



## OS DETERMINANTES SOCIAIS E A MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: UM SCOPING REVIEW

Plínio Tadeu Istilli\*  
Carla Regina de Souza Teixeira\*\*  
Luiz Henrique Arroyo\*\*\*  
Ricardo Alexandre Arcêncio\*\*\*\*  
Rafael Aparecido Dias Lima\*\*\*\*\*  
Maria Lúcia Zanetti\*\*\*\*\*  
Maria del Pilar Serrano Gallardo\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** identificar as evidências científicas disponíveis sobre os determinantes sociais da saúde, relacionados à mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** trata-se de um estudo de revisão da literatura utilizando o método *scoping review*, o qual foi realizado no período de 10 de abril a 12 de julho de 2020, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature* (CINAHL), e *Web of Science* e nas bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as etapas de identificação e seleção dos estudos; mapeamento dos dados; confrontação e discussão dos resultados. **Resultados:** evidenciou-se, pelos 13 artigos analisados, que a mortalidade prematura por doença crônica não transmissível está fortemente relacionada aos determinantes sociais da saúde, com destaque ao sexo masculino, escolaridade e renda. **Conclusão:** os resultados impõem novos desafios aos profissionais de saúde para implementação de políticas públicas e contribuem para a vigilância em saúde, em relação a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras-chave:** Iniquidade Social. Mortalidade Prematura. Doença Crônica. Saúde Pública.

### INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Elas estão relacionadas a diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de compartilharem fatores de risco individuais, como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável<sup>(1)</sup>.

A mortalidade prematura é definida como as mortes ocorridas na faixa etária de 30 a 69 anos<sup>(2)</sup>. No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte em todas as faixas etárias, enquanto que na mortalidade prematura, esse percentual é de 72,6%<sup>(2)</sup>. As doenças cardiovasculares e as neoplasias foram as

principais causas de mortalidade prematura em ambos os sexos, perfazendo 45,30% e 43,45% de óbitos, respectivamente, sendo que o sexo masculino apresentou maiores valores quando comparados ao feminino<sup>(3)</sup>.

Os indivíduos acometidos por DCNT e a consequente mortalidade prematura, tem repercussões para o setor produtivo, famílias e sociedade, bem como, impacto financeiro sobre o sistema de saúde<sup>(4)</sup>.

Para redução do impacto das DCNT é necessário a elaboração e aplicação de políticas de controle, vigilância e monitoramento, com enfoque na prevenção e atenção ao grupo vulnerável que tenha alguma dessas patologias<sup>(5)</sup>. Também é imprescindível atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, articulando ações mais efetivas do Estado para

\*Enfermeiro. Doutor em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ptistilli@usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8008-6523>.

\*\*Enfermeira. Doutora em Ciências, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: carlarst@eerp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8887-5439>.

\*\*\*Fisioterapeuta. Doutor em Ciências, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: luiz.arroyo@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3302-0502>.

\*\*\*\*Enfermeiro. Doutor em Ciências, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4792-8714>.

\*\*\*\*\*Enfermeiro. Doutorando em Ciências EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rafael.aparecida.lima@usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5700-1333>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Doutora em Ciências, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: zanetti@eerp.usp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1656-6626>.

\*\*\*\*\*Enfermeira. Doutora em Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade Autónoma de Madrid, Madrid, Espanha. E-mail: pilar.serrano@uam.es ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5163-6821>.

minimizar as desigualdades, em conjunto às políticas públicas que combatam os fatores de risco, tais como, promoção de hábitos saudáveis: alimentação saudável, ambientes livres de fumo, promoção de atividades físicas nas escolas, entre outras<sup>(5)</sup>.

Devido à importância dos determinantes sociais da saúde (DSS) no processo de saúde e doença, e a fim de diminuir as iniquidades em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) constituiu a Comissão sobre DSS, em 2005<sup>(6)</sup>. Essa Comissão organizou um conceito estruturado sobre os DSS, na qual a posição social é o centro das desigualdades sociais<sup>(6)</sup>. O conceito estrutural contempla a existência de duas classes, sendo elas: determinantes estruturais e determinantes intermediários<sup>(6)</sup>.

Os determinantes estruturais abarcam a posição econômica que está diretamente ligada às desigualdades em saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento. Neste elemento são contemplados renda; educação; ocupação; classe social; sexo e raça<sup>(6)</sup>. Por conseguinte, os determinantes estruturais são aqueles que interagem entre o contexto e posição socioeconômica e definem a posição socioeconômica individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso aos recursos em nossa sociedade.

Os determinantes intermediários compreendem as situações materiais que incluem fatores como habitação e qualidade de vizinhança, potencial de consumo e o ambiente físico do trabalho; os psicossociais, que incluem estressores psicossociais, relações de vida estressantes, e estilos de apoio social e de enfrentamento (ou a falta dele); os fatores comportamentais e/ou biológicos relacionados à nutrição, a atividade física, o consumo de tabaco e o consumo de álcool, os quais estão distribuídos de forma diferente entre distintos grupos sociais e influenciados por fatores genéticos; o sistema de saúde como determinante social pertinente ao acesso, que incorpora diferenças de exposição e vulnerabilidade por meio de ações intersetoriais conduzidas no setor da saúde. O sistema de saúde desempenha um papel importante na mediação das consequências diferenciais da doença na vida das pessoas<sup>(6)</sup>.

