospitais de emergência).

Nas Clínicas da Família e nos Centros Municipais de Saúde os usuários recebem atendimento com o objetivo de prevenir e realizar o diagnóstico precoce das doenças. Também são realizadas nas unidades de atenção básica ações de promoção da saúde. Nas unidades de atenção básica, além das consultas individuais eles realizam outras atividades entre elas o acompanhamento de doenças crônicas. (SMS RJ)

Em caso de urgências e emergências os usuários devem ser encaminhados às UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), CERs (Coordenação de Emergência Regional) e hospitais que possuem atendimento de emergência considerando os casos mais graves, buscando salvar vidas em risco imediato.

O município do Rio conta com 14 UPAs municipais e 16 estaduais, 7 CREs, que funcionam sempre ao lado de um grande hospital de emergência.

Quanto aos hospitais de emergência, a Secretaria Municipal de Saúde conta com oito hospitais nas principais áreas de planejamento da cidade: Centro, Méier, Leblon, Barra da Tijuca, Santa Cruz, Ilha do Governador, Realengo e Campo Grande, mais outras duas unidades de pronto atendimento, em Botafogo e Irajá. A rede de hospitais de emergência na cidade do Rio de Janeiro conta ainda com unidades geridas pelos governos estadual e federal.

Tratando-se de Doenças Cardiovasculares o Rio de Janeiro possui o segundo centro que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil. O Instituto Nacional de Cardiologia é a referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade. “No campo da pesquisa, foi escolhido pelo Ministério da Saúde como coordenador do maior

estudo multicêntrico já realizado no país na área de terapias celulares em cardiopatas e desenvolve pesquisas clínicas em diversas áreas de diagnóstico e tratamento em cardiologia.” O Instituto localiza-se no endereço Rua Das Laranjeiras, 374 e desde os anos 2000 é centro de referência do Ministério da Saúde. (INC, 2015)

O Instituto dispõe de 165 leitos, sendo 60 de UTI, com 4 mil internações anuais, 1200 cirurgias e 50 mil consultas médicas. O INC investe também na incorporação das mais modernas tecnologias disponíveis no mundo como o implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI), ecocardiografia tridimensional, testes genéticos de última geração, entre outros. (INC, 2015)

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde (2013)

“as ações para prevenção de agravos cardíacos, compreendem ações de promoção, prevenção e identificação precoce de fatores de risco junto à comunidade, assim como ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para os Serviços Especializados.”

Portanto, levar em consideração os determinantes sociais auxilia as redes públicas de saúde na luta contra as Doenças Cardiovasculares.

Além disso, o Estado do Rio de Janeiro conta com um hospital especializado em cardiologia: o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, situado no bairro do Humaitá, também na cidade do Rio de Janeiro. O Instituto é uma unidade da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e tem como objetivo fornecer suporte cardiológico em diversos níveis de complexidade.

6.5 A ESCOLHA DOS BAIRROS DA CIDADE

Para esse estudo foram escolhidos seis bairros da cidade do Rio de Janeiro que compreendem os três bairros com o metro quadrado mais valorizado e os três bairros com o metro quadrado menos valorizado da cidade segundo dados de 2019 da Revista Qualimóvel. São eles respectivamente, Leblon, Ipanema e Gávea num extremo e Pavuna, Santa Cruz e Honório Gurgel no outro extremo. Segundo os dados coletados, há uma diferença de valores

do m² entre esses bairros de mais de 800% o que imediatamente retrata condições muito díspares, de acesso a recursos financeiros, dos moradores desses seis bairros. (DIARIODORIO,2019).

Tabela de preços dos metros quadrados de imóveis dos bairros da Cidade do Rio de Janeiro em 2019

Quadro 1 – Preço do metro quadrado dos imóveis dos bairros do Rio de Janeiro

Mais caros (m ²)		Valorização em 12 meses
Leblon (Zona Sul)	R\$ 21.416,00	-1,9%
Ipanema (Zona Sul)	R\$ 19.921,00	-0,7%
Gávea (Zona Sul)	R\$ 16.281,00	-0,5%
Mais baratos (m ²)		Valorização em 12 meses
Honório Gurgel (Zona Norte)	R\$ 3.008,00	-3,9%
Santa Cruz (Zona Oeste)	R\$ 2.834,00	4,8%
Pavuna (Zona Norte)	R\$ 2.332,00	7,4%

Fonte: QUALIMÓVEL, 2019

Além do valor do m² nos seis bairros, a tabela traz o percentual de valorização dos imóveis nos 12 últimos meses, referente a data de corte do estudo. Nesse contexto, os 3 bairros com m² mais caro sofreram pequenas variações negativas em contraposição ao que ocorreu nos dois bairros com o m² mais baixo, onde houve aumento significativo no valor do m² em 12 meses. A tabela traz ainda a localização dos bairros por zona. Nota-se que o três bairros com o maior valor de m² pertencem à Zona Sul, zona residencial mais próxima do centro da cidade e os outros três bairros pertencem, dois deles à Zona Norte, região que tem a distância média dos bairros ao centro da cidade superior aos do da Zona Sul, sendo que o terceiro bairro situa-se na Zona Oeste, zona com a maior distância média do centro da cidade; sendo que o bairro de Santa Cruz é o bairro mais distante do centro da cidade.

