



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

# **EVOLUÇÃO DAS DESIGUALDADES NA MORTALIDADE EM SALVADOR. (1991/2006)**

**Shirley Andrade Cruz**

**Dissertação submetida à Universidade Federal da Bahia  
visando a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva**

EVOLUÇÃO DAS DESIGUALDADES NA MORTALIDADE EM  
SALVADOR. (1991/2006)

Shirley Andrade Cruz

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia Maria Vieira da Silva

Salvador  
2010

Cruz, Shirley Andrade.  
Evolução das Desigualdades na Mortalidade em Salvador.  
Shirley Andrade Cruz. Salvador: ISC/UFBA, 2010.  
vii, 54 p. il.  
Dissertação – Universidade Federal da Bahia, Instituto de  
Saúde Coletiva.  
1. Desigualdades. 2. Mortalidade. 3. Iniquidade.  
4. Condições de vida. 5. Espaço Social.

## AGRADECIMENTOS

A todos os meus amigos e familiares pela compreensão e pela solidariedade dedicadas durante a realização deste trabalho.

Agradeço especialmente a professora Maria da Conceição Nascimento Costa pela sua colaboração e generosidade.

A Ana Moncayo pela valiosa contribuição na utilização do programa estatístico aqui utilizado.

A Lígia por sua orientação firme e terna.

A Elias por mais esta parceria.

As Instituições que possibilitaram a realização deste trabalho, o CNPq , o ISC e .a SESAB.

A Elias, Isadora e Bernardo

## RESUMO

A inexistência de sistemas de informação estatais, no Brasil, cujos indicadores sejam estimados segundo classes sociais ou variáveis sócio-econômicas dificulta a análise da evolução recente das desigualdades na mortalidade no país. Dessa forma, há necessidade não só de realização de estudos específicos voltados para o monitoramento desse problema bem como do aperfeiçoamento de técnicas e estratégias metodológicas capazes de estimar essas desigualdades apoiados nas bases de dados secundários disponíveis. Este trabalho tem por objetivo analisar a evolução das desigualdades na mortalidade, no município de Salvador, Bahia, Brasil, no período entre 1991 e 2000 e descrever os diferenciais da mortalidade nos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006. Foi realizado estudo de agregados espacial e temporal em Salvador, BA, a partir do reagrupamento de zonas de informação e de sua população em estratos sociais, para os quais foram estimados alguns indicadores de mortalidade. As zonas de informação com composição social heterogênea foram analisadas separadamente. As fontes de dados utilizadas foram as Declarações de Óbitos de residentes no Município referentes aos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006 e os Censos Demográficos de 1991 e 2000. O coeficiente de mortalidade geral variou entre 5,3/1.000 habitantes em 1991 e 5,1/1.000 em 2000, correspondendo a uma diferença de 3,15%. Em 2000, a diferença entre os coeficientes de mortalidade do estrato de melhores condições de vida e aquele de piores condições de vida variou entre 37% e 65,5%, por faixa etária, o que corresponde a razões de desigualdade de 1,2 e 1,6, respectivamente. Quando a unidade de análise é a zona de informação a diferença atinge 475%. Verificou-se que persistem as desigualdades na distribuição da mortalidade entre os estratos sociais. Todavia algumas modificações na composição dos estratos de 1991 para 2000 indicam melhoria das condições de vida, bem como diminuição dos coeficientes de mortalidade, no período estudado. A análise em separado das Zonas de informação de composição heterogênea revelou um gradiente nas taxas de mortalidade entre os estratos sociais. Os achados apontam ainda para a necessidade de planejamento de ações intersetoriais voltada para a população mais vulnerável e conseqüente redução das desigualdades em saúde.

## **ABSTRACT**

*In Brazil the analysis of the evolution of inequalities in mortality is difficult due to absence of state information systems with related social strata and economic data. Both the need specific monitoring studies and improvement of approaches and methods based on available secondary data in order to estimate such inequalities follow. An analysis of the mortality inequality in Salvador, Bahia, Brazil, from 1991 to 2000, is presented. Also, a description of the mortality differences from 1991 to 2006, by specifically considering the 1991 and 2000 Populational Census stratifications, is given. An ecological and temporal study was carried out. The city was divided into information areas and its population into social strata for which some mortality indicators were estimated. Data were obtained from the 1991, 1997, 2000 and 2006 Death Certificates, and from the 1991 and 2000 Populational Census. The specific mortality rates of 5.3/1,000 inhabitants, in 1991, and of 5.1/1,000, in 2000, were obtained, corresponding to a difference of 3.15%. In the 2000 year, the mortality ratio difference between the strata with best living conditions and the poorer strata ranged from 37.0% to 65.5%, which corresponds to an inequality ratio ranging from 1.2 to 1.6. When the analysis was carried out in the smaller information areas, these differences reached 475%. The finds show the persistence of the mortality inequalities in the social strata. However, better living conditions and smaller mortality rates can be associated with some changes in the stratifications. The study raises the need of intersectorial actions directed to poorer people in order to reduce health inequalities.*

# ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Artigo	1
Resumo	2
Abstract	4
Introdução	6
Metodologia	8
Resultados	11
Discussão	12
Referências Bibliográficas	16
Tabelas e Figuras	19
Apêndice	26
Referencial Teórico	35
Espaço Social	35
Determinantes Sociais de Saúde	36
Desigualdade	38
Referências Bibliográficas	41
Projeto de Dissertação de Mestrado	43
Introdução	43
Objetivos	46
Pergunta de Investigação	47
Metodologia	47
Referenciais Teóricos	48
Questões Éticas	51
Referências Bibliográficas	51



# ARTIGO

## EVOLUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS NA MORTALIDADE EM SALVADOR (1991/2006)

Este estudo faz parte do projeto “Evolução das desigualdades sociais da morbimortalidade no espaço urbano” desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, projeto nº 409628/2006-9 do Edital MCT- CNPq / MS-SCTIE-DECIT – Nº 26/2006.

## **RESUMO**

### **INTRODUÇÃO**

A inexistência de sistemas de informação estatais, no Brasil, cujos indicadores sejam estimados segundo classes sociais ou variáveis sócio-econômicas dificulta a análise da evolução recente das desigualdades na mortalidade no país. Dessa forma, há necessidade não só de realização de estudos específicos voltados para o monitoramento desse problema bem como do aperfeiçoamento de técnicas e estratégias metodológicas capazes de estimar essas desigualdades apoiados nas bases de dados secundários disponíveis.

### **OBJETIVOS**

Analisar a evolução das desigualdades na mortalidade, no município de Salvador, Bahia, Brasil, no período entre 1991 e 2000 e descrever os diferenciais da mortalidade nos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006.

### **MÉTODOS:**

Foi realizado estudo de agregados espacial e temporal em Salvador, BA, a partir do reagrupamento de zonas de informação em de sua população em estratos sociais, para os quais foram estimados alguns indicadores de mortalidade. As zonas de informação com composição social heterogênea foram analisadas de forma separada. As fontes de dados utilizadas foram as Declarações de Óbitos de residentes no Município referentes aos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006 e os Censos Demográficos de 1991 e 2000.

## **RESULTADOS:**

O coeficiente de mortalidade geral variou entre 5,3/1.000 habitantes em 1991 e 5,1/1.000 em 2000, correspondendo a uma diferença de 3,15%. Em 2000, a diferença entre os coeficientes de mortalidade por faixa etária do estrato de melhores condições de vida e aquele de piores condições de vida variou entre 37% e 65,5%, por faixa etária o que corresponde a razões de desigualdade de 1,2 e 1,6, respectivamente. Quando a unidade de análise é a zona de informação a diferença atinge 575%.

## **CONCLUSÕES:**

Verificou-se que persistem as desigualdades na distribuição da mortalidade entre os estratos sociais. Todavia algumas modificações na composição dos estratos de 1991 para 2000 indicam melhoria das condições de vida, bem como diminuição dos coeficientes de mortalidade, no período estudado. A análise em separado das Zonas de informação de composição heterogênea revelou um gradiente nas taxas de mortalidade entre os estratos sociais. Os achados apontam ainda para a necessidade de planejamento de ações intersetoriais voltadas para a população mais vulnerável e conseqüente redução das desigualdades em saúde.

## **DESCRITORES**

Desigualdades. Mortalidade. Iniquidade. Condições de vida. Espaço social.

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

*In Brazil the analysis of the evolution of inequalities in mortality is difficult due to absence of state information systems with related social strata and economic data. Both the need specific monitoring studies and improvement of approaches and methods based on available secondary data in order to estimate such inequalities follow.*

### **OBJECTIVE**

*An analysis of the mortality inequality in Salvador, Bahia, Brazil, from 1991 to 2000, is presented. Also, a description of the mortality differences from 1991 to 2006, by specifically considering the 1991 and 2000 Populational Census stratifications, is given.*

### **METHODS**

*An ecological and temporal study was carried out. The city was divided into information areas and its population into social strata for which some mortality indicators were estimated. Data were obtained from the 1991, 1997, 2000 and 2006 Death Certificates, and from the 1991 and 2000 Populational Census.*

## **RESULTS**

*The specific mortality rates of 5.3/1,000 inhabitants, in 1991, and of 5.1/1,000, in 2000, were obtained, corresponding to a difference of 3.15%. In the 2000 year, the mortality ratio difference between the strata with best living conditions and the poorer strata ranged from 37.0% to 65.5%, which corresponds to an inequality ratio ranging from 1.2 to 1.6. When the analysis was carried out in the smaller information areas, these differences reached 575%.*

## **CONCLUSIONS**

*The finds show the persistence of the mortality inequalities in the social strata. However, better living conditions and smaller mortality rates can be associated with some changes in the stratifications. The study raises the need of intersectorial actions directed to poorer people in order to reduce health inequalities.*

## **KEYWORDS**

*Inequalities. Mortality. Iniquity. Living conditions. Social space.*

## INTRODUÇÃO

As relações entre condições de vida e saúde têm sido objeto de estudo em países com diferentes graus de desenvolvimento e com distintos modelos de sistemas de saúde. Diferenciais na mortalidade e na morbidade entre classes sociais e sua distribuição espacial podem ser encontrados em países de diversos continentes, a exemplo dos Estados Unidos<sup>13</sup>, Itália<sup>10</sup>, Japão<sup>15</sup>, Argentina<sup>7 1</sup> e Brasil,<sup>4 22</sup> e são evidenciados pela investigação, associando desigualdade de renda e educação com indicadores de saúde, como expectativa de vida, doenças cerebrovasculares, neoplasias, mortalidade infantil e mortalidade por violência. Esses diferenciais na mortalidade e na morbidade das populações entre países ou mesmo dentro de um mesmo país que, além de evitáveis, são, também, injustos, constituem as iniquidades<sup>24</sup> ou desigualdades.<sup>23</sup>

A maior parte dos trabalhos publicados traz evidências acerca das relações entre desigualdades sociais e saúde,<sup>11 8 16</sup> apesar da existência de alguns estudos que as refutam.<sup>25</sup>

Destacado pela sua relevância, a precursora publicação que impulsionou a discussão sobre as desigualdades em saúde entre grupos sociais, o internacionalmente conhecido, *The Black Report*, revelou que indivíduos pertencentes a grupos profissionais pouco ou menos qualificados apresentavam maiores taxas de mortalidade do que aqueles pertencentes aos grupos de ocupações qualificadas e profissionais<sup>3</sup>. Marmot et al<sup>17</sup> (1999), em uma investigação conhecida como “Estudo de *Whitehall*” acompanhou dez mil funcionários civis britânicos, durante duas décadas e reuniu uma série de dados sobre cada um deles. A taxa de mortalidade dos homens, padronizada por idade, foi três vezes e meia mais elevada nos empregados do escritório ou nos trabalhadores manuais que nos quadros superiores da hierarquia pública, demonstrando uma forte correlação entre a posição social e a saúde. Estas evidências indicam que a relação entre condições de vida e saúde não se estabelece apenas no contraste entre ricos e pobres, mas com gradientes distintos para diferentes níveis sócio-econômicos.