Desta forma, temos que os DSS podem afetar o aparecimento da DCNT e seus fatores de risco, que também contribuem para o agravamento da doença e suas complicações ao longo do tempo. No entanto, existem recursos que podem ser explorados pelo setor saúde para minimizar as consequências, em especial, a mortalidade prematura. E, a partir dos estudos nacionais e internacionais sobre mortalidade prematura por DCNT e desigualdade social, propomos a presente investigação. Esse estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas disponíveis sobre os DSS relacionados à mortalidade prematura por DCNT.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão da literatura com o método *scoping review*<sup>(7)</sup>, que compreende um conjunto de técnicas com finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de investigação. Este estudo seguiu as etapas previstas em um *scoping review*: 1) identificação da pergunta ou das perguntas da pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) extração de dados; 5) síntese e descrição dos resultados e 6) divulgação. A revisão foi realizada no período de 10 de abril a 12 de julho de 2020, nas seguintes etapas:

1. Identificação da questão da pesquisa: a questão da pesquisa foi identificada como: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre os DSS relacionados à mortalidade prematura por DCNT?”

2. Identificação dos estudos relevantes: a busca bibliográfica foi desempenhada nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature* (CINAHL) e *Web of Science* e nas bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram artigos e documentos oficiais, no idioma português, inglês e espanhol, publicados entre 2007 a 2020. As estratégias de pesquisa realizadas são apresentadas no Quadro 1.

3. Seleção dos estudos: os estudos foram selecionados a partir da análise do título, seguindo pela leitura do resumo e, finalmente,

pela leitura completa do artigo. Esta etapa foi realizada por meio de uma leitura independente e por pares para manter o rigor metodológico.

#### Quadro 1. Base de dados e estratégia de busca.

<p><b>Descritores do MEDLINE</b>  Search (((("Chronic Disease"[Mesh Terms] OR "Disease, Chronic" OR "Diseases, Chronic" OR "Chronic Illness" OR "Chronic Illnesses" OR "Illness, Chronic" OR "Illnesses, Chronic" OR "Chronically Ill")) AND ("Mortality, Premature"[Mesh Terms] OR "Premature Mortalities" OR "Premature Death" OR "Deaths, Premature" OR "Premature Deaths" OR "Premature Mortality" OR "Death, Premature")) AND ("Social determinants of health"[Mesh Terms] OR "Health Social Determinant" OR "Health Social Determinants" OR "health inequalities" OR "health inequities" OR "health inequality" OR "health disparity" OR "health disparities" OR "socioeconomic health inequalities" OR "social health inequalities" OR "Healthcare disparities" OR "Health Disparities" OR "Social Health Inequalities" OR "Socioeconomic Inequalities in health" OR "social inequality in health" OR "Vulnerable Populations" OR "Population, Vulnerable")  Filtros: Artigos em inglês, espanhol ou português; publicados de 2007-2020.</p>
<p><b>Descritores do CINAHL</b>  ("Chronic Disease" OR "Disease, Chronic" OR "Diseases, Chronic" OR "Chronic Illness" OR "Chronic Illnesses" OR "Illness, Chronic" OR "Illnesses, Chronic" OR "Chronically Ill") AND ("Mortality, Premature" OR "Premature Mortalities" OR "Premature Death" OR "Deaths, Premature" OR "Premature Deaths" OR "Premature Mortality" OR "Death, Premature") AND ("Social determinants of health" OR "Health Social Determinant" OR "Health Social Determinants" OR "health inequalities" OR "health inequities" OR "health inequality" OR "health disparity" OR "health disparities" OR "socioeconomic health inequalities" OR "social health inequalities" OR "Healthcare disparities" OR "Health Disparities" OR "Social Health Inequalities" OR "Socioeconomic Inequalities in health" OR "social inequality in health" OR "Vulnerable Populations" OR "Population, Vulnerable")  Filtros: Artigos em inglês, espanhol ou português; publicados de 2007-2020.</p>
<p><b>Descritores do Web of Science</b>  ("Chronic Disease" OR "Disease, Chronic" OR "Diseases, Chronic" OR "Chronic Illness" OR "Chronic Illnesses" OR "Illness, Chronic" OR "Illnesses, Chronic" OR "Chronically Ill") AND ("Mortality, Premature" OR "Premature Mortalities" OR "Premature Death" OR "Deaths, Premature" OR "Premature Deaths" OR "Premature Mortality" OR "Death, Premature") AND ("Social determinants of health" OR "Health Social Determinant" OR "Health Social Determinants" OR "health inequalities" OR "health inequities" OR "health inequality" OR "health disparity" OR "health disparities" OR "socioeconomic health inequalities" OR "social health inequalities" OR "Healthcare disparities" OR "Health Disparities" OR "Social Health Inequalities" OR "Socioeconomic Inequalities in health" OR "social inequality in health" OR "Vulnerable Populations" OR "Population, Vulnerable")  Filtros: Artigos em inglês, espanhol ou português; publicados de 2007-2020.</p>
<p><b>Descritores SciELO e BVS</b>  (Doença Crônica OR ChronicDisease OR Casos Crônicos OR Quadros Crônicos OR Doenças Crônicas OR Moléstia Crônica OR Doença Degenerativa OR Doenças Degenerativas) AND (Mortalidade Prematura OR Mortality, Premature) AND (Determinantes Sociais da Saúde OR Social Determinantsof Health OR Desigualdade em Saúde OR Iniquidade na Saúde OR Desigualdade em Saúde OR Saúde e Desigualdade OR Desigualdade na Saúde OR Iniquidade Social OR Vulnerabilidade Social OR Vulnerabilidade em Saúde)  Filtros: Artigos em inglês, espanhol ou português; publicados de 2007-2020.</p>