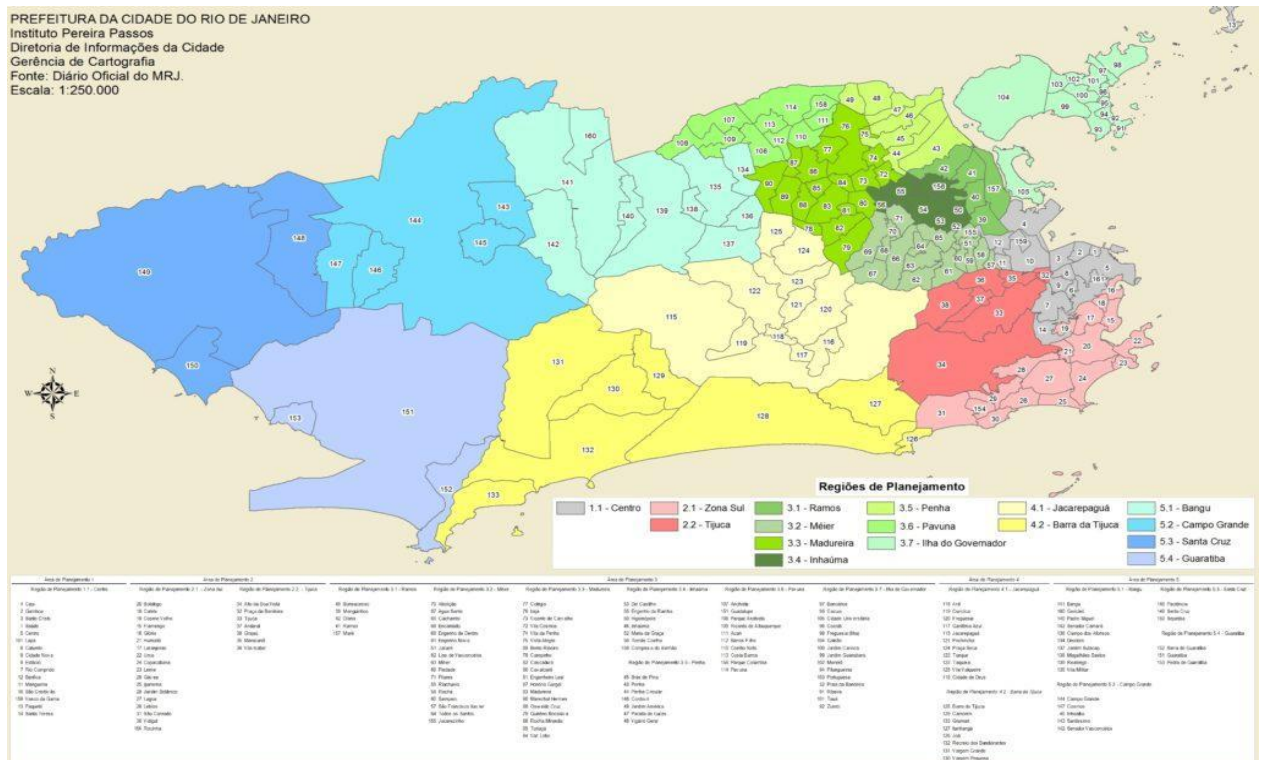
Ainda sobre aspectos econômicos, a tabela 4, traz dados sobre renda per capita nos bairros do estudo. Observa-se que as condições de renda são bastante proporcionais aos valores do m². Indicando que, quanto maior a renda per capita dos habitantes de determinado bairro, maior o valor do m² do imóvel desse mesmo bairro.

Quadro 2– Renda per capita por bairro do estudo

Bairro	Renda per capita
Leblon	R\$ 4.702,00
Ipanema	R\$ 4.513,00
Gávea	R\$ 3.594,00
Honório Gurgel	R\$ 603,00
Pavuna	R\$ 542,00
Santa Cruz	R\$ 448,00

Fonte: FGV

Figura 2: Mapa da cidade do Rio de Janeiro



Fonte: PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. ACESSO EM 26 DE AGOSTO DE 2020

Outro dado importante a ser analisado quando se estuda condições socioeconômicas é a distância entre as moradias e os centros comerciais, geradores de emprego e renda.

No estudo de Luciana Corrêa do Lago (2015) observa-se a organização espacial entre a periferia e a metrópole do município do Rio de Janeiro dada por fatores econômicos que alteram os comportamentos diários de seus moradores. A autora desse estudo explica partindo do ponto de vista histórico sobre a segregação do espaço. “O que se observou foi o aumento da distância social entre o centro e sua periferia, no que se refere às condições de trabalho e renda da população residente: aumento do número de trabalhadores em situação de maior vulnerabilidade em todas as áreas, mas de forma mais intensa na periferia”.