O Brasil está entre os países com maiores iniquidades e ocupa o 10º lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por

países da África e da América Latina. Para além disso 10% da população se apropria de 45,8% da renda do País enquanto, no outro extremo, os 10% mais pobres detêm apenas 0,8%, sendo superado apenas por outros sete países, dentre eles o Haiti (47,7%) e a Namíbia (64,5%).<sup>18</sup>

As mudanças na economia do País não significaram transformação efetiva no padrão da distribuição de renda. Persistem as iniquidades em distintas regiões do Brasil com relevantes diferenças na distribuição da morbimortalidade entre os estados e dentro de um mesmo estado.<sup>26 149</sup>

A adoção de diretrizes que incorporam a equidade na organização do SUS no país bem como as iniciativas voltadas para a descentralização das políticas de saúde, a ampliação da cobertura e o desenvolvimento de ações com bases territoriais requerem o uso de indicadores de saúde desagregados tanto espacialmente mas, sobretudo por grupos e classes sociais com objetivo de subsidiar políticas de saúde necessárias à superação das iniquidades. Diante da inexistência de sistema de informação estatal, no Brasil, cujos indicadores sejam estimados segundo classes sociais ou variáveis sócio-econômicas, a análise da evolução recente das desigualdades na mortalidade no país requer a realização de estudos específicos voltados para o monitoramento desse problema bem como para o aperfeiçoamento de técnicas e estratégias metodológicas capazes de estimar essas desigualdades apoiados nas bases de dados secundários disponíveis. Por outro lado, em Salvador, uma análise sobre a distribuição espacial e social da mortalidade em 1991 revelou a existência de grandes desigualdades sociais. A diferença entre os coeficientes de mortalidade no estrato com melhores condições de vida e aqueles com piores condições de vida variou entre 43,1% e 142,0%, o que corresponde a Razões de Desigualdade entre 1,4 e 2,4, sendo que tais diferenças chegaram a atingir percentuais de 656,3%.<sup>21</sup>

Em que medida estas desigualdades evoluíram diante das mudanças sócio-econômicas e da expansão da atenção e implantação do SUS na década seguinte? Visando contribuir para responder esta questão o presente estudo se propõe a fazer uma análise comparativa da distribuição da mortalidade no espaço social de Salvador, no período compreendido entre 1991 e 2000, e a descrever os diferenciais na mortalidade nos anos de 1997 a 2006, a partir das estratificações dos dados

censitários de 1991 e 2000 e das Declarações de Óbito dos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006.

## METODOLOGIA

Foi realizado estudo de agregado espacial nos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006, em Salvador, capital do Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil, com 2.450.254 habitantes, segundo o censo demográfico de 2000. A unidade de análise foi a zona de informação obtida a partir da agregação dos setores censitários estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que compõem o espaço urbano da cidade, e que foram agrupados em 93 zonas de informação (ZI) divididas segundo critérios físico-urbanísticos pela Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador (CONDER).

Como fontes de dados foram utilizados Declarações de Óbitos (DO), fornecidas pelo Departamento de Informação da Secretaria de Saúde de Salvador, referentes aos residentes no município nos anos 2000 e 2006, e Declarações de Óbitos fotocopiadas dos originais depositados na SES e arquivados no Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) para os anos de 1991 e 1997. A partir da informação do bairro de residência referido no endereço habitual da DÓ foi feita a codificação do registro segundo a respectiva ZI. As declarações que não continham informações suficientes para que fossem alocadas em uma determinada ZI, com nome de rua mas sem o bairro, por exemplo, foram codificadas como zona de informação ignorada (código 99). As informações demográficas e sócio-econômicas foram oriundas dos censos demográficos de 1991 e 2000.

Os dados foram consolidados com o programa Stata versão 10.0 a partir de oito bancos iniciais digitados em 53 bancos de trabalho com dados referentes aos anos de 1991, 1997, 2000 e 2006. As idades foram calculadas a partir da diferença entre a data do óbito e a data do nascimento, possibilitando o preenchimento destas lacunas, ficando de fora apenas os registros que não apresentavam uma destas datas. Foram estabelecidas as seguintes faixas etárias: <1, 0-4; 5-19; 20-39; 40-64; >64 e 50 anos ou mais.



As ZI foram estratificadas selecionando-se preliminarmente duas características dos indivíduos indicados como determinantes das condições de vida: o capital econômico e o capital cultural, segundo metodologia desenvolvida em estudo anterior.<sup>21</sup>

Nestas categorias de análise, desenvolvidas por Bourdieu<sup>5</sup> (1989), os indivíduos e grupos de indivíduos situam-se no espaço social em posições definidas principalmente pela composição do seu capital, econômico e cultural. Numa primeira dimensão, os indivíduos situam-se no espaço social de acordo com a composição global do seu capital e, numa segunda dimensão, conforme a estrutura do mesmo, ou seja, a depender do peso das diferentes espécies de capital (econômico e cultural). Uma aproximação dessas categorias foi obtida através da utilização das variáveis renda e grau de instrução, fornecidas pelos censos.

As famílias foram classificadas segundo a faixa de renda do chefe por zona de informação a partir de dados dos setores censitários. As ZI foram classificadas da seguinte forma: 1) Capital Econômico Baixo (CEB): sem rendimento e com rendimento de até 2 salários-mínimos; 2) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento superior a 2 até 5 salários-mínimos; 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários-mínimos. Cada zona de informação foi classificada em um dos três estratos, tendo em vista a maior proporção de chefes de família com CEA, CEM, ou CEB.

O grau de instrução do chefe da família obedeceu à seguinte classificação: 1) Capital Cultural Baixo (CCB): sem instrução ou até 7 anos de estudo (fundamental incompleto); 2) Capital Cultural Médio (CCM): 8 a 14 anos de estudo (fundamental e médio completos); 3) Capital Cultural Alto (CCA): 15 anos de estudo e mais (superior completo, mestrado e doutorado).

Assim uma zona de informação que apresentou 20%, 11,9% e 67,8% de proporções de famílias com capital econômico baixo, médio e alto, respectivamente, classificou-se em CEA, considerando que a maioria das famílias alocadas nesta zona tem rendimentos superiores a 5 salários-mínimos. O mesmo critério foi utilizado para a estratificação do capital cultural.

Dezenove zonas de informação apresentaram proporções equivalentes ou com diferenças inferiores a 10% em relação a dois estratos e foram sistematicamente alocadas metade em um estrato e metade em outro. A classificação das zonas de

informação deu origem a quatro estratos (Tabela1): estrato 1 (CEA/CCA), estrato 2 (CEA/CCM), estrato 3 (CEB/CCM) e estrato 4 (CEB/CCB). (Apêndice)

Posteriormente foi realizada uma nova estratificação e as ZI que apresentaram diferenças inferiores a 10% formaram um outro estrato, denominado estrato H (heterogêneo).

Foram calculados os coeficientes de mortalidade padronizados (CMP) por faixa etária, padronizados pelo método direto, para cada zona de informação e estrato, utilizando a população de Salvador, em 1991, como população padrão, foram excluídas 19 zonas que possuíam população menor ou igual a 5.000 habitantes, para evitar distorções nas taxas e para efeito de comparação com o ano de 1991.

Calculou-se também a mortalidade infantil proporcional (MIP), que corresponde à proporção de óbitos de menores de um ano, e a razão de mortalidade proporcional (RMP) relativa à proporção de óbitos com idade de 50 anos e mais.

Foram estimados os coeficientes de mortalidade, por estrato, para cada faixa etária por 100.000, com exceção da faixa de 0 a 4 anos que foi por 1.000 habitantes. A desigualdade na mortalidade entre os estratos foi obtida através da razão entre os indicadores de cada um dos estratos e aquele do estrato 1, resultando na razão de desigualdade (RD) . Para a RMP de maiores de 50 anos o denominador passa a ser o estrato 4, onde os menores valores correspondem às piores condições de vida.

Foram estimadas pelo método geométrico as populações referentes aos anos 97 e 2006, utilizando como referência os dados do censo 1991 e 2000, respectivamente. No banco de óbitos de 1997 foram unificadas as zonas de informação 4 com 5, 11 com 12 e 15 com 25 pois correspondiam aos mesmos bairros. O mesmo ocorreu em 2000 para as zonas 61/61.00 e 54/54.00. Para 1997 as zonas de informação foram estratificadas tendo como referência os estratos formados em 1991 e para 2006 a estratificação de 2000.

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Os dados das declarações de óbito foram consolidados preservando a identidade dos indivíduos.

## RESULTADOS

O coeficiente de mortalidade geral (CMG), variou entre 5,1/1.000 habitantes, em 2000, e 5,3/1.000 hab., em 1991, correspondendo a uma variação de 3,15%.

As zonas de informação que situavam-se no estrato 1, de melhores condições de vida reuniam bairros com 89,6%, 82,3%, 85,4%, e 78,5% de chefes de famílias com rendimento acima de 5 salários, ao passo que zonas situadas no estrato 4, de piores condições, constituído por zonas como as de numero 35, 71, e 74 apresentam percentuais de 80,6%, 74,9%, e 69,5% respectivamente, de responsáveis pelos domicílios sem rendimentos ou com rendimentos de até dois salários mínimos.

Em alguns bairros como Valéria, por exemplo, o CMP passou de 11/1.000 habitantes em 1991 para 7,8/1.000 e permanece ainda como um dos mais altos índices encontrados com uma diferença de 500% em relação ao Horto Florestal 1,3/1.000, zona 13, classificada em CEA com 59% das famílias ganhando acima de cinco salários. (Figura 1).

Quando o indicador analisado foi a mortalidade infantil proporcional (MIP) por zona de informação, os bairros de Pituaçu, Campinas, Nordeste, Fazenda Grande Piatã/Itapuã estão entre as localidades que apresentam maiores índices. Os bairros de Mata Escura e Coutos que em 1991 apresentavam MIP de 25% e 20,9% em 2000 reduzem para 12,5% e 13% e também estão neste grupo. A variação deste indicador por estrato é linear passando de 3,6 no melhor estrato para 9,9 no quarto, o que equivale a variação percentual de 175% e razão de desigualdade (RD) de 3,3.