4. Extração dos dados: os estudos selecionados foram analisados como o proposto pela OMS de um conceito estrutural da Comissão dos DSS e foram divididos em duas classes, sendo elas: DSS estruturais e DSS intermediários<sup>(6)</sup>.

5. Síntese e descrição dos resultados: o trabalho utilizou o modelo conceitual e teórico da Comissão dos DSS da OMS. Os estudos foram sintetizados e descritos segundo a classe

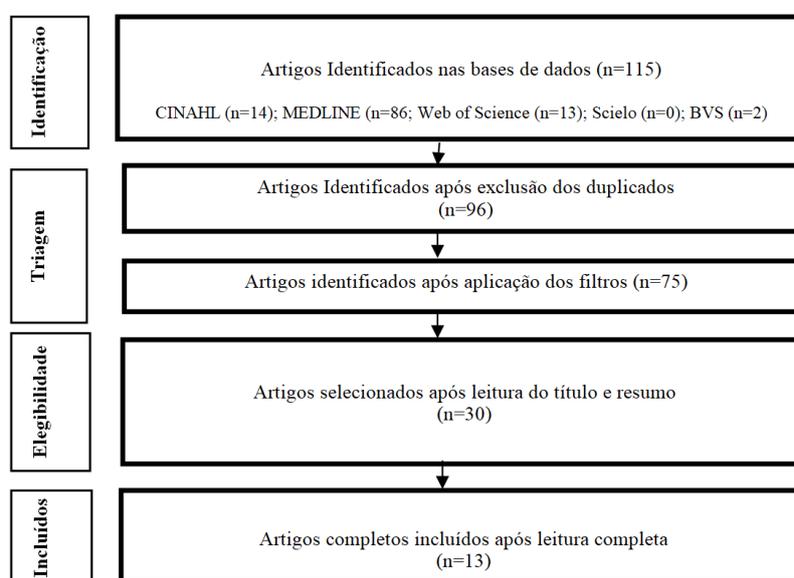
dos DSS estruturais e DSS intermediários do modelo. Os DSS estruturais estão relacionados ao: **contexto político e socioeconômico (CPS)** que englobam CPS-A: Governanças que incluem as definições das necessidades, participação da sociedade e transparência na administração pública; CPS-B: Política macroeconômica que inclui as políticas fiscais, monetárias, comerciais e influenciam no mercado de trabalho; CPS-C: Políticas sociais que afetam fatores que

influenciam o trabalho, assistência social, distribuição de terras e habitação; CPS-D: Políticas públicas em outras áreas da sociedade, como destaque para educação, assistência médica e saneamento; CPS-E: Cultura e valores sociais<sup>(6)</sup> e **Posição socioeconômica (PSE)** envolve a classe social (PSE-A); sexo (PSE-B); Etnia/raça (PSE-C); educação (PSE-D); ocupação (PSE-E) e renda (PSE-F)<sup>(6)</sup>. Os DSS intermediários são divididos em: Circunstâncias materiais (CM); Circunstâncias psicossociais (CP); Fatores comportamentais e/ou biológicos (FCB); O próprio sistema de saúde como determinante social (PSS)<sup>(6)</sup>. Por fim, buscou-se analisar quais são os determinantes sociais da saúde mais estudados em mortalidade prematura por DCNT.

Por se tratar de uma revisão da literatura com o método *scoping review*, não há necessidade de parecer ético para a realização do estudo.

## RESULTADOS

Dos 115 artigos identificados nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Web of Science e na biblioteca BVS, após excluir os duplicados e aplicar os filtros, restaram 75 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 30 artigos para a leitura completa. Por fim, foram incluídos 13 artigos nesta revisão. Não foram encontrados artigos na biblioteca virtual SciELO (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção de artigos publicados para o *scoping review*.