Sobre isso foi levantado, para esse estudo, distâncias médias e tempo de locomoção entre os bairros estudados e o centro da cidade do Rio de Janeiro.

Quadro das distâncias médias dos bairros do estudo, considerando os trajetos possíveis e tempo de deslocamento em transporte público.

Tabela 2: Distância e tempo de deslocamento médio dos bairros de estudo ao centro da cidade

Bairro de estudo	Distância média do bairro em estudo até o centro da cidade, se o trajeto realizado a pé (km)	Distância média do bairro em estudo até o centro da cidade, percorrida por carro, por via mais utilizada para mobilidade urbana (km)	Tempo médio de deslocamento do bairro em estudo até o centro da cidade por transporte público. Obs. Para os seis bairros foram priorizados o uso de metrô e trem
Leblon	11,9	13,3	40 min – metrô

Ipanema	10,7	12,4	34 min – metrô
Gávea	11,1	12,9	56 min – metrô
Honório Gurgel	22,7	24	1h07min – trem e ônibus
Santa Cruz	56,7	64,6	2h01min – trem e ônibus
Pavuna	25	26,3	1h12min – metrô

Fonte: GOOGLE MAPS, 25 DE AGOSTO DE 2020

Observa-se mais uma vez correlações entre as condições de renda e a localidade de moradia. Os três bairros com maior valor de renda per capita e de m² de imóvel são também, entre os seis bairros do estudo, os mais próximos do centro comercial da cidade do Rio de Janeiro. Estando, inclusive, praticamente equidistantes do centro da cidade.

Sobre condições de emprego, renda e moradia, estudo do Sebrae de 2010 traz, no Centro e Zona Sul, o desemprego é mais baixo (5,8%); na Zona Norte e na Oeste, a taxa é igual (8,3%). É na área do Centro e Zona Sul que o valor da renda média se destaca (R\$ 3.233). O rendimento mais baixo se situa na Zona Norte (R\$ 1.362).” (SEBRAE,2015, p.10).

O estudo do Sebrae ainda aponta que a porcentagem de pobres no Centro e Zona Sul é a menor (12,2%), seguida por Zona Norte onde essa porcentagem quase dobra ficando com 22,7% e em último ficou a Zona Oeste com 23,8%. (SEBRAE,2015).

A partir de outros indicadores, entre eles o coeficiente de Gini e o IDH, também podemos analisar o enorme distanciamento das condições socioeconômicas e ambientais entre esses seis bairros.

O Coeficiente de Gini ³ é uma medida de desigualdade e, segundo o IBGE, em 2010 no Centro e Zona Sul esse percentual era de 0,626, enquanto na Zona Norte era de 0,538 e na Zona Oeste era de 0,637. Foi constatado nesse mesmo estudo que na Zona Oeste a participação de pobres é a maior da capital, bem como o coeficiente de Gini. A Zona Sul e Zona Oeste apareceram com o coeficiente de Gini mais altos. Esses valores indicam enormes disparidades internas econômicas entre bairros da mesma Zona. A Zona Sul tem bairros com alto poder aquisitivo, no entanto há também várias favelas onde seus moradores possuem uma renda per capita bastante inferior aos moradores desses outros bairros. Assim como na Zona Sul, há uma enorme disparidade econômica entre bairros na Zona Oeste. Ex. Barra da Tijuca

de um lado e Santa Cruz do outro. Já a Zona Norte temos um menor índice de Gini com que aponta uma proximidade de renda entre seus habitantes.

Sobre o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH⁴, a tabela 7 apresenta novamente a enorme disparidade entre os bairros da Zona Sul, e os outros três bairros do estudo.

Reportagem de 2017 do G1 traz: *O bairro da Pavuna tem um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) da capital. Enquanto Leblon, área nobre na Zona Sul, que tem um dos índices de criminalidade mais baixos da capital.* (G1, 2017). Conforme pode ser visto na tabela 6, ainda pior do que o IDH do bairro da Pavuna (0,790), temos o valor de IDH do bairro de Santa Cruz (0,742). Já os três bairros da Zona Sul estudados possuem alto IDH, todos acima de 0,960.

Abaixo encontra-se os dados de IDH dos bairros estudados.

Quadro 3: Dados de IDH dos bairros observados

Bairro	IDH
Gávea	0,970
Leblon	0,967
Ipanema	0,962
Pavuna	0,790
Honório Gurgel	0,804
Santa Cruz	0,742

FONTE: WIKIPÉDIA, 2019

3 O Coeficiente de Gini consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade (no caso do rendimento, por exemplo, toda a população recebe o mesmo salário) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa recebe todo o rendimento e as demais nada recebem. Fonte: WIKIPEDIA. ACESSO EM 26 DE AGOSTO DE 2020

4 O **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** é uma unidade de medida utilizada para aferir o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade nos quesitos de educação, saúde e renda. O IDH é uma referência numérica que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de zero, menor é o indicador para os quesitos de saúde, educação e renda. Quanto mais próximo de 1, melhores são as condições para esses quesitos. Fonte: BRASIL ESCOLA. ACESSO EM 26 DE AGOSTO DE 2020.