O estrato 4, representado pela proporção de famílias em condições socioeconômicas inferiores, concentra ainda a maioria da população.

Em 2000 houve uma alocação maior de zonas de informação nos estratos 1 ao 3 e uma redução significativa do número de zonas no estrato 4, em relação a 1991. A proporção de zonas de informação nos estratos 1, 2, 3 e 4, em 2000, é igual a, respectivamente, 9,3%, 26,7%, 14,7% e 49,3%, enquanto, em 1991, estas proporções correspondem a 9,1%, 19,7%, 12,1% e 59,1%, representando um aumento no número de ZI nas zonas de melhores condições de vida. Verificou-se ainda, 36% e 64% das ZI em capital econômico alto e capital econômico baixo, respectivamente, em 2000, contra 29% e 71% em 1991. Em relação ao capital

cultural tem-se, em 2000, 9,3% (CCA), 41,3% (CCM) e 49,3% (CCB) e, em 1991, 9,1%, 31,8% e 59,1%, respectivamente.

Há uma diminuição do CMP em 2000, em relação a 1991, em todos os estratos. Por sua vez, o MIP, além de também apresentar decréscimo, revela um gradiente do primeiro ao quarto estrato. De forma coerente, a RMP aumentou em todos os estratos.

O coeficiente de mortalidade padronizado (CMP) variou entre 3,4 e 4,4 do primeiro para o quarto estrato o que representa uma diferença de 29,4% (Tabela 2)

O coeficiente de mortalidade (CM) específico por faixa etária, apresentado na Tabela 3, expressa diferenças que variam de 37% para a faixa de 0 a 4 anos a 65,5% de 40 a 64 anos, entre o primeiro e o último estrato, e RD de 1,2 e 1,6, respectivamente.

A segunda estratificação, na qual as zonas do espaço urbano consideradas heterogêneas foram reunidas em um novo estrato, aqui denominado estrato H, revela que aproximadamente 30% da população de Salvador concentra-se nestas zonas e as diferenças entre os estratos de melhores e piores condições de vida permanecem, mantendo-se inclusive valores equivalentes de RD. Todos os indicadores aferidos acentuam o caráter de heterogeneidade deste estrato situando-o entre o terceiro e o quarto estrato. ( Apêndice, Tabela 3)

No período de 1991 a 2006, a evolução do CMP apresenta declínio ao longo do tempo em todos os quatro estratos (Figura 1), sendo a maior variação no estrato 2 (CEA/CCM), com -51,5% de 1991 para 2006. A MIP apresentou crescimento do estrato 1 para o estrato 4 em todos os anos com diferenças que variaram de 273% em 1991 a 141% em 2006 (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

O presente estudo revela que a despeito da redução do coeficiente geral de mortalidade entre 1991 e 2000, no Município de Salvador, persistem as desigualdades na sua distribuição entre as zonas de informação e os distintos estratos sociais, embora tenha havido uma redução das mesmas ao longo do período analisado. Os bairros considerados nobres, situados ao sul e orla marítima

que apresentam além de maiores proporções de pessoas com elevado capital cultural e econômico, boa infra-estrutura e oferta de serviços destacam-se pela baixa mortalidade geral ao passo que nos bairros periféricos ou do centro as taxas de mortalidade permanecem altas (Figura 1). No caso dos bairros da Graça e Valéria, a razão entre os coeficientes de mortalidade é igual 5,23 (Tabela 1). Esses diferenciais na mortalidade entre os estratos sociais reproduzem as desigualdades na distribuição de renda deste município que é maior que aquela verificada entre os estados de maior e menor renda do País. Os habitantes do Distrito Federal ganham cinco vezes mais que os maranhenses ao passo que um morador da área nobre deste município recebe em média 25 vezes o que ganha um habitante da região mais pobre.<sup>18</sup>

O Índice de Gini, indicador de desigualdade de renda que varia de 0 a 1, sendo zero uma situação na qual toda população possuísse uma renda equivalente, e 1 se apenas uma pessoa tivesse a renda de todo país é, em Salvador, igual a 0,660, maior que o do Brasil (0,580) e de Lesoto (0,632). Salvador, se fosse um país teria a segunda pior distribuição de renda do mundo.<sup>18</sup>

Estes diferenciais, que revelam coincidência entre os indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e a mortalidade foram observados por vários autores.<sup>9 12 19</sup>

O presente trabalho revela também que mudanças relevantes aconteceram na composição dos estratos sociais do município de Salvador no período analisado. A redução do número de zonas de informação situadas no estrato de piores condições de vida e a ampliação do número de ZI nos demais estratos indica que tem melhorado as condições de vida da população. A descentralização e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, a implantação das equipes de saúde da família adotadas pelo SUS na década, aliadas às políticas sociais através de programas de transferência de renda e valorização do salário mínimo podem ter contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde analisados.

A renda e o grau de instrução, aqui adotados como uma aproximação do conceito de capital econômico e capital cultural, definem as possibilidades de acesso a alimentação, moradia, conhecimento e representações das doenças e riscos e dos meios de prevenção que estão associados à capacidade de fazer face a estes riscos, ou seja, de ser normativo, no sentido de Canguilhem<sup>20</sup>. Todavia, o caminho

explicativo que liga as desigualdades de renda e situação de saúde ainda tem várias questões não respondidas.

Este estudo, pelas limitações das bases de dados usadas não pôde incorporar fatores ambientais, psicológicos e relacionados a organização social dos grupos, sendo esta uma limitação importante.

A técnica de estratificação utilizada no presente trabalho possibilitou a reunião de zonas de informação com características semelhantes e a formação de estratos mais homogêneos do que aqueles que adotam critérios puramente administrativos e/ou geográficos. Além disso, a modificação feita à técnica usada em 1991, ao separar as ZI heterogêneas em um único estrato, tornou os estratos restantes em unidades mais homogêneas e assim o gradiente entre os estratos ficou mais consistente do que aquele obtido com a técnica anterior. Os resultados obtidos apontam para a heterogeneidade do Município, em cujo espaço urbano coabitam áreas desenvolvidas, de elevado capital econômico e cultural com o seu oposto. O CMP que é um indicador geral, utilizado para comparar regiões distintas, foi o indicador que apresentou menor relação com as variáveis sociais utilizadas, apresentando em 91, 97, 2000 e 2006 maiores índices nos estratos intermediários do que nos extremos.

A segunda estratificação, utilizada para o ano de 2000 quando todas as zonas com proporções equivalentes de pessoas com determinado tipo de capital econômico e ou cultural foram agrupadas no estrato H (heterogêneo) inverte esta tendência e revela uma associação entre as condições de vida e o CMP. Esse achado indica ser necessária a obtenção de estratos mais homogêneos, quer através da utilização de unidades ecológicas menores, como o setor censitário, quer por meio da linkage entre os bancos de dados de mortalidade e aqueles dos censos em futuras investigações.

O MIP e o RMP foram os indicadores mais sensíveis às variáveis sociais analisadas, apresentando um crescimento à medida que pioram as condições de vida. Alguns valores aqui revelados carecem ser melhor investigados. O CM para a faixa de 0 a 4 anos no ano 2000 apresenta elevação em relação aos outros anos analisados (Tabela 3). A comparação com dados oficiais ou mesmo com outras publicações ficou prejudicada em função do denominador utilizado nestes trabalhos (1.000 nascidos vivos). Informações de gestores estaduais, que não se encontram

registradas em documentos oficiais se referem a uma “busca ativa” em 2000 para recuperação de informação de óbitos infantis no ano referido.

Finalmente cabe aqui uma justificativa a utilização do referencial teórico de Bourdieu. Embora os estudos com dados secundários dificultem esta utilização o mesmo apoiou a seleção das variáveis delimitadoras do espaço social e as relações das teorias das práticas e o espaço saúde/doença.<sup>20 21</sup> Apesar das limitações dos estudos com dados secundários de mortalidade é possível uma aproximação entre o espaço geográfico e o espaço social. Estes dados são rotineiramente fornecidos pelos órgãos oficiais e se utilizados adequadamente podem produzir importantes informações.

A descrição da evolução e magnitude da mortalidade e sua distribuição segundo espaços e estratos sociais pode ser um instrumento de gestão e tomada de decisão uma vez que os sistemas de informação existentes não são capazes de fornecer informações que expressem as diversidades das condições de saúde entre os diferentes grupos sociais. Nesse sentido, a contribuição do presente trabalho relaciona-se , não apenas com o necessário monitoramento das desigualdades em saúde no país, mas também com o aperfeiçoamento e teste de técnica de estratificação capaz de ser incorporada como tecnologia que subsidie a formulação de políticas e ações de saúde voltadas para a promoção da equidade a partir da identificação de grupos e áreas de maior vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Rev Panam Salud Publica*.2007;21(1):1–10.
2. Andrade SM, Soares DA, Matsuo T, Souza RKT, Mathias TAF, Iwakura MLH et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1):181-89, jan 2006.
3. Black D; Morris JN; Smith C; Townsend P. Inequalities in health. The Black Report. New York: Penguin/London: Pelikan, 1982.
4. Boing AF; Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24 (2):447-455, fev. 2008.
5. Bourdieu, P. Razões Práticas: Sobre a teoria da ação. Campinas,SP: *Papirus*, 1996.
6. Brassanesi SL, Azambuja M I, Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência a ação. *Arq. Bras Cardiol*; 90 (6) 403-12, jun. 2008.
7. Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(3):212-218.
8. Castellanos P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.Considerações conceituais.ABRASCO, Condições de Vida e Situação de Saúde; (Org.) Rita B. Barata.(1997).
9. Costa, ERI. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1193-1200, 2007
10. De Vogli R, Mistry R, Gnesotto R, Cornia GA . Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries .*J Epidemiol CommunityHealth* 2005;59:158–162.doi: 10.1136/jech.2004.020651
11. Evans RG. Producing health, consuming health care in: Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Evans RG, Baren ML, Marmor TR, Editors. New York: *Aldine de Gruyter*, 1994; p. 29-63.



12. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. *Rev de Saúde Pública*. 39(2): 191-97,2005.
13. Hadden WC; Rockswold PD. Increasing differential mortality by educational attainment in adults in the United States. [Int. J Health Serv](#); 38(1):47-61, 2008.
14. Ishitani LH, Franco CG, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev de Saúde Pública* 2006,40(4):684-91.
15. Kagamimori S; Gaina A; NaserMosddeli A. Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Soc Sci Med*; 68 (12):215-60, 2009 jun.
16. Lynch WJ; Kaplan AG; Pamuk RE; Cohen DR; Heck EK; Balfour LJ; Yen HI. Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States. *American Journal of Public Health*. July 1998, vol. 8, Nº 7.
17. Marmot M, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequality among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1999; 337(8754):1387-93.
18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano*. Brasil, 2006. *Atlas de Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Salvador*. Desenvolvido pela PNUD - CONDER e IBGE.
19. Ramsay SE; Morris RW; Lennon LT; Wannamethee SG; Wincup PH. Are social inequalities in mortality in Britain narrowing? Time trends from 1978 to 2005 in a population-based study of older men. *Journal Epidemiology Health*; 62 (1): 75-80, 2008 jan.
20. Vieira-da-Silva LM, Dussault. Rupture, revue transdisciplinaire santé, vol. 6, nº2, pp. 192-08,1999.
21. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev. Saúde Pública* 33(2): 186 – 197, 1999.
22. Vieira-da-Silva LM; Costa MCN; Paim JS; Cunha ABO; Dias IB; Guimarães ZA et al. Brechas redutíveis de mortalidade em capitais brasileiras (1980-1998). *Informe epidemiológico do SUS* 2002; 11(3/4): 157-159, 2002.
23. Vieira-da-Silva LM; Almeida FN. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 25 Sup 2:S 217-S226, 2009.
24. Whitehead M. The concept and principles of equity and health.