Dos 13 artigos, um artigo foi publicado em 2017, quatro em 2016, três em 2014, um em 2015, 2011, 2010, 2009 e 2008, respectivamente. De acordo com a distribuição geográfica por continente, cinco artigos foram publicados em países da Europa, três da África, dois da América do Sul, dois da América do Norte, e um em nível mundial. Quanto ao desenho do estudo, dez foram do tipo observacional, com fonte de dados secundários, duas coortes e um estudo ecológico (Quadro 2).

No que concerne à análise dos DSS estrutural, destaca-se a posição socioeconômica em onze estudos. O mais prevalente foi a raça (PSE-C)<sup>(13,16,18,20)</sup> e o sexo (PSE-B)<sup>(12,17-19)</sup> em quatro

estudos, seguido pela educação (PSE-D)<sup>(10,12,19)</sup> em três estudos, a renda (PSE-F)<sup>(8,9)</sup> em dois estudos e a classe social (PSE-A)<sup>(11)</sup> em um estudo. Quatro estudos evidenciaram que o sexo masculino apresentou maior número de mortes e de taxas de mortalidade prematura. Esse resultado constata que os homens são mais vulneráveis para morte prematura<sup>(12,17-19)</sup>.

Em relação à etnia/raça, a literatura mostrou divergências sobre esse determinante. Estudo realizado nos Estados Unidos<sup>(13)</sup> apontou uma maior redução da mortalidade em indivíduos não brancos, enquanto que outro estudo no mesmo país mostrou aumento na mortalidade prematura em pessoas brancas e nativos americanos, e

redução entre os negros e asiáticos<sup>(20)</sup>.

No que se refere à escolaridade e mortalidade prematura por DCNT, os estudos evidenciam que indivíduos com menor escolaridade apresentam o dobro de chance de morrer prematuramente no continente europeu<sup>(13)</sup> e isso também ocorre com as taxas de mortalidade prematura em um país desenvolvido<sup>(19)</sup>.

Ao analisar a renda, constatou-se que os indivíduos com menor renda apresentaram maior mortalidade prematura<sup>(8)</sup>, porém, aqueles com maior poder aquisitivo tendem a apresentar mais fatores de risco para a mortalidade por DCNT<sup>(9)</sup>.

O contexto político e socioeconômico dos determinantes sociais da saúde estruturais foram analisados em dois artigos. No primeiro, foi avaliado o controle dos fatores de risco por meio de políticas públicas com a melhoria da educação em saúde e assistência médica. As políticas macroeconômicas incluíram a tributação e diminuição da propaganda na mídia

quanto ao uso de tabaco e álcool<sup>(14)</sup>. Outro estudo focou apenas nas políticas públicas, em especial, na melhoria da qualidade da informação em saúde dos fatores de risco e dos sistemas de informações em saúde. Esse teve como finalidade conhecer a carga da mortalidade prematura por DCNT e propor implementação de ações para sua diminuição<sup>(15)</sup>.

Em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários, 13 estudos abordaram a habitação, a qualidade da vizinhança, o ambiente de trabalho, as relações de vida estressante, os fatores comportamentais e o sistema de saúde<sup>(4)</sup>. Esses estudos apontaram os desafios quanto a sua utilização, sobretudo, nos países em desenvolvimento devido à precária qualidade dos sistemas de informação em saúde<sup>(9,12,16)</sup>.

O Quadro 2 mostra os autores, local e objetivo, desenho do estudo, DSS e resultados dos 13 artigos analisados.

**Quadro 2.** Características dos artigos selecionados para o *scoping review*.

Referência	Local e objetivo	Desenho do estudo	Determinantes sociais da saúde estudados	Resultados
Bassanesi SL, et al (2008) <sup>(8)</sup>	Brasil Objetivo: investigar a relação entre a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e condições socioeconômicas.	Estudo ecológico. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – renda (PSE-F).	A estimativa do risco de mortalidade prematura por doença cardiovascular precoce no bairro com a melhor situação socioeconômica foi de 123.1/100.000, e no bairro com a pior situação foi de 402,5/100.000.
Schneider M, et al (2009) <sup>(9)</sup>	África do Sul Objetivo: comparar a mortalidade prematura em áreas ricas e pobres associando com a pobreza, os fatores de risco e o sistema de saúde em adultos.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – renda (PSE-F).	As doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 39% e 33% da mortalidade prematura em distritos ricos e pobres, respectivamente. Os fatores de risco hipertensão arterial e obesidade cresceram com o aumento da riqueza, enquanto a maioria dos fatores de estilo de vida, como tabagismo leve, exposição doméstica a combustíveis com fumaça e dependência de álcool foram associados à pobreza.
Stirbu I (2010) <sup>(10)</sup>	Europa Objetivo: estimar a magnitude das desigualdades educacionais na mortalidade evitável em diferentes países europeus.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – educação (PSE-D).	Para as doenças cardiovasculares para todos os países do estudo o Índice relativo de inequidade associado a educação foi de 3,24, em países com baixa educação como a Hungria e a República Tcheca este índice aumentou para 6,08 e 6,02 respectivamente. As desigualdades em mortalidade prematura evitável estavam presentes em todos os países europeus, onde as desigualdades educacionais apontam para um importante papel dos serviços de saúde na redução das desigualdades na saúde.