Ainda sobre condições econômicas e sociais, há outros dois fatores que são apresentados nesse estudo. Eles dizem respeito à densidade demográfica e o número de ocupantes por domicílio. De acordo com dados do Censo 2010, e de levantamento da prefeitura do Rio de Janeiro, podemos obter as seguintes informações presentes na tabela 3.

Tabela 3: Dados populacionais e de condições de moradia dos bairros do estudo

Bairro	População (2010)	Área territorial (ha)	Número de domicílios (2010)	Densidade demográfica (habitantes/ha)	Nº de habitantes por domicílio
Leblon	46.044	215,31	22.259	213,85	2,07
Ipanema	42.743	308,49	23.018	138,55	1,85
Gávea	17.475	257,96	7.069	67,74	2,47
Honório Gurgel	21.989	137,48	7.948	159,94	2,77
Santa Cruz	217.333	12.504,43	66.087	17,38	3,28
Pavuna	120.000	831,14	33.803	144,38	3,54

Fonte: PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. ACESSO EM 26 DE AGOSTO DE 2020

Somando-se aos dados socioeconômicos dos bairros já levantados, fez-se uma busca às principais causas de morte nos bairros estudados.

Maiores causas de mortalidade em 2017 por bairro conforme capítulos CID 10

Quadro 4: Maiores causas de mortalidade em 2017 por bairro conforme capítulos CID 10

Causa (Cap CID10)	IPANEMA	LEBLON	GAVEA	HONORIO GURGEL	PAVUNA	SANTA CRUZ
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20 (4º)	20 (5º)	11 (4º)	15 (5º)	59 (5º)	106
II. Neoplasias (tumores)	114 (1º)	95 (2º)	43 (2º)	33 (2º)	121 (2º)	234 (2º)
IV. Doenças endócrinas nutricionais	15	15	6	11	40	114 (5º)

e metabólicas						
VI. Doenças do sistema nervoso	17	25 (4º)	7	6	18	28
IX. Doenças do aparelho circulatório	104 (2º)	104 (1º)	44 (1º)	56 (1º)	200 (1º)	570 (1º)
X. Doenças do aparelho respiratório	77 (3º)	55 (3º)	15 (3º)	25 (4º)	78 (4º)	219 (3º)
XI. Doenças do aparelho digestivo	21	20 (5º)	9 (5º)	10	39	92
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	19 (5º)	18	6	26 (3º)	94 (3º)	170 (4º)
Total	421	393	164	213	778	1784

Fonte: DataSUS

Obs. A tabela apresenta números absolutos por causa de mortes por bairros. Os números ordinais indicam a ordem do acometimento no referido bairro.

Corroborando com os resultados nacionais e mundiais, em 5 dos 6 bairros, as doenças do aparelho circulatório foram as que mais causaram óbitos em 2017, seguida pelas neoplasias. Em percentual, as doenças do aparelho circulatório no ano de 2017, corresponderam a 32% das mortes no bairro de Santa Cruz, 27% das mortes no bairro da Gávea, 26% das mortes no bairro do Leblon, Honório Gurgel e Pavuna, e 24% das mortes no bairro de Ipanema, onde o maior número de óbitos foi decorrente de neoplasias (27%).

Apesar da 1ª e 2ª causas de morte nos seis bairros do estudo serem praticamente as mesmas, verificamos que a 3ª causa apresenta uma mudança importante. Enquanto nos três bairros da Zona Sul e em Santa Cruz a 3ª causa de morte foram as doenças do aparelho respiratório, nos bairros de Honório Gurgel e Pavuna a 3ª causa foi o grupo de acometimentos denominados causas externas. Esse grupo/capítulo compreende os seguintes agrupamentos de causas: acidentes; lesões autoprovocadas intencionalmente; agressões; eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; complicações de assistência médica e cirúrgica; sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade; e fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificados

em outra parte. Sobre esse grupo de causas, em 2017, ele ainda aparece sendo a 4^a causa de morte no bairro de Santa Cruz e a 5^a causa de morte no bairro de Ipanema.

Estudo mais aprofundado sobre a mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório será apresentado no próximo capítulo desse estudo. Todos os dados apresentados nesse capítulo serão analisados em conjunto com os dados de mortalidade, por DCV's, por faixa etária nos bairros do estudo.

7. ANÁLISE DOS DADOS

Segundo os dados de óbitos da Prefeitura Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e do Datasus, foi possível calcular a porcentagem de mortalidade por doenças do aparelho circulatório dos bairros que são o objeto de estudo do trabalho, assim como os outros bairros da cidade. A partir dessa observação nota-se que em todos os bairros da cidade do Rio de Janeiro as porcentagens de óbitos por doenças do aparelho circulatório foram semelhantes. Todos os bairros tiveram porcentagem por volta dos 26% em relação aos óbitos por doenças do aparelho circulatório. Os dados são do ano de 2017.

No entanto, ao realizar uma análise mais detalhada, observou-se que, apesar do percentual de mortes por DCV's ser muito próximo entre os bairros, a diferença aparecia na faixa etária das mortes.