*CID/HSP/PAHO*; Washington D.C. 1991.

25. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62 1768-84.

## TABELAS E FIGURAS

**Tabela 1– Coeficiente de Mortalidade Padronizado por 1000 hab., Mortalidade Infantil Proporcional, Razão de Mortalidade Proporcional, bairros e número de óbitos segundo zonas de infomação e estratos sociais. Salvador, 2000.**

Zona de informação*	Estrato	População	Óbitos			CMP	MIP	RMP	Bairros
			total	< 1 a	> 50 a				
1	1	22.171	165	2	148	2,99	1,21	89,70	Barra
2	1	13.849	131	3	104	5,64	2,29	79,39	Morro do Gato
4	2	7.785	55	2	35	5,35	3,64	63,64	Alto da Sereia
5	1	11.065	179	10	124	11,34	5,59	69,27	Largo da Mariquita
6	3	33.692	195	21	115	4,92	10,77	58,97	Vale das Pedrinhas
7	4	48.481	142	17	68	2,86	11,97	47,89	Nordeste de Amaralina
8	1	39.329	192	5	158	3,04	2,60	82,29	Pituba
9	1	7.016	48	1	41	2,08	2,08	85,42	Vitória
10	1	12.155	37	0	33	1,30	0,00	89,19	Graça
11	4	18.506	79	5	43	3,51	6,33	54,43	Alto das Pombas
12	4	55.162	330	21	215	4,93	6,36	65,15	Engenho Velho
13	2	21.380	30	2	21	1,19	6,67	70,00	Horto Florestal/Candeal
14	2	5.556	54	1	48	4,60	1,85	88,89	Canela
15	2	9.446	130	6	89	9,18	4,62	68,46	São Pedro
16	2	14.483	90	7	64	4,02	7,78	71,11	Garcia
17	2	6.597	28	2	18	3,07	7,14	64,29	Tororó
18	3	33.973	156	9	103	3,34	5,77	66,03	Engenho Velho de Brotas
19	2	24.802	55	7	37	1,77	12,73	67,27	Acupe de Brotas
20	3	35.737	433	24	311	8,71	5,54	71,82	Campinas de Brotas
21	1	35.190	82	3	66	1,65	3,66	80,49	Itaigara/ C. das Árvores
22	2	29.710	98	7	67	2,79	7,14	68,37	Stiep

25	2	9.818	54	6	38	4,49	11,11	70,37	Nazaré /Saúde
26	2	15.871	53	1	40	2,17	1,89	75,47	Matatu/ St.º Agostinho
27	4	37.324	214	23	135	4,81	10,75	63,08	Cosme de Farias
28	2	21.926	110	8	75	3,98	7,27	68,18	Luis Anselmo/Vila Laura
29	2	27.159	71	2	54	2,06	2,82	76,06	Cabula
30	4	54.807	314	34	153	5,87	10,83	48,73	Pernambués
31	3	46.030	243	19	152	4,75	7,82	62,55	Boca do Rio
32	3	18.132	95	6	68	3,31	6,32	71,58	Barbalho
33	3	28.041	137	13	91	3,70	9,49	66,42	Caixa D'agua
34	3	39.547	288	25	179	5,80	8,68	62,15	Cidade Nova
36	3	31.358	272	26	154	9,09	9,56	56,62	Narandiba
37	4	14.664	37	6	18	2,86	16,22	48,65	Pituaçu
38	2	5.237	102	5	81	10,12	4,90	79,41	Calçada/ Mares
39	3	38.210	419	35	261	8,61	8,35	62,29	Sieiro/Japão-Peru Vaz
40	4	42.441	127	13	71	2,39	10,24	55,91	Liberdade
41	4	34.257	183	10	116	4,38	5,46	63,39	IAPI
42	4	41.397	208	24	114	4,53	11,54	54,81	Fazenda Grande
43	4	22.447	57	4	27	2,37	7,02	47,37	S. Gonçalo/Retiro
44	4	85.797	380	38	176	4,52	10,00	46,32	Tancredo Neves/Engomadeira
45	4	11.268	2	1	1	0,16	50,00	50,00	CAB
46	2	7.010	14	0	13	1,72	0,00	92,86	Patamares
47	2	27.280	185	6	150	3,84	3,24	81,08	Bomfim/ Ribeira
48	4	59.013	300	26	199	4,09	8,67	66,33	Massaranduba
49	4	54.074	379	29	226	6,26	7,65	59,63	Uruguai/ Alagados
50	4	39.470	150	10	84	3,36	6,67	56,00	S. Caetano/ Alto do Peru
51	4	50.204	300	21	170	5,20	7,00	56,67	Capelinha de S. Caetano
52	4	46.231	184	23	79	4,51	12,50	42,93	Mata Escura
53	4	36.933	207	27	76	6,33	13,04	36,71	Sussuarana

54	3	69.984	131	12	65	2,09	9,16	49,62	Canabrava
55	4	88.300	366	36	197	4,01	9,84	53,83	Piatã/ Itsapuã
56	2	11.786	124	9	55	9,92	7,26	44,35	Stella Maris / Aeroporto
57	4	52.346	315	26	165	6,26	8,25	52,38	Lobato
58	4	29.093	76	9	42	2,70	11,84	55,26	Campinas/Marechal Rondon
59	4	52.000	310	42	134	6,06	13,55	43,23	Pau da Lima
60	4	24.021	114	15	58	4,84	13,16	50,88	Sete de Abril
61	3	54.334	111	8	61	2,02	7,21	54,95	Mussurunga/S. Cristovão
62	4	63.738	394	36	188	5,78	9,14	47,72	Plataforma
63	4	26.957	66	6	33	2,47	9,09	50,00	Pirajá
64	4	10.902	153	15	82	15,68	9,80	53,59	Dom Avelar
65	4	33.147	131	11	79	3,67	8,40	60,31	Castelo Branco
66	4	53.911	240	18	118	4,15	7,50	49,17	Periperi
67	4	16.543	197	23	91	15,58	11,68	46,19	Parque de S. Bartolomeu
68	4	14.911	100	11	48	6,85	11,00	48,00	Valéria
69	4	139.460	531	72	247	4,19	13,56	46,52	Cajazeiras/ Águas Claras
70	4	26.685	12	1	8	0,46	8,33	66,67	Estrada CIA- Aeroporto
71	4	73.933	269	35	96	3,78	13,01	35,69	Coutos
72	4	8.001	10	3	3	1,22	30,00	30,00	Limite com a USIBA
73	4	50.318	314	20	149	6,01	6,37	47,45	Paripe/ Base Naval
37A	2	9.327	0	0	0	0,00	0,00	0,00	Imbuí
53A	4	21.368	19	3	12	1,24	15,78	63,16	Estrada do Beiru
61A	4	11.290	4	0	3	0,54	0,00	75,00	Rótula do Aeroporto
38A	2	8.611	17	0	15	1,09	0,00	88,24	Caminho de Areia
15A	2	6.553	43	0	39	3,43	0,00	90,70	Forte de S. Pedro
17A	2	5.557	36	1	29	3,39	2,78	80,56	Barris

Foram excluídas as seguintes ZI com população inferior a 5.000 habitantes: 21A, 23A, 24, 24A, 24C, 3, 31A, 35, 38B, 49A, 64A, 67A, 76, 24D, 71A, 4A, 24E, 15B e 23.

**Tabela 2 – População, Mortalidade Infantil Proporcional (%), Razão de Mortalidade Proporcional de 50 anos e mais (%) e Razão de Desigualdade segundo estratos sociais. Salvador, 2000.**

Estrato	População	CMG	CMP	RD*	MIP	RD	RMP	RD**
1	147.672	5,7	3,4	1	2,9	1	80,5	1,5
2	284.224	5,0	3,5	1,0	5,1	1,7	72,4	1,3
3	438.065	5,7	4,8	1,4	7,9	2,7	62,9	1,2
4	1.566.293	4,6	4,4	1,3	9,8	3,3	51,7	1

CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral

CMP - Coeficiente de Mortalidade Padronizado

\*RD: Razão de Desigualdade = Estrato/estrato 1

MIP - Mortalidade Infantil Proporcional

RMP - Razão de Mortalidade Proporcional

\*\*RD: Razão de Desigualdade = Estrato/estrato 4

**Tabela 3- Coeficiente de mortalidade por faixa etária (por 100.000 hab.), e razão de desigualdade segundo estratos sociais. Salvador,2000.**

Estrato	CM*		CM		CM		CM		CM	
	0_4	RD	5_19	RD	20_39	RD	40_64	RD	65 +	RD
1	6,6	1	41,19	1	134,8	1	463,8	1	3861	1
2	7,8	1,1	37,1	0,9	131,8	0,9	503,7	1,0	4758,6	1,2
3	8,7	1,3	68,3	1,6	185,3	1,4	741,1	1,5	5204,34	1,3
4	8,5	1,2	60,5	1,4	192,0	1,6	767,9	1,6	4199,6	1,0