**Continua**

Referência	Local e objetivo	Desenho do estudo	Determinantes sociais da saúde estudados	Resultados
Exeter DJ, et al (2011) <sup>(11)</sup>	Escócia Objetivo: analisar as desigualdades e a mortalidade prematura.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – classe social (PSE-A).	A taxa de mortalidade prematura padronizada em áreas melhores economicamente foram de 248,3 por 100.000 habitantes entre 1980 a 1982 para 139,2 de 1999 a 2001, já em regiões mais pobres foram de 375,8 para 255,1 por 100.000 habitantes no mesmo período.
Arroyave I, et al (2014) <sup>(12)</sup>	Colômbia Objetivo: examinar a disparidade na mortalidade prematura de adultos (idades entre 25 e 64 anos) por nível educacional de 1998 a 2007 na Colômbia.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – sexo (PSE-B) e educação (PSE-D).	Homens e mulheres com apenas educação primária apresentaram maior mortalidade prematura do que homens e mulheres com educação secundária por doenças do aparelho cardiovascular, apresentando RR de 1,88 e 2,81 para homens e mulheres com educação primária, enquanto que pessoas com ensino secundário apresentam RR de 1,54 e 1,67 respectivamente.
Jones K, et al (2014) <sup>(13)</sup>	Estados Unidos Objetivo: examinar as taxas de mortalidade prematura por cidade e raça	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – raça (PSE-C).	A mortalidade prematura na Carolina do Norte foi reduzida em 13,3% para a população como um todo, 26,6% para os não-brancos e 7,2% para os brancos. Para a saúde dos brancos são necessárias ações e políticas públicas na prevenção do tabagismo, suicídio e lesões. Na população não-branca, os programas devem se concentrar na prevenção de acidentes vasculares cerebrais, doenças cardiovasculares, diabetes, homicídios e doenças renais.
Kontis V, et al (2014) <sup>(14)</sup>	Mundo Objetivo: analisar o impacto potencial da redução de seis fatores de risco evitáveis nas tendências futuras de mortalidade prematura por doença crônica não transmissível.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Contexto político e socioeconômico (CPS) - Política macroeconômica (CPS-B) e Políticas públicas (CPS-D).	Caso as metas acordadas entre os países através da OMS para a diminuição dos seis fatores de risco (tabagismo, uso de álcool, ingestão de sal, obesidade, pressão arterial elevada e glicose aumentada) fossem alcançadas entre 2010 e 2025, a probabilidade de ocorrer uma morte prematura por esse tipo de doença diminuirá em 22% nos homens e 19% nas mulheres, em comparação com uma redução de 11% em homens e 10% em mulheres caso as metas não sejam alcançadas.
Santosa A, et al (2015) <sup>(15)</sup>	Suécia Objetivo: analisar a redução da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis.	Estudo longitudinal retrospectivo. Nível de evidência 2b.	Determinantes estruturais: Contexto político e socioeconômico (CPS): Políticas públicas (CPS-D).	A Suécia demonstrou que a meta de redução de 25% da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível pode ser alcançada ao longo de um período de 15 anos mesmo em um país em transição epidemiológica tardia através de políticas públicas para melhoria dos sistemas de informação da saúde e controle dos fatores de risco em especial o uso do tabaco e do álcool.
Nojilana B, et al (2016) <sup>(16)</sup>	África do Sul Objetivo: analisar a tendência da mortalidade para as doenças crônicas não transmissíveis.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – raça (PSE-C).	A taxa de mortalidade prematura por doença crônica não transmissível apresenta diminuição entre 1997 e 2010 na África do Sul. Os negros apresentaram taxas de mortalidade 1,3 maiores quando comparados aos brancos. A posição socioeconômica contribui para a mortalidade prematura.