7.1 MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

As tabelas 4,5 e 6 apresentam dados sobre a mortalidade, por faixa etária, nos bairros do estudo.

Tabela 4: Número de óbitos por DCV's, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros do Leblon e da Pavuna – Ano 2017

Bairro		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+	Total
Residência	Até os 50								
026									
LEBLON	4(3,8%)	0(0%)	0(0%)	2(1,9%)	4(3,8%)	4(3,8%)	8(7,6%)	82(78,8%)	104
114									
PAVUNA	14(7%)	8(4%)	13(6,5%)	25(12,5%)	27(12,5%)	27(12,5%)	31(15,5%)	55(27,5%)	200

Fonte: DataSUS

Observa-se que, a fim de relacionar as condições socioeconômicas com a aparição de Doenças Cardiovasculares não se pode apenas observar a porcentagem de mortalidades e sim fazer uma busca mais acirrada e um dos caminhos foi buscar a faixa etária das mortes.

Quando se analisou a idade dos indivíduos, por ocasião da morte, ficou evidente as diferenças que as condições socioeconômicas podem trazer a vida dos indivíduos.

Segundo Pedro Carrapato, Pedro Correia e Bruno Garcia (2017, pag.676) “para além dos fatores médicos, existem outros que afetam ou influenciam de forma determinante a saúde dos indivíduos. Esta influência é de tal forma, que se estima atualmente ser superior quando comparada com fatores que estão ao alcance da medicina.” Esses fatores ficam mais perceptíveis quando no Leblon das 104 mortes registradas por doenças do aparelho circulatório, 82 ocorreram com pessoas acima dos 80 anos. Já no bairro da Pavuna das 200 mortes por doenças do aparelho circulatório apenas 55 foram de pessoas acima dos 80 anos. Ou seja, menos de 22% das mortes por doenças do aparelho circulatório no Leblon acometeram pessoas com idade abaixo de 80 anos, enquanto na Pavuna esse índice supera os 72% (Dados da tabela 10).

Com a intenção de mostrar que essa oscilação de dados não é uma particularidade dos bairros Leblon e Pavuna em seguida há outra comparação, dessa vez entre Ipanema e Santa Cruz, que são respectivamente os segundos bairros com o metro quadrado mais caro e mais barato da cidade do Rio de Janeiro. Ver tabela 5.

Tabela 5: Número de óbitos por DCV's, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros de Ipanema e Santa Cruz – Ano 2017

Bairro	Residência	Até os 49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+	Total
025 IPANEMA		1 (1%)	5 (4,8%)	6 (5,8%)	2 (2%)	5 (4,8%)	6 (5,8%)	8 (7,6%)	71 (68%)	104
149 SANTA CRUZ		71 (12,4%)	33 (5,8%)	41 (7,2%)	71 (12,4%)	80 (14%)	74 (13%)	74 (13%)	126 (22%)	570

Fonte: DataSUS

Mais uma vez os dados analisados mostram uma enorme desigualdade de mortalidade quando comparamos as faixas etárias. A partir dos dados sistematizados, observa-se que, em Ipanema, até os 49 anos, a mortalidade foi de 1%, enquanto no bairro de Santa Cruz, essa

mortalidade já apresentava uma taxa de 12,4%. Observa-se ainda que, no Bairro de Ipanema, a mortalidade nas faixas entre 50 e 74 anos ficou em torno dos 5% por faixa, enquanto em Santa Cruz, apesar de uma diminuição no percentual de mortes entre 50 e 59 anos - 5,8% (de 50 a 54 anos) e 7,2% (de 55 a 59 anos), a partir dos 60 anos essas taxas começam a crescer novamente (12,4% de 65 a 69 anos, 13% de 70 a 74 anos e 13% de 75 a 79 anos). Esses percentuais estão muito acima da faixa dos 5% de Ipanema. Essas diferenças ganham ainda maior destaque quando comparamos o percentual de mortes acima dos 80 anos: 68% em Ipanema e 22% no bairro de Santa Cruz. Ou seja, entre os que morreram por DCV's nos dois bairros, em Santa Cruz, 78% morreram antes dos 80 anos enquanto em Ipanema esse percentual foi de 32%.

Em seguida foi realizada uma comparação entre os bairros da Gávea e de Honório Gurgel que também possuem uma grande oscilação entre os valores do metro quadrado.