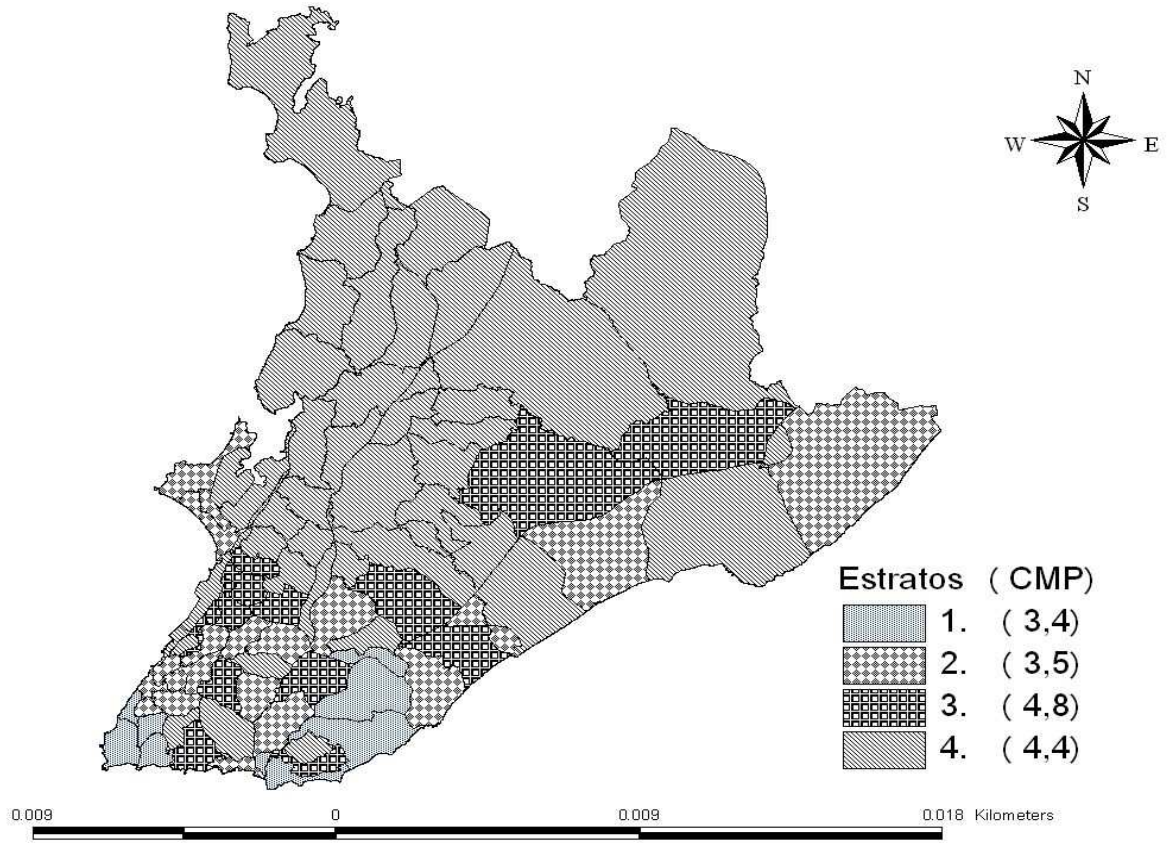
CM\*- Coeficiente de Mortalidade por 1000 / menores de 4 anos

RD- Razão de Desigualdade = Estrato/estrato nº 1

**Tabela 4** – Coeficientes de Mortalidade Geral e Padronizado, Mortalidade Infantil Proporcional e Razão de Mortalidade Proporcional segundo estratos sociais. Salvador, 1991 / 2006.

Estratos	CMG				CMP				MIP				RMP			
	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006
1	<b>4,3</b>	3,8	<b>5,7</b>	6,4	<b>2,9</b>	3,4	<b>3,4</b>	3,3	<b>3,0</b>	0,8	<b>2,9</b>	2,7	<b>76,0</b>	83,2	80,5	<b>80,6</b>
2	<b>6,4</b>	4,6	<b>5,0</b>	5,0	<b>5,3</b>	4,2	<b>3,5</b>	3,1	<b>6,1</b>	3,6	<b>5,1</b>	3,1	<b>66,4</b>	74,6	72,4	<b>74,5</b>
3	<b>5,3</b>	5,6	<b>5,7</b>	5,7	<b>4,5</b>	5,2	<b>4,8</b>	4,5	<b>6,2</b>	4,8	<b>7,9</b>	5,9	<b>68,5</b>	68,7	62,9	<b>65,7</b>
4	<b>4,8</b>	4,0	<b>4,6</b>	4,6	<b>5,8</b>	3,8	<b>4,4</b>	4,2	<b>11,2</b>	5,7	<b>9,8</b>	6,5	<b>50,9</b>	58,8	51,7	<b>57,7</b>





**Figura 1-** Coeficiente de Mortalidade Padronizado por idade segundo estratos sociais. Salvador, 2000. Estrato 1: CEA/CCA; Estrato 2: CEA/CCM; Estrato 3: CEB/CCM; Estrato 4: CEB/CCB.

# APÊNDICE

**Tabela 1** - Estratificação das zonas de informação segundo capital econômico e capital cultural.Salvador, 2000.

<b>Estrato</b>	<b>Zonas de Informação (96)</b>
1. CEA/CCA	1, 2,3, 4A, 5, 8, 9,10, 21, 21A
2. CEA/CCM	37 A , 13,38 A , 46, 19, 29, 22, 26, 17, 28 , 25, 16, 17A,15 A, 47, 4, 14, 56, 15, 38,15B
3. CEB/CCM	54, 61, 18, 33, 32, 31, 5, 6,34, 36, 39, 20, 24A, 24C, 24D, 24E
4. CEB/CCB	45, 61 A, 70, 53 A, 72, 63, 37, 43, 58, 7, 40, 71, 50, 69, 65, 52, 55, 11, 44, 66, 60, 42, 48, 41, 53, 30, 27, 59, 51, 12,57, 62, 68, 49, 67, 64, 23A, 38B, 23, 24, 35, 38B, 48, 49A, 64A, 71A, 6, 73

**Tabela 2** - Distribuição das zonas de informação segundo variáveis sócio-econômicas. Salvador, 2000.

ZI	Variáveis sócio-econômicas					
	CEA	CEM	CEB	CCA	CCM	CCB
1	78,5	11,1	10,3	48,6	41,6	9,4
2	78,4	8,7	12,8	52,7	37,2	9,9
3	67,8	11,9	20,1	44,6	38,4	16,9
4A	70,4	13,8	15,7	36,0	50,4	13,5
5	78,1	12,1	9,5	45,1	46,7	8,1
8	82,3	7,8	9,8	51,4	40,3	8,1
9	84,1	7,4	8,3	50,1	39,9	9,8
10	85,6	7,7	6,6	53,3	39,1	7,5
13	59,0	13,4	27,5	37,8	40,3	21,8
14	80,8	10,2	8,9	47,7	38,6	13,5
15	51,6	27,1	21,1	22,4	60,2	17,3
15A	56,5	18,6	24,7	32,6	46,5	20,8
15B	46,2	25,8	27,8	21,1	50	28,3
16	40,7	23,7	35,5	21,1	48,0	30,7
17	50,3	24,4	25,1	23,8	54,2	21,8
17A	53,1	20,6	26,2	27,3	53,7	18,8
19	45,3	21,6	32,9	20,1	53,1	26,7
20	42,3	23,1	34,4	18,7	50,4	30,7
21	89,6	4,7	5,6	61,9	33,9	4,0
21A	59,4	10,8	29,7	32,4	37,8	29,7
22	76,4	9,9	13,6	41,5	46,5	11,9
25	47,5	25,0	27,3	20,8	53,3	25,7
26	59,8	18,3	21,8	25,4	57,9	16,5
28	46,3	19,3	34,3	19,7	51,6	28,6
29	49,5	25,5	24,9	14,2	62,2	23,4
37A	77,5	11,5	10,8	39,2	52,8	39,1
38A	38,2	29,8	31,8	10,1	55,7	34,0
45	39,3	21,7	38,9	11,3	48,3	40,3
46	83,6	9,4	6,8	48,5	45,9	5,4
47	43,2	25,9	30,7	12,9	58,6	28,3
56	80,0	10,4	9,4	36,3	56,6	6,9
4	35,7	20,7	43,4	19,4	45,5	35,0
6	26,3	25,0	48,5	9,8	46,4	43,7
7	6,7	23,6	69,5	0,9	34,5	64,5
11	16,7	23,8	59,4	6,3	41,9	51,7
12	25,5	25,1	49,2	10,5	46,2	43,1
18	27,1	26,7	46,1	10,7	52,3	36,8
23	9,6	19,6	70,6	0,9	37,5	61,5
23A	6,4	21,7	71,7	1,9	21,3	76,6
24	20,2	17,7	61,9	7,0	38,2	54,7

24A	23,0	28,6	48,3	9,3	49,9	40,7
24C	21,8	27,1	50,9	8,4	45,8	45,6
24D	35,5	27,7	36,6	13,7	54,8	31,4
24E	27,2	28,2	44,4	12,1	44,7	43,1
27	11,0	25,8	63,0	2,6	44,2	53,0
30	7,3	25,1	67,4	0,8	35,1	64,0
31	31,4	23,5	44,9	11,6	47,2	41,0
31A	38,1	23	38,8	15,6	48,9	35,3
32	35,6	26,4	37,8	11,6	52,5	35,8
33	24,6	29,3	45,9	5,0	54,9	40,0
34	15,6	28,8	55,5	2,6	51,8	45,4
35	2,4	16,9	80,6	0,3	22,6	77,0
36	34,7	22,6	42,5	11,1	51,0	37,8
37	21,1	22,6	56,2	8,5	39,2	52,1
38	31,7	28,3	39,9	6,0	58,3	35,6
38B	12,0	25,3	62,5	2,2	43,5	54,1
39	13,7	27,7	58,5	1,8	47,1	50,9
40	14,2	29,7	55,9	1,6	50,5	47,7
41	22,0	24,4	53,4	3,7	48,3	47,9
42	9,5	26,8	63,5	1,0	42,2	56,7
43	17,4	25,2	57,3	3,6	43,4	52,9
44	12,1	25,6	62,2	1,9	38,0	59,9
48	13,8	26,1	59,9	2,1	45,8	51,9
49	8,7	23,4	67,8	0,9	39,2	59,8
49A	7,1	24,6	68,1	0,8	39,2	59,8
50	9,9	28,0	62,0	0,7	44,0	55,1
51	14,6	29,2	56,1	1,5	46,2	52,2
52	10,7	24,1	65,0	1,6	38,1	60,1
53	5,9	18,6	75,3	1,2	39,8	68,9
53A	12,8	25,6	61,5	2,3	38,3	59,2
54	29,7	25,5	44,6	7,4	53,7	38,7
55	25,5	19,4	54,9	9,6	38,7	51,6
57	5,7	21,5	72,6	0,6	32,4	66,9
58	8,8	26,0	65,0	0,9	37,7	61,3
59	7,6	23,1	69,2	0,7	35,4	63,8
60	7,6	25,3	67,0	0,8	33,9	65,1
61	14,7	27,2	58,0	1,9	44,0	53,9
61A	5,5	18,7	75,7	1,8	25,3	72,8
62	9,9	25,3	64,7	1,0	40,4	58,5
63	8,5	26,1	65,2	0,8	38,1	61,0
64	9,7	30,5	59,6	0,6	39,7	59,6
64A	4,4	15,2	80,2	1,9	11,6	86,4
65	11,2	25,2	63,5	1,6	40,6	57,7
66	12,5	25,1	62,2	1,5	40,7	57,7
67	7,7	27,0	65,1	0,7	42,1	57
67A	9,1	38,2	52,5	1,8	50,9	47,1
68	6,1	24,4	69,4	1,2	32,2	66,5

69	10,1	29,1	60,7	1,5	48,7	49,7
70	8,6	15,5	75,8	2,2	21,3	76,4
71	5,4	19,6	74,9	0,8	29,5	69,5
71A	1,9	17,5	80,5	0,4	18,7	80,7
72	2,9	16,2	80,7	0,3	19,8	79,7
73	12,9	22,7	64,3	0,9	38,2	60,7

ZI - Zona de informação.

CEA - Proporção de chefes de família com Capital Econômico Alto.

CEM - Proporção de chefes de família com Capital Econômico Médio.

CEB - Proporção de chefes de família com Capital Econômico Baixo.