Continua

Referência	Local e objetivo	Desenho do estudo	Determinantes sociais da saúde estudados	Resultados
Muller DC, et al (2016) <sup>(17)</sup>	Europa Objetivo: analisar as causas modificáveis de mortalidade prematura na Europa Ocidental.	Coorte prospectivo. Nível de evidência 1b.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – sexo (PSE-B). Determinantes intermediários: - Fatores comportamentais e/ou biológicos: (FCB)	Existem diferenças entre o sexo feminino e masculino para a mortalidade prematura dos fumantes. O sexo feminino apresentou OR de 2,16 e o sexo masculino de 2,57. Também foram referidas diferenças para o sexo masculino, sendo que os valores para as variáveis índice de massa corporal, tabagismo, dietal e álcool foram maiores em comparação ao sexo feminino.
Morey F, et al (2016) <sup>(18)</sup>	Belize Objetivo: investigar as disparidades na mortalidade prematura de adultos segundo etnia e sexo.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – sexo (PSE-B) e raça (PSE-C).	Para as doenças crônicas não transmissíveis, a probabilidade de mortalidade prematura estava entre 3,5% e 8,2% entre os grupos maia e mestiços, e entre 13,8% e 20,1% entre as raças. O sexo masculino apresentou taxas de mortalidade prematura específicas maiores nas quatro raças em comparação ao sexo feminino.
Renard F, et al (2016) <sup>(19)</sup>	Bélgica Objetivo: avaliar as diferenças educacionais com a mortalidade prematura.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – sexo (PSE-B) e educação (PSE-D).	As taxas de mortalidade prematura na Bélgica entre 1990 e 2000 foram maiores para o sexo masculino. Ao relacionar a mortalidade prematura e a escolaridade o grupo com maior escolaridade apresentou taxas menores em ambos os sexos. Nos anos 2000, os homens com maior escolaridade apresentaram taxa de 316,4 mortes prematuras por 100 mil habitantes e os com menor escolaridade 595,3. Nas mulheres a diferença foi de 191,3 para as com mais anos de estudo e 304,8 para as com menos anos de estudo.
Shiels MS, et al (2017) <sup>(20)</sup>	Estados Unidos Objetivo: analisar as tendências de mortalidade prematura entre 1999 a 2014 por idade, sexo, raça e etnia.	Estudo observacional com fonte de dados secundários. Nível de evidência 2c.	Determinantes estruturais: Posição socioeconômica – raça (PSE-C).	Entre 1999 e 2014, a mortalidade prematura aumentou em indivíduos brancos e em índios americanos e nativos do Alasca. Houve diminuição em indivíduos hispânicos (até 3,2% por ano), indivíduos negros (até 3,9% ao ano) e asiáticos e das ilhas do Pacífico (até 2,6% ao ano).

## DISCUSSÃO

Os estudos sobre os DSS relacionados à mortalidade prematura por DCNT apresentaram maior número de publicações a partir do ano de 2014, principalmente, oriundos da Europa.

O DSS mais referido nos artigos foi o sexo<sup>(12,17-19)</sup>, evidenciando forte relação entre esse determinante e a mortalidade prematura por DCNT. Estudo realizado em países membros da União Europeia entre 2000 e 2016 mostrou diminuição da mortalidade prematura por DCNT de 2,14% ao ano no sexo masculino e 1,64% no sexo feminino e as taxas de mortalidade prematura são maiores nos homens quando comparados às mulheres em todos os anos<sup>(21)</sup>.

Portanto, considerar diferenças de sexo em relação ao adoecimento crônico e à dependência de cuidado familiar no domicílio é fundamental para subsidiar o planejamento e a prestação de um cuidado centrado nas necessidades do doente e sua família<sup>(22)</sup>, o que pode impactar na diminuição da mortalidade prematura por DCNT.

Outro DSS destacado refere-se à disparidade entre raças<sup>(13,16,18,20)</sup>. Os indivíduos da raça negra ou outras raças de um valor estatístico baixo nos estudos, apresentam maior risco de desenvolver e morrer devido a uma DCNT. Estudo realizado em 2016 constatou que a taxa de mortalidade por DCNT na África do Sul é de 1,3% maior para a raça negra em comparação aos brancos<sup>(23)</sup>. E, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que

os indivíduos da raça negra morrem mais que os brancos, no que se refere a fatores históricos, pois o nível socioeconômico da população da raça negra é menor<sup>(24)</sup>.

O acesso à educação também é um importante DSS, que acarreta maior risco de mortalidade prematura por DCNT. Estudo realizado na Itália mostrou que a alta escolaridade está associada à menor mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, sendo que o nível educacional difere entre os sexos e estado civil<sup>(25)</sup>.

A classe social também foi relacionada com a mortalidade prematura<sup>(11)</sup>. Estudo que avaliou a desigualdade na mortalidade prematura na Inglaterra indicou que a baixa posição econômica está associada ao seu aumento e, aponta que são necessárias políticas públicas que visem diminuir essas desigualdades que influenciam no acesso e na qualidade da assistência da saúde prestada<sup>(26)</sup>.

A maioria dos estudos foi realizado em países desenvolvidos, com destaque para os Estados Unidos<sup>(13,20)</sup> e outros países da Europa, como Escócia<sup>(11)</sup> e Bélgica<sup>(19)</sup>, os quais ratificam preocupação com o sistema de saúde local em relação as DCNT. Essa preocupação ocorre porque países, em especial no norte da Europa, encontram-se em uma fase tardia da transição epidemiológica e já alcançaram as metas da OMS de reduzir em 25% a mortalidade prematura por DCNT<sup>(15)</sup>. Enquanto que outro estudo realizado nos Estados Unidos, apresentam um aumento incomum na mortalidade prematura por DCNT, mesmo sendo um país de alta renda, sendo que esse processo ocorre em alguns grupos étnicos específicos, com destaque para indivíduos brancos, índios americanos e nativos do Alasca<sup>(20)</sup>.