Tabela 6: Número de óbitos por DCV's, por idade, em absoluto e em percentual, nos bairros de Gávea e Honório Gurgel – Ano 2017

Bairro	Residência	Até os 49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e+	Total
029						6	5	1	21	
GAVEA	3 (6,9%)	4 (9%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)		(13,6%)	(11,3%)	(2,2%)	(47,7%)	44
087					7	6	7	9	17	
HONORIO		2 (3,5%)	4 (7,1%)		(12,5%)	(10,7%)	(12,5%)	(16%)	(30%)	56
GURGEL	4 (7,1%)									

Fonte: DataSUS

Considerando dados populacionais e de moradia, entre os bairros de maior e menor valor de m², os bairros da Gávea e de Honório Gurgel são os que mais se aproximam nesse estudo. Essas aproximações também aparecem quando comparamos percentual de mortes por faixa etária entre os dois bairros. Se há uma enorme discrepância quando comparamos os percentuais de morte, por faixa etária, do Leblon e de Ipanema com os da Pavuna e de Santa Cruz, essa grande discrepância não aparece quando comparamos os dados da Gávea e de Honório Gurgel. O bairro da Gávea é o que apresenta percentuais de mortes mais elevados

por faixa etária, até 79 anos, comparando os três bairros da Zona Sul. Já Honório Gurgel é o que apresenta as menores taxas por morte, até 79 anos, em comparação com Pavuna e Santa Cruz. Fato bastante intrigante é o alto percentual de mortalidade no bairro da Gávea considerando as faixas que vão até 59 anos. No bairro esse percentual em 2017 foi de 20,4%. Muito diferente dos outros dois bairros estudados situados na Zona Sul da Cidade onde, em Ipanema, o percentual acumulado até 59 anos foi de 11,8% e no Leblon 3,8%. Esse percentual da Gávea (20,4%) inclusive foi superior ao bairro de Honório Gurgel, onde o percentual é de 17,7% e da Pavuna que é de 17,5%. Considerando os 6 bairros do estudo o percentual de mortes por DCV's até 59 anos no bairro da Gávea, fica inferior apenas ao percentual do bairro de Santa Cruz que foi de 25,4%.

Tabela 7: Porcentagem acumulada de óbitos por DCV's nos bairros de Leblon, Ipanema, Gávea, Honório Gurgel, Santa Cruz e Pavuna considerando faixa etária – Ano 2017

Bairro	% de mortes acumulado até 49 anos	% de mortes acumulado até 59 anos	% de mortes acumulado até 69 anos	% de mortes acumulado até 79 anos	% de mortes após 80 anos
Leblon	3,8	3,8	9,5	20,9	78
Ipanema	1	11,6	18,4	31,8	68
Gávea	6,9	20,4	38,5	52	47,7
Honório Gurgel	7,1	17,7	40,9	69,4	30
Santa Cruz	12,4	25,4	51,8	77,8	22
Pavuna	7	17,5	42,5	70,5	27,5

Obs. Devido a aproximações de valores quando da transformação dos valores absolutos de número de mortes para números em percentual, a soma dos valores em percentual, discriminados nas linhas, se aproxima de 100%, mas não coincide. Há diferenças residuais. A tabela foi montada pela autora.

A tabela 7 apresenta o percentual acumulado de mortes por DCV's por faixa etária. Analisando o percentual acumulado até 79 anos, observa-se que o Bairro Santa Cruz é o que apresenta as mortes por DCV's mais precoces, seguida de Pavuna e Honório Gurgel. Já os bairros da Zona Sul apresentam percentuais superiores quando o dado analisado é o número

de mortes após 80 anos, sendo que o bairro do Leblon apresenta as melhores taxas seguido por Ipanema e Gávea.

Se compararmos os dados de renda per capita e moradia, com os percentuais de mortalidade por faixa etária, eles irão indicar que quanto maior a renda per capita, menor a chance de morte precoce por Doenças Cardiovasculares; o que nos indica que as condições econômicas influenciam diretamente na saúde por Doenças Cardiovasculares.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da grande incidência de bibliografias sobre assuntos relacionados às Doenças Cardiovasculares, não havia um estudo específico sobre esses seis bairros que foram objetos de estudo nesse trabalho.

Além disso, foi de suma importância o estudo de óbitos por faixa etária, uma vez que o percentual geral não daria as análises que foram concebidas nessa monografia.

O estudo mostrou que os bairros com menor IDH, que são também os com valores de metro quadrado mais baixo, mais distantes do centro comercial da cidade e com menor valor de renda per capita, foram os bairros com mortes mais precoces de Doenças Cardiovasculares. É no bairro de Santa Cruz que se encontra os piores resultados em relação a morte por Doenças Cardiovasculares, também é o bairro com maior distanciamento do centro da cidade, menor renda per capita e menor IDH. No bairro, 77,8% das mortes por DCV's acometeram, em 2017, a população de até 79 anos. Sendo que até 69 anos, 51,8% dos óbitos já tinham ocorrido. Esses dados contrastam de forma bárbara aos percentuais do Leblon. Bairro com o m² mais caro da cidade e com maior renda. Enquanto em Santa Cruz, 77,8% dos óbitos por DCV's ocorrem, em 2017, até 79 anos, no Leblon, foi exatamente o oposto. Onde, em 2017, 78% dos óbitos ocorreram em residentes com 80 anos ou mais.

A análise dos dados coletados indicou que o número de mortes por faixa etária precoce foi inversamente proporcional às condições socioeconômicas. Ou seja, quanto maior o número de mortes precoce, menor a renda, menor o valor do m² dos imóveis, menor o IDH e maior a distância do bairro ao centro da cidade. Por outro lado, quanto maiores os valores de renda e do metro quadrado, menor foi a porcentagem acumulada de mortes até 79 anos.