CCA - Proporção de chefes de família com Capital Cultural Alto.

CCM - Proporção de chefes de família com Capital Cultural Médio.

CCB - Proporção de chefes de família com Capital Cultural Baixo.

**Tabela 3** – Estratos, população, coeficientes de mortalidade geral e padronizado, mortalidade infantil proporcional, razão de mortalidade proporcional e razão de desigualdade, segundo estratos sociais. Salvador, 2000.

Estrato	População	CMG	CMP	RD	MIP	RD	RMP	RD
1	132.284	5,3	3,3	1	3,2	1	78,7	1,5
2	179.540	5,4	3,7	1,1	5,1	1,5	71,2	1,4
3	133.221	3,2	2,8	0,8	7,9	2,4	60,9	1,2
4	1.172.057	4,6	4,6	1,3	10	3	49,9	1
<b>H</b>	819.152	5,4	4,5	1,3	7,9	2,4	63,1	1,2

**Estrato H** - Composto por zonas de informação com proporções equivalentes ou inferiores a 10% na distribuição do Capital Econômico e Cultural.

**Tabela 4** - População, Coeficiente de Mortalidade Padronizado, Mortalidade Infantil Proporcional, Razão de Mortalidade Proporcional. Salvador, 1991,1997,2000 e 2006.

Estrato	População				CMG				CMP				MIP				RMP			
	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006	1991	1997	2000	2006
1	95750	95940	147672	167309	4,3	3,8	5,7	6,4	2,9	3,4	3,4	3,3	3	0,8	2,9	2,7	76	83,2	80,5	80,6
2	257500	376907	284224	322019	6,4	4,6	5,0	5,0	5,3	4,2	3,5	3,1	6,1	3,6	5,1	3,1	66,4	74,6	72,4	74,5
3	215737	225520	438065	496317	5,3	5,6	5,7	5,7	4,5	5,2	4,8	4,5	6,2	4,8	7,9	5,9	68,5	68,7	62,9	65,7
4	1483313	1571930	1566293	1773275	4,8	4,0	4,6	4,6	5,8	3,8	4,4	4,2	11,2	5,7	9,8	6,5	50,9	58,8	51,7	57,7

**Tabela 5** - População, Número total de Zonas de Informação, Coeficientes de Mortalidade Bruto e Padronizado, Mortalidade Infantil Proporcional e Razão de Mortalidade Proporcional, segundo estratos sociais. Salvador, 1991/2000.

Estratos	População		Total ZI		CMG		CMP		MIP		RMP	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
1	95.750	147.672	6	7	4,3	5,7	2,9	3,4	3,0	2,9	76	80,5
2	257.500	284.224	13	20	6,4	5,0	5,3	3,5	6,1	5,1	66,4	72,4
3	215.737	438.065	8	11	5,3	5,7	4,5	4,8	6,2	7,9	68,5	62,9
4	1.483.313	1.566.293	39	37	4,8	4,6	5,8	4,4	11,2	9,8	50,9	51,7

CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral

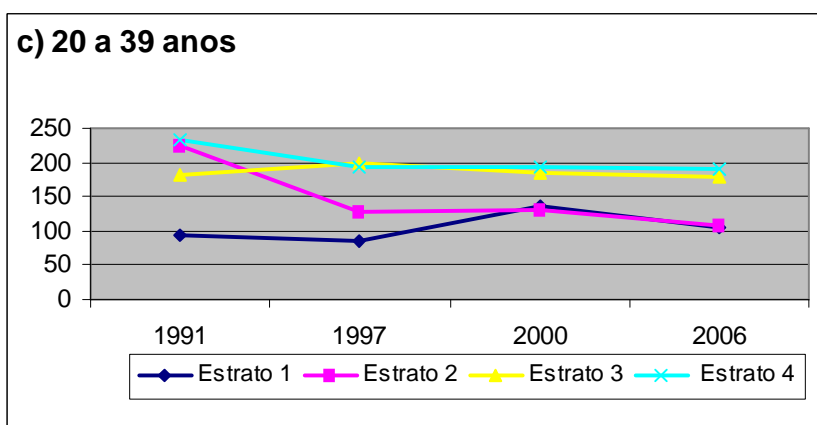
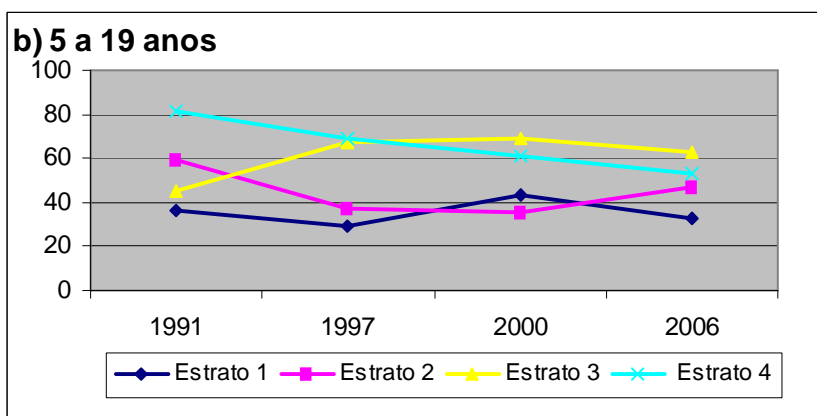
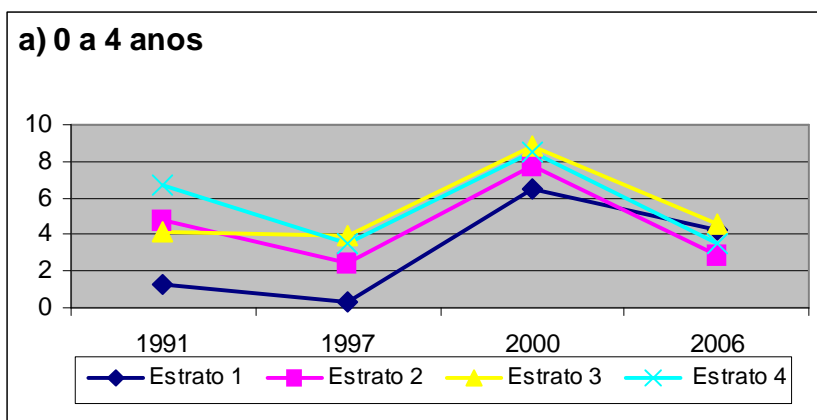
CMP - Coeficiente de Mortalidade Proporcional

MIP - Mortalidade Infantil Proporcional

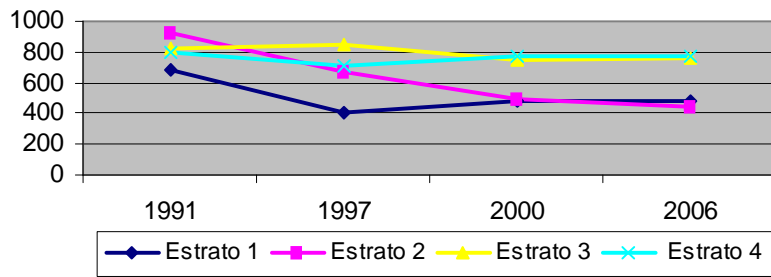
RMP - Razão de Mortalidade Proporcional



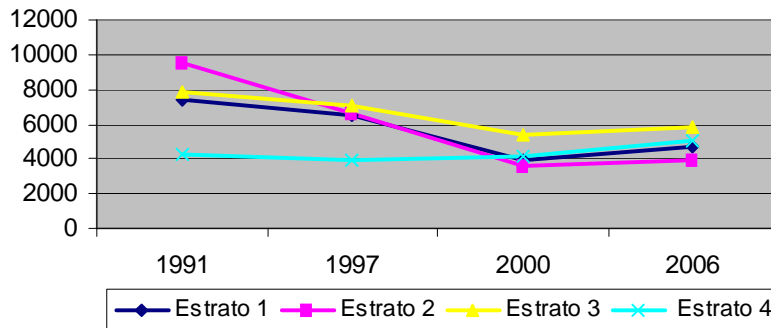
Figura 1 – Evolução do coeficiente de mortalidade por faixa etária. Salvador, 1991 – 2006.



**d) 40 a 64 anos**



**e) > 64 anos**



# REFERENCIAL TEÓRICO

## Espaço Social

Este estudo é baseado no conceito apresentado por Bourdieu, que foi explorado teoricamente <sup>14</sup>, e empiricamente por alguns autores <sup>15 8</sup> para quem o espaço social é constituído por agentes ou grupos que se posicionam de acordo com determinados princípios de diferenciação, que constituem o capital, que pode ser simbólico, econômico ou cultural. <sup>2</sup>

Para Bourdieu a organização do espaço social se dá a partir de três dimensões fundamentais: na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume global de capital, aí incluído todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura ou o peso relativo do capital econômico e do capital cultural no conjunto do seu patrimônio; na terceira de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da estrutura de seu capital. Portanto o espaço é uma estrutura de posições diferenciadas, definidas pelo lugar ocupado pelos agentes na distribuição de um tipo específico de capital. <sup>2</sup>

Conseqüentemente os indivíduos podem ser estratificados dentro de um dado espaço social segundo a amplitude do conjunto do seu capital e segundo sua trajetória pessoal. <sup>4</sup> Segundo Paim<sup>12</sup>, “parte significativa do processo saúde/doença pode ser compreendida como resultante das posições ocupadas pelos agentes no espaço social, bem como das relações daí decorrentes, logo os indivíduos ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção. Os indivíduos tornam-se mais ou menos normativos em relação ao meio de acordo com o tipo e a quantidade de capital acumulado. Desta maneira o capital cultural permite acesso ao saber sobre riscos de adoecer e prevenção dos mesmos, enquanto o capital econômico possibilita maior acesso ao cuidado e a condições de vida, que facultam melhor enfrentamento do processo de adoecimento”.

A normatividade dos indivíduos, no sentido de Canguilhem<sup>14</sup>, diante da vida depende das características do espaço social, dos limites e possibilidades que a estrutura social lhe impõe. A posição do indivíduo neste espaço, as relações que ele estabelece com outras posições estarão relacionadas com a sua capacidade e sua maneira de ser normativo. Os autores assinalam que a maioria dos estudos empíricos sobre desigualdades em saúde utilizam estratificações de grupos sociais que refletem diferenças em seus níveis e volume de capital. A composição econômica do capital individual, habitualmente medido imperfeitamente pela renda, define as possibilidades de acesso a alimentação e a habitação, duas variáveis ligadas a capacidade de fazer face ao risco de doenças e acidentes. A composição cultural, medida seguidamente e também de maneira imperfeita, pelo nível de escolaridade, está ligada aos conhecimentos e representações da doença, dos riscos, dos meios de prevenção, dos serviços disponíveis, da maneira apropriada de utilizá-los e assim por diante.