Todos os DSS referentes à posição econômica exercem influência sobre os DSS intermediários que são as circunstâncias materiais<sup>(8-13,16-20)</sup>. Reconhece-se que pessoa de classe social baixa e com ocupação desvalorizada socialmente terá maiores dificuldades em melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, os determinantes intermediários foram encontrados apenas em um estudo<sup>(17)</sup>.

Os determinantes estruturais do contexto político e socioeconômico são abordados em relação às políticas macroeconômicas<sup>(14)</sup> e às políticas públicas<sup>(14,15)</sup> que visam reduzir as

disparidades de gênero, de classe social, de raça, entre outros. As estratégias apontadas referem-se às ações efetivas, as quais incluem programas de desenvolvimento e educação equitativos para as crianças; remoção de barreiras para garantir emprego em grupos desfavorecidos; estratégias abrangentes para o controle do tabaco e álcool e para a redução do sal na dieta; atenção primária de alta qualidade para a realização de intervenções preventivas e detecção precoce e tratamento das DCNT e melhoria ao acesso ao serviço de saúde<sup>(26)</sup>.

Nesta direção, temos a revisão que abordou o conceito de DSS, sua base teórica e aplicação em estudos selecionados, que demonstraram umnexo de causalidade com DCNT. Relatou-se que, atualmente, temos maior quantidade de pesquisas sobre como a sociedade pode tornar o indivíduo doente ou promover sua saúde; mas o próximo passo é refinar estudos sobre as causas e consequências desse fenômeno e destacam três áreas principais de estudos, a desvantagem da vizinhança, as redes sociais e a discriminação percebida<sup>(27)</sup>.

Estas pistas acrescidas dos resultados obtidos nessa revisão podem contribuir para a vigilância em saúde no que se refere à mortalidade prematura por DCNT. Evidenciar os DSS predominantemente relacionados a essas mortalidades fomentam elementos para a elaboração de políticas públicas de saúde, com vistas à minimizar os efeitos sociais, políticos e econômicos, por meio de ações de prevenção e de promoção da saúde.

## CONCLUSÃO

Os DSS influenciam na posição socioeconômica dos indivíduos e, com isso, podem acarretar a mortalidade prematura por DCNT, por ser condicionante de hábitos de vida não saudáveis, dificultador do acesso à educação e, por conseguinte, piores ocupações no mercado de trabalho, o que gera iniquidades do acesso à saúde. O sexo, a escolaridade e a renda são determinantes sociais que impõem novos desafios aos profissionais de saúde para implementação de políticas públicas e para a vigilância em saúde, em relação à mortalidade prematura por DCNT.

---

**SOCIAL DETERMINANTS AND PREMATURE MORTALITY FOR NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASE: A SCOPING REVIEW****ABSTRACT**

**Objective:** to identify the scientific evidence available on the social determinants of health, related to premature mortality from non-transmissible chronic diseases. **Method:** this is a literature review study using the scoping review method, which was carried out from April 10 to July 12, 2020, in the following databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature (CINAHL), and Web of Science and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Virtual Health Library (VHL) libraries. The stages of identification and selection of studies were used; data mapping; confrontation and discussion of results. **Results:** it was evident from the 13 articles analyzed, that premature mortality from chronic non-communicable disease is strongly related to social determinants of health, with emphasis on males, education and income. **Conclusion:** the results impose new challenges for health professionals to implement public policies and contribute to health surveillance, in relation to premature mortality from chronic non-communicable diseases.

**Keywords:** Iniquidade Social. Mortalidade Prematura. Doença Crônica. Saúde Pública.

---

**LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE: UNSCOPING REVIEW****RESUMEN**

**Objetivo:** identificar las evidencias científicas disponibles sobre los determinantes sociales de la salud, relacionados a la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles. **Método:** se trata de un estudio de revisión de la literatura, utilizando el método *scoping review*, que fue realizado en el período de 10 de abril a 12 de julio de 2020, en las siguientes bases de datos: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature* (CINAHL), y *Web of Science* en las bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) y *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS). Fueron utilizadas las etapas de identificación y selección de los estudios; mapeo de los datos; confrontación y discusión de los resultados. **Resultados:** se evidenció, por los 13 artículos analizados, que la mortalidad prematura por enfermedad crónica no transmisible está fuertemente relacionada a los determinantes sociales de la salud, con destaque al sexo masculino, escolaridad y renta. **Conclusión:** los resultados imponen nuevos desafíos a los profesionales de salud para implementación de políticas públicas y contribuyen para la vigilancia en salud, respecto a la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.