O estudo trouxe ainda questões a serem amplamente discutidas como a disponibilidade de leitos por zona da cidade. Sobre isso foi observado que, a Zona Norte, que é a região mais populosa da cidade, tem o menor número de leitos na cidade. A tabela 2 demonstrou que a Zona Sul, área com metro quadrado mais caro, e com população 50% menor do que a da Zona Norte, tem mais que o dobro de leitos que o número registrado na Zona Norte. Se considerarmos dados de população com dependência exclusiva ou parcial do SUS para assistência à saúde, a partir da análise de possibilidade de acesso à assistência privada, que está diretamente associada às condições de renda, esse dado pode ser ainda mais

agravado. Agregando esses dados à análise geral das condições de assistência, a Zona Norte precisaria de um número muito superior de leitos ao disponibilizado na Zona Sul.

Ainda no estudo observamos a enorme diferença entre os percentuais de morte por faixa etária da Gávea quando comparamos com Ipanema e Leblon, mesmo observando que o IDH da Gávea é maior do que o do Leblon e Ipanema. Dessa forma, é sugerível estudos mais aprofundados começando pela análise dos números de anos anteriores e posteriores a 2017. Também sugere-se que sejam realizados estudos comparando percentuais de morte por faixa etária e valores de renda e IDH. A hipótese é que, comparando os índices de morte por DCV às condições socioeconômicas, as condições econômicas possam se sobrepor às condições sociais. Nesse estudo pode-se observar que, em 2017, os percentuais de morte por faixa etária foram um espelho das condições de renda.

Os dados obtidos neste estudo corroboram com vários estudos publicados que correlacionam condições socioeconômicas com condições de saúde. Aqui ganha destaque os estudos ISHITANI et al, 2006, que correlacionam condições de moradia e renda com o aparecimento de Doenças Cardiovasculares. Assim como este estudo, os autores notaram que há condições inversas entre as condições socioeconômicas e a mortalidade por DCV. Os dados coletados neste estudo sobre condições de moradia, renda e assistência dialogam também, diretamente, com os estudos de Garbois, Sodré e Dalbelle-Araújo (2017) quando indica que a posição socioeconômica do indivíduo mostra qual seria sua vulnerabilidade em relação à saúde.

Concluindo as análises, por ser um trabalho acadêmico de nível médio-técnico, é preciso ressaltar algumas limitações do mesmo, principalmente pelo recorte temporal quando da sistematização de dados do DataSUS, que são somente de 2017. Sugere-se que novos estudos devam ser realizados ampliando essa base temporal e possibilitando análises mais abrangentes para a cidade do Rio de Janeiro de forma que esses estudos possam subsidiar políticas públicas de saúde que contemplem a equidade e a integralidade na assistência, assim como políticas de renda, emprego e moradia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADZIACK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/51/114>> Acesso em: 14 de set. 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 14 de set de 2020

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 23-33, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 15 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.

CHAVES, Glaucia. Pessoas mais pobres, têm maior risco cardiovascular, afirma pesquisa. **Metrópoles**. 2019. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/saude/pessoas-mais-pobres-tem-maior-risco-cardiovascular-afirma-pesquisa>> Acesso em 14 de set de 2020.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. '**Saúde Brasil 2007 - uma análise da situação de saúde**': estudo aponta perfil da mortalidade do brasileiro. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=13933&id=27>> Acesso em 14 set. 2020

EVAN, T. ;WHITEHEAD, M. ; DIDERICHSEN, F. ; BHUIVA, A. ; WIRTH, M. Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción. Funfación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n 585, 2002.

FECOMÉRCIO RIO DE JANEIRO. **Rio em números**. Rio de Janeiro. Dezembro,2018. Acessado através de <http://www.fecomercio-rj.org.br/sites/default/files/fecomercio-rio/files/pagina_arquivo/rio_em_numeros_an01_numero01_print_completo_ifec_0.pdf> Acessado em: 04 Nov.2019

FGV. **R\$ Renda per capita - População Total e Favelas Bairros - Rio de Janeiro**. 2010. Acessado através de <<https://cps.fgv.br/r-renda-capita-populacao-total-e-favelas-bairros-rio-de-janeiro>> Acessado em: 24 Set. 2020

G1. **Hipertensão mata 9,4 milhões de pessoas todos os anos, diz OMS.** Abril,2013. Disponível em:<[GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 112, p. 63-76, Mar. 2017 . Available from <\[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso\]\(http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso\)>. access on 23 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.](http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/04/hipertensao-mata-94-milhoes-de-pessoas-todos-os-anos-diz-oms.html#:~:text=Doen%C3%A7as%20cardiovasculares%20matam%20anualmente%2017%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas.&text=A%20hipertens%C3%A3o%20causa%20anualmente%20a,pela%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde.>
>. Acesso em 14 set. 2020</p>
</div>
<div data-bbox=)

GOMES, Valéria Barbosa; SIQUEIRA, Kamile Santos; SICHIERI, Rosely. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 969-976, Aug. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400031&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400031>.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Fundação Saúde**. Disponível em: <<http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/unidades-hospitalares/iecac/>> Acesso em 14 set. 2020

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. Disponível em: <https://inc.saude.gov.br/htm/inc.htm> Acesso em: 24 set. 2020

ISHITANI, Lenice Harumi et al . Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 684-691, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500019&lng=en&nrm=iso>. access on 15 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500019>.