### **Determinantes Sociais de Saúde**

O uso corrente da palavra determinação pode remeter a conceitos diferentes, o mais utilizado pela ciência é definido por Bunge como *“conexion constante y unívoca entre cosas o acontecimientos, o entre estados ou cualidade de las cosas, así como entre objetos ideales”*.<sup>3</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define determinantes sociais de saúde (DSS) como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. De acordo com a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde<sup>6</sup> (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e dos grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. <sup>4</sup>

Tarlov (1996) define os determinantes como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. <sup>13</sup>

Tradicionalmente determinante social de saúde é identificado através de características individuais como renda, condição de trabalho e posição social. Entretanto populações não são simplesmente coleção de indivíduos e a maneira como se organiza a comunidade, a rede de trabalho, a organização comunitária em escala nacional e global não podem ser medidas em níveis individuais. Processos como “globalização”, capital e coesão social são desafios para caracterização de fatores sociais a nível individual. <sup>7</sup>

O caminho para o entendimento da maneira como estes fatores interagem e suas conseqüências para a saúde da população ou “como os determinantes sociais penetram na saúde” ainda apresentam questões a serem respondidas. O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através dos quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de indivíduos e grupos, já que a relação de determinação não é simplesmente uma relação de causa e efeito. <sup>4</sup> . Lincha et al. <sup>10</sup> estabelece duas hipóteses: primeiro, desigualdade de renda pode estar associada a políticas econômicas e processos sociais que não investem em infra-estrutura física e social (a exemplo da educação) e esta ausência de recursos implicarem em conseqüências para a saúde. Em segundo lugar disparidades na distribuição dos recursos podem ter reflexos na percepção das pessoas sobre o seu lugar no ambiente social influenciando em seu comportamento cognitivo e influenciando no estado de saúde. Distribuições desiguais de renda resultam em uma complexa interação de fatores sociais, históricos e econômicos.

Outros autores <sup>9</sup> sugerem que o aumento da desigualdade eleva o nível de desconfiança social que esta associada ao aumento das taxas de mortalidade. O

desinvestimento em capital social pode ser o caminho através do qual o crescimento das desigualdades exerce seus efeitos no nível de mortalidade da população.

Para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, esquematizar a trama de relações entre os diversos fatores, localizar pontos estratégicos para as ações de políticas e esclarecer as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde alguns modelos vêm sendo desenvolvidos. Dentre os modelos, há aqueles propostos por Dalgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998 adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead 2001); Marmot e Wilkinson. A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde adotou o modelo de Dalgren e que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.<sup>6</sup>

## **Desigualdade**

Um dos conhecimentos mais elementares que sustentam a Saúde Pública desde suas origens é que os problemas de saúde não se distribuem ao acaso e têm frequência e gravidades similares em todos os grupos humanos. Nem toda diferença na situação de saúde das populações pode ser considerada iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade.<sup>5</sup>

Considerando as diferentes matrizes teóricas e levando em conta a contribuição de seus autores, Almeida Filho<sup>1</sup> (1999) estabelece uma terminologia com o objetivo de explicitar uma matriz semântica comum com a seguinte proposição:- *Diversidade*: Variação de características, diferenciação sem dimensionalidade (cultura, nacionalidade, gênero, etnia, geração) na esfera coletiva ou populacional.

*Desigualdade*: Diferenciação com dimensionalidade na esfera coletiva ou populacional; enquanto “evidência empírica das inequidades” pode ser expressa através de indicadores.

*Diferença*: Expressão dos efeitos da diversidade e da desigualdade que se manifesta na esfera individual.

*Inequidade*: Anglicismo por referência a “inequity”, implica diferenças ou variações sistemáticas, desnecessárias e evitáveis no seio de populações humanas.

*Iniquidade*: Refere as iniquidades não só evitáveis mas também iníquas (desleais, vergonhosas e injustas) resultante da injustiça social perante diversidades, desigualdades ou diferenças.

Raça, gênero e etnia expressam diversidades com relação ao processo saúde doença que independem da condição socioeconômica, diferentemente das desigualdades que se entendidas como diferenças tornam-se naturalizadas.

Margareth Whitehead <sup>17</sup> , em documento de consultoria elaborado para OMS refere-se às desigualdades (inequalities) como iniquidades (inequities), quando estas são evitáveis, desnecessárias e injustas, com o propósito de evidenciar a distância do conceito de diferenças e disparidade.

Para Norman Daniels et al. <sup>11</sup>, estes termos sugerem uma complexidade de julgamentos não resolvíveis que resultam em divergências sobre o que é evitável ou desnecessário e tanto quanto o conceito de justiça deve ser ancorado teoricamente. Estes autores citam Rawls (*A Theory of Justice*) que relaciona justiça à igualdade de liberdade, de oportunidade e de distribuição de recursos como base para esta fundamentação na discussão das iniquidades em saúde.

Para a International Society for Equity in Health (ISEqH), equidade em saúde pode ser descrita como “ausência de diferenças sistemática, potencialmente curáveis (*remediáveis*) em um ou mais aspectos da saúde, em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”.

Segundo Vieira - da - Silva <sup>16</sup>, em recente revisão a cerca da série significativa diversidade, diferenças, desigualdade, iniquidade e distinção, esta definição embora efetiva do ponto de vista operacional, pois desloca o problema das

diferenças para o âmbito do controle técnico (diferenças evitáveis), permitindo uma melhor identificação do que seriam situações iníquas para fim de intervenção, não distingue equidade de igualdade ao defini-la como “ausência de diferenças” e não enfrenta o debate da justiça em saúde.

Os autores concluem que os termos “desigualdade” (inequality) e “iniqüidade” (inequity), remetem a noção de justiça de acordo com diferentes correntes teóricas, relacionando-se também com a intencionalidade das políticas e dos sistemas sociais. <sup>16</sup>



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida FN. Desigualdade em saúde segundo condição de vida: Análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. *Organização Pan- americana da Saúde*. Projeto ELAC. JUNHO, 1999.
2. Bourdieu, P. Razões Práticas: Sobre a teoria da ação. Campinas,SP: *Papirus*, 1996.
3. Bunge M; Causalidad. El principio en la causalidad en la ciencia moderna. *EUDEBA*. Septiembre de 1972, p.19.
4. Buss PM, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* vol 17 n°1. Rio de Janeiro, 2007..
5. Castellanos, PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.Considerações conceituais. *ABRASCO, Condições de Vida e Situação de Saúde; (Org.) Rita B. Barata.(1997).*
6. As causas sociais das desigualdades em saúde no Brasil. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Editores Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2008.
7. Evans T; Whitehead M; Diderichsen F; Bhui A; Wirth M. Challenging Inequalities in Health. *Oxford University Press* 2001.
8. Gatrell AC, Popay Jennie, Thomas C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & Place* 10 (2004) 245-57.
9. Kawachi I; Kennedy P B; Kimberly I SM; Stith - Prothrow D. Social Capital, Income Inequality and Mortality. *American Journal of Public Health*. September 1997, vol.87. N°9.
10. Lynch WJ; Kaplan GA; Pamuk ER; Cohen RD, Heck KE; Balfour JL et al. Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States. *American Journal of Public Health*. July 1998, vol. 8, N° 7

11. Norman D; Kennedy BP; Kawachi I.. Is inequality bad for our health? Beacon Press, Boston . Cap. 1, p. 14-17, 2000.
12. Paim, JS. Abordagens teórico-conceituais em estudo de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação, In: BARATA, R, (org) Condições de vida e situação de saúde, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1997, p.7-30.
13. Tarlov A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: Blane, D.; Brunner E.; Wilkinson R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge. p. 71–93, 1996
14. Vieira-da-Silva LM, Dussault. Rupture, revue transdisciplinaire santé, vol. 6, nº2, pp. 192-08,1999.
15. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev. Saúde Pública* 33(2): 186 – 197, 1999.
16. Vieira-da-Silva LM; Almeida FN. Eqüidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 25 Sup 2:S 217-S226, 2009.
17. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *CID/HSP/PAHO*; Washington D.C. 1991.

# Projeto de Dissertação de Mestrado

## INTRODUÇÃO

As relações entre condição de vida e saúde têm sido objeto de estudo em países com diferentes graus de desenvolvimento e com distintos modelos de sistemas de saúde. Diferenciais na mortalidade e na morbidade entre classes sociais e sua distribuição espacial podem ser encontradas em todo o mundo e são evidenciadas pela investigação, associando desigualdade de renda e educação com indicadores de saúde, como expectativa de vida, doenças cerebrovasculares, neoplasias, mortalidade infantil, mortalidade por violência a exemplo dos Estados Unidos, Itália, Coréia, Argentina e Brasil (Haden WC, 2008; De Vogli, 2005; Kim YM 2008; BUCHBINDER 2008;). Em uma revisão sistemática da literatura acerca da desigualdade social e suas conseqüências para saúde constatou-se que a maior parte dos trabalhos examinados aponta evidências desta relação apesar da existência de alguns estudos que a refutam (MACINKO, 2003).

Esses diferenciais na mortalidade e na morbidade das populações entre países ou mesmo dentro de um mesmo país que além de evitáveis são também injustas constituem as iniquidades. (WHITEHEAD, 1991). Tomando a expectativa de vida ao nascer como indicador, esta medida em Serra Leoa é de 34 anos, 81.9 anos no Japão e na região das Américas apresenta variação de aproximadamente dez anos entre os que residem em países mais ricos em relação aos países mais pobres (OPAS, 2006). Como destaca Marmot estas diferenças não são biológicas e reduzir estas iniquidades é uma questão de justiça social. (Marmot, 2005).

A abordagem dos diferenciais na saúde como reflexo das desigualdades de uma sociedade na literatura é vasta, tem produzido estudos e pesquisas tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Na Inglaterra, o estudo internacionalmente conhecido, "The Black Report", demonstrou que indivíduos pertencentes a grupos profissionais pouco ou menos qualificados apresentam piores condições de saúde em relação àqueles pertencentes aos

grupos de ocupações qualificadas e profissionais (BLACK ET AL., 1982). Marmot, em uma investigação conhecida como “estudo de *Whitehall*” acompanhou dez mil funcionários britânicos, durante quase duas décadas e reuniu uma série de dados sobre cada um deles. Em um período de dez anos a taxa de mortalidade dos homens, padronizada por idade, foi três vezes e meio mais elevada nos empregados do escritório ou nos trabalhadores manuais que nos quadros superiores da hierarquia pública, demonstrando uma forte correlação entre a posição social e a saúde. (MARMOT, 1987).

Com o objetivo de promover o debate no âmbito internacional sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde dos indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles gerada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em março de 2005 a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Na Europa foi publicado o “The Solid Facts” documento organizado por Wilkinson e Marmot, onde os autores consolidam pesquisas com evidências acerca da influência de fatores como posição social, stress, desemprego, exclusão social, alimentação, drogas e suporte social na situação de saúde da população. (WHO, 2003).

O Brasil está entre os países com maiores iniquidade em saúde, ocupando o 11º lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina. (CNDSS, 2008 ver como citar).