**Palabras clave:** Inequidad Social. Mortalidad Prematura. Enfermedad Crónica. Salud Pública.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian, D et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1):11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
2. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 22: e190030. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.
3. Istilli PT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Assessment of premature mortality for non communicable diseases. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2):e20180440. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0440>.
4. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(2): 373-390. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200016>.
5. Melo SPSC, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBL, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(8): 3159-3168. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>.
6. Islam MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Front Public Health*. 2019; 7:11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>.
7. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanary C, Mc Arthur A, Aromataris E. Systematic Review or Scoping Review? Guidance for Authors When Choosing Between a Systematic or Scoping Review Approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018; 18(1): 143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.
8. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti, A. Premature mortality due to cardiovascular disease and social inequalities in Porto Alegre: from evidence to action. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 90(6): 403-412. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000600004>.
9. Schneider M, Bradshaw D, Steyn K, Norman R, Laubscher R. Poverty and non-communicable diseases in South Africa. *Scand J Public Health*. 2009; 37(2): 176-86. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1403494808100272>.
10. Stürbu I, Kunst AE, Bopp M, Leinsalu M, Regidor E, Esnaola S, et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(10): 913-920. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081737>.
11. Exeter DJ, Boyle PJ, Norman P. Deprivation (im)mobility and cause-specific premature mortality in Scotland. *SocSci Med*. 2011; 72(3): 389-97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.009>.
12. Arroyave I, Burdorf A, Cardona D, Avendano M. Socioeconomic inequalities in premature mortality in Colombia, 1998-2007: the double burden of non-communicable diseases and injuries. *Prev Med*. 2014; 64: 41-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.03.018>.
13. Jones K, Mansfield CJ. Premature mortality in North

Carolina: progress, regress, and disparities by county and race, 2000-2010. *N C Med J*. 2014; 75(3): 159-168. DOI: <https://doi.org/10.18043/ncm.75.3.159>.

14. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014; 384(9941): 427-37. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4).

15. Santosa A, Rocklov J, Hogberg U, Byass P. Achieving a 25% reduction in premature non-communicable disease mortality: the Swedish population as a cohort study. *BMC Med*. 2015; 13: 65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0313-8>.

16. Nojilana B, Bradshaw D, Wyk VP, Msemburi W, Laubscher R, Somdya NIM, et al. Emerging trends in non-communicable disease mortality in South Africa, 1997-2010. *S Afr Med J*. 2016; 106(5): 477-484. DOI: <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.2016.v106i5.10674>.

17. Muller DC, Murphy N, Johansson M, Ferrari P, Tsilidis KK, Boutron-Ruault MC et al. Modifiable causes of premature death in middle-age in Western Europe: results from the EPIC cohort study. *BMC Med*. 2016; 14: 87. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0630-6>.

18. Morey F, Hambleton IR, Unwin N, Samuels TA. Ethnic and gender disparities in premature adult mortality in Belize 2008-2010. *PLoS One*. 2016; 11(9): e0163172. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163172>.

19. Renard F, Gadeyne S, Devleeschauwer B, Tafforeau J, Deboosere P. Trends in educational inequalities in premature mortality in Belgium between the 1990s and the 2000s: the contribution of specific causes of deaths. *J Epidemiol Community Health*. 2017; 71(4): 371-380. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208370>.

20. Shiels MS, Chernyavskiy P, Anderson WF, Best AF, Haozous EA, Hartge P, et al. Trends in premature mortality in

the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: an analysis of death certificate data. *Lancet*. 2017; 389(10073): 1043-1054. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30187-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30187-3).

21. Megyesi S, Lieskovska V. Premature Mortality for Chronic Diseases in the EU Member States. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(20): 4021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16204021>.

22. Arruda GO de, Leal LB, Peruzzo HE, Nass EMA, Reis P dos, Marcon SS. Family perceptions about care for men with chronic conditions. *Cienc Cuid Saúde [Internet]*. 2018; 17(1). DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i1.43845>.

23. Wyk VP, Msemburi W, Laubscher R, Dorrington RE, Groenewald P, Glass T, et al. Mortality trends and differentials in South Africa from 1997 to 2012: second National Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2016; 4(9): e642-53. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30113-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30113-9).

24. Best AF, Haozous EA, Berrington de Gonzalez A, Chernyavskiy P, Freedman ND, Hartge P, et al. Premature mortality projections in the USA through 2030: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2018; 3(8): e374-e384. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30114-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30114-2).

25. Alicandro G, Frova L, Sebastiani G, Boffetta P, La Vecchia C. Differences in Education and Premature Mortality: A Record Linkage Study of Over 35 Million Italians. *Eur J Public Health*. 2018; 28(2): 231-237. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx125>.

26. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, et al. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020; 5(1): e33-e41. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30219-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30219-1).

27. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med*. 2017; 52(1S1): S5-S12. DOI: 10.1016 / j.amepre.2016.09.010

---

**Endereço para correspondência:** Carla Regina de Souza Teixeira. Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Telefone (16) 3315-3000. Ramal: 3434. Email: carlarst@eerp.usp.br

**Data de recebimento:** 15/10/2019

**Data de aprovação:** 12/07/2020

---

#### Apoio Financeiro:

Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior -88881.134241/2016-01

---