KOHLMANN JR., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 247-249, Aug. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-

27301999000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Sept. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000400002>.

LAZZOLI, José Kawazoe et al . Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 4, n. 4, p. 107-109, Aug. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921998000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921998000400002>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** Acessado através de: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>> Acessado em: 14 Set. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e diagnóstico.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/cardiologia-cirurgia-cardiaca/prevencao-e-diagnostico#:~:text=As%20a%C3%A7%C3%B5es%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de,necess%C3%A1rio%20para%20os%20Servi%C3%A7os%20Especializados.>> Acesso em 14 set. 2020

MONTEIRO, Carlos Augusto. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo , v. 17, n. 48, p. 7-20, Aug. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200002>.

Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(5):329–39.

OLIVEIRA, Alberto Alves. Doenças Cardiovasculares: trabalho e aposentadoria por invalidez. **BVSMS**, São Paulo. 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=283211&indexSearch=ID#refine>> Acesso em: 30 set.2019

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares.** Maio, 2017. Disponível

em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em 26 mar. 2019

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2020.

PENSESUS.FIOCRUZ. **Equidade.** Disponível em <[PETTRES, Andreia Assmann; DA ROS, Marco Aurélio. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE e A PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, \[S.l.\], v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. ISSN 18064280. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>>. Acesso em: 23 set. 2019.](https://pensesus.fiocruz.br/equidade#:~:text=Equidade%20%C3%A9%20um%20dos%20princip%C3%ADpios,de%20igualdade%20e%20de%20justi%C3%A7a.&text=Por%20esse%20princip%C3%ADpio%2C%20uma%20v%C3%ADtima,chegado%20mais%20cedo%20ao%20hospital.> https://pensesus.fiocruz.br/equidade#:~:text=Equidade%20%C3%A9%20um%20dos%20princip%C3%ADpios,de%20igualdade%20e%20de%20justi%C3%A7a.&text=Por%20esse%20princip%C3%ADpio%2C%20uma%20v%C3%ADtima,chegado%20mais%20cedo%20ao%20hospital.>> Acesso em 14 set. 2020</p>
</div>
<div data-bbox=)

PORTAL DO GOVERNO DE SÃO PAULO. **Ressuscitação cardiopulmonar: aprenda a fazer e ajude a salvar vidas.** Setembro, 2019. Disponível em: <[PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Conheça a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conheca-a-secretaria>> Acesso em 14 set. 2020](https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ressuscitacao-cardiopulmonar-aprenda-a-fazer-e-ajude-a-salvar-vidas/#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20isqu%C3%AAmicas%20do%20cora%C3%A7%C3%A3o,sangue%20que%20passa%20pelo%20cora%C3%A7%C3%A3o.> https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ressuscitacao-cardiopulmonar-aprenda-a-fazer-e-ajude-a-salvar-vidas/#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20isqu%C3%AAmicas%20do%20cora%C3%A7%C3%A3o,sangue%20que%20passa%20pelo%20cora%C3%A7%C3%A3o.>> Acesso em 14 set. 2020</p>
</div>
<div data-bbox=)

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/urgencia-e-emergencia>> Acesso em: 14 de set. 2020

QUALIMÓVEL. **Leblon continua liderando o ranking dos bairros mais caros do Rio.** 2019. Disponível em: <<http://www.revistaqualimovel.com.br/noticias/leblon-continua-liderando-o-ranking-dos-bairros-mais-caros-do-rio>> Acesso em: 14 set 2019

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al . Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 4, p. 547-553, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>.

RIQUE, Ana Beatriz Ribeiro; SOARES, Eliane de Abreu; MEIRELLES, Claudia de Mello. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 8, n. 6, p. 244-254, Dec. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922002000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922002000600006>.

SEBRAE. Painel regional Rio de janeiro e bairros. 2015. Acessado através de <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Sebrae_INFREG_2014_CapitalRJ.pdf> Acessado em: 14 set. 2020

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>> Acesso em: 14 set. 2020

SEIBT, Thaís. Por quê é tão difícil frear a escalada da obesidade infantil?. **BBCBrasil**, Porto Alegre. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-39659632>> Acesso em: 27 out.2019

Sposati, A. (1999). Políticas sociais nos governos petistas. Em I. Magalhães, L. Barreto & V. Trevas (Orgs.), Governo e cidadania: balanço e reflexões sobre o modo petista de governar. (pp. 82-107). São Paulo: Fundação Perseu Abramo

STEVENS, Bryce et al . Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 111, n. 1, p. 29-36, July 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2018001300029&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Sept. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180104>.