A modernização da economia não significou melhoria na distribuição de renda, segundo dados do censo, no ano 2000 cerca de 30% da população tinha uma renda *per capita* menor que meio salário mínimo, 75% menor que dois salários e no outro extremo 3% da população com uma renda superior a dez salários mínimos. As desigualdades sociais são acentuadas e a diferença entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres constituem uma razão de renda de 20.89, segundo dados da PNAD 2006. Estas desigualdades no campo da saúde representam anos de vida a menos, maiores riscos de adoecer e distribuição espacial diferenciada dos agravos.

ISHITANI ET AL. (2006), utilizando dados de municípios com melhor qualidade de informação, observaram associação inversa entre condições socioeconômicas (indicada pela renda, escolaridade e moradia) e mortalidade por DVC e por doenças cerebrovasculares e hipertensivas. Em 2008, BASSANESI e colaboradores ao investigar a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e condições socioeconômicas em Porto Alegre, concluíram que quase a metade da mortalidade por DCV antes do 65 anos pode ser atribuída à pobreza.

Uma pesquisa realizada com dados da PNAD de 1998 e 2003, sobre as condições gerais de saúde da população adulta e idosa, mostrou associação direta entre renda domiciliar *per capita* e condições gerais de saúde, capacidade funcional e uso de serviços médicos (consultas médicas) e odontológicos LIMA-COSTA ET AL. (2006).

MARINS ET AL. (2006) investigaram a associação entre fatores socioeconômicos e um índice composto de risco cardiovascular (hipertensão + obesidade + tabagismo + razão cintura-quadril + sedentarismo + alcoolismo). A presença de dois a seis itens constituía risco. As variáveis renda (baixa – menor que a mediana do estudo) e escolaridade (baixa – menor ou igual a oito anos de estudo) foram analisadas em uma regressão logística, separadamente para homens e mulheres. Em ambos os sexos foi encontrada uma maior importância da escolaridade, com uma frequência de risco cerca de duas vezes maior em indivíduos com escolaridade baixa.

KILSZTAJN ET AL. (2005); GAWRYSEWSKI ET AL. (2005) estudando homicídios na Região Metropolitana de São Paulo encontraram escolaridade baixa (menos de 7 anos de estudo) fortemente associada à taxa de homicídios, ajustada para idade, sexo, cor da pele e correlação negativa com a renda média. Maiores coeficientes foram encontrados nos distritos com menor renda e menores naqueles com maiores rendas. As diferenças na mortalidade por causas violentas e externas também apresentaram importante gradiente social em Salvador (MACÊDO AT AL, 2001), Recife (COSTA, 2007) e Rio de Janeiro (FIGUEIREDO,).

Nesta perspectiva parte significativa do processo saúde/doença pode ser compreendida como resultante de posições ocupadas pelos agentes no espaço

social, bem como das relações daí decorrentes. Desse modo, considerando-se os grupos humanos dispostos em diferentes espaços da cidade, a operacionalização desse conceito através de indicadores selecionados permitiria uma análise da realidade, sem contudo, minimizar sua complexidade. O espaço social de uma cidade, ao expressar as condições de vida dos segmentos que o ocupam, representa uma instância da sociedade (PAIM, 1997).

Se a doença é uma manifestação do indivíduo as condições de vida são manifestação do espaço social. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. (Barcellos, 2000).

Com a descentralização das políticas de saúde e o desenvolvimento de ações com bases territoriais é de grande relevância o potencial de uso do espaço geográfico como espaço social, com objetivo de subsidiar políticas de saúde necessárias à superação das iniquidades.

Em Salvador, uma análise sobre a distribuição espacial e social da mortalidade realizada em 1991 revelou a existência de grandes desigualdades sociais. A diferença entre os coeficientes de mortalidade no estrato com melhores condições de vida e aqueles com piores condições de vida variou entre 43,1% e 142,0% o que corresponde a Razões de Desigualdade de 1,4 e 2,4, sendo que tais diferenças chegaram a atingir percentuais de 656,3% (VIEIRA DA SILVA ET AL., 1999). Em que medida essas desigualdades persistem ou foram reduzidas diante da expansão da atenção e implantação do SUS na década seguinte? Visando a contribuir para responder parte dessas questões, o presente estudo se propõe a fazer uma análise comparativa entre a distribuição da mortalidade no espaço social de Salvador em 1991 e 2000.

## OBJETIVOS

1. Analisar a evolução das desigualdades na mortalidade, no município de Salvador, Bahia, Brasil (1991-2000).
2. Discutir possíveis condicionantes da situação encontrada.

## PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Persistem os diferenciais verificados na mortalidade em Salvador em 1991?

## METODOLOGIA

Será realizado estudo de agregado espacial e temporal em Salvador, capital do Estado da Bahia, região nordeste do Brasil. A unidade de análise será composta pelo estrato social resultante da agregação dos setores censitários que compõem o espaço urbano da cidade e da divisão da sua população em seis estratos sociais para os quais serão estimados alguns indicadores de mortalidade.

Fontes de dados: Declaração de óbito de residentes no município e o Censo Demográfico de 2000. A unidade de análise corresponde à zona de informação.

As zonas de informação são estratificadas em profundidade, selecionando-se preliminarmente duas características dos indivíduos indicados como determinantes das condições de vida: o capital econômico e o capital cultural. Essas categorias de análise foram desenvolvidas por Bourdieu (1989), segundo o qual, os indivíduos e grupos de indivíduos situam-se no espaço social em posições definidas principalmente pela composição do seu capital, econômico e cultural. Numa primeira dimensão, os indivíduos situam-se no espaço social de acordo com a composição global do seu capital e, numa segunda dimensão conforme a estrutura do mesmo, ou seja, a depender do peso das diferentes espécies de capital (econômico e cultural). Uma aproximação dessas categorias será efetuada através da utilização das variáveis rendas e grau de instrução a serem obtidos no Censo Demográfico de 2000.

As famílias serão classificadas segundo a faixa de renda do chefe por zona de informação a partir de dados dos setores censitários. As zonas de informação serão classificadas por estratos, das seguintes formas: 1) Capital Econômico Baixo(CEB): sem rendimento e com rendimento de até 2 salários-mínimos

(inclusive); 2) Capital Econômico Médio (CEM) rendimento superior a 2 até 5 salários-mínimos (inclusive); 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários-mínimos. Cada zona de informação será classificada em um dos três estratos, tendo em vista a maior proporção de famílias com CEA, CEM, ou CEB.

Para cada zona informada, será avaliado também o grau de instrução do chefe de acordo com a seguinte classificação: 1) Capital Cultural Baixo (CCB): sem instrução ou até 7 anos de estudo (fundamental incompleto); 2) Capital Cultural Médio (CCM): 8 a 14 anos de estudo (fundamental e médio completos); 3) Capital Cultural Alto (CCA): 15 anos de estudo e mais (superior completo, mestrado e doutorado).

Serão coletados dados relativos aos óbitos através das Declarações de Óbito (DO) de residentes do município de Salvador que se encontram arquivadas no Centro de Informações de Saúde/CIS da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/SESAB. A partir do registro do bairro de residência referido no endereço habitual, as Declarações serão classificadas e codificadas segundo as respectivas zonas de informação

## REFERENCIAIS TEÓRICOS

### **Espaço Social**

O referencial teórico deste estudo é baseado no conceito apresentado por Bourdieu, para quem o espaço social é constituído por agentes ou grupos que se posicionam de acordo com determinados princípios de diferenciação, que constituem o capital, que pode ser simbólico, econômico ou cultural.

A organização espaço social se dá a partir de três dimensões fundamentais: na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume global de capital, aí incluído todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura ou o peso relativo do capital econômico e do capital cultural no conjunto do seu patrimônio; na terceira de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da



estrutura de seu capital. Portanto o espaço é uma estrutura de posições diferenciadas, definidas pelo lugar ocupado pelos agentes na distribuição de um tipo específico de capital. (Bourdieu, 1996).

Segundo Paim (1997:14), “parte significativa do processo saúde/doença pode ser compreendida como resultante das posições ocupadas pelos agentes no espaço social, bem como das relações daí decorrentes, logo os indivíduos ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção. Os indivíduos tornam-se mais ou menos normativos em relação ao meio de acordo com o tipo e a quantidade de capital acumulado. Desta maneira o capital cultural permite acesso ao saber sobre riscos de adoecer e prevenção dos mesmos, enquanto o capital econômico possibilita maior acesso ao cuidado e a condições de vida, que facultam melhor enfrentamento do processo de adoecimento”.

### **Determinantes Sociais de Saúde**

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e dos grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. (Buss, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os determinantes sociais da saúde são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. De acordo com a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde.

Tarlov (1996) define os determinantes como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”.

Para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, localizar pontos estratégicos

para as ações de políticas e esclarecer as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde diversos modelos vêm sendo desenvolvidos. Dentre os principais modelos, há aqueles propostos por Dalgren (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998 adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead 2001); Marmot e Wilkinson. A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde adotou o modelo de Dalgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. (CDSS).

## **Desigualdade**

Um dos conhecimentos mais elementares que sustentam a Saúde Pública desde suas origens é que os problemas de saúde não se distribuem ao acaso e têm frequência e gravidades similares em todos os grupos humanos. Nem toda diferença na situação de saúde das populações pode ser considerada iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade. (Castellanos, 1997).

Para a International Society for Equity in Health iniquidade em saúde pode ser definida como ausência de diferenças sistemática, potencialmente evitáveis (*remediáveis*) na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.

As iniquidades em saúde podem ser referidas, não como um valor abstrato, mas sim como uma manifestação mensurável da injustiça social, geralmente representada pelos diferenciais no risco de adoecer ou morrer. Esses riscos, por sua vez, se originam das condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços, inclusive de saúde. (Silva e Berti, 2002).

## QUESTÕES ÉTICAS

Serão utilizados como fontes de dados o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBEGE e Declarações de Óbitos arquivadas no Centro de Informações em Saúde/CIS da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/SESAB. Os dados serão analisados de forma consolidada, preservando a identidade dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, RB, ALMEIDA, MONTEIRO CV, SILVA ZP. *Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brasil, 1998*. Cad.Saúde Pública 2007; 23(2):305-

BARCELLOS, C., 2000. *Organização espacial, saúde e qualidade de vida*. In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento (Fundação Oswaldo Cruz, org.), Série Fiocruz: Eventos Científicos 2, pp. 27-34, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

BUCHBINDER, M. *Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal*. Arch Argent Pediatr 2008; 106(3):212-218.

BLACK, D., MORRIS, J. N., SMITH, C., TOWNSEND, P. *Inequalities in health. The Black Report*. New York: Penguin/London: Pelikan, 1982.

BLANK, N., DIDERICHSEN, F. *Inequalities in health: the interaction between socio-economic and personal circumstances*. Public Health 110: 157 – 162, 1996.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL/Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas,SP: papirus, 1996.

COSTA, E. R. I. AT AL. *Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1193-1200, 2007.

CASTELLANOS, P.L.; *Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.Considerações conceituais*.ABRASCO, Condições de Vida e Situação de Saúde; (Org.) Rita B. Barata.(1997).

EVANS, R.G. (1994). *Why are some people healthy and others not?*  
Introdução. Cap. 1, p.1-17 in EVANS, R. G., BARER, M. L., MARMOR, T. R.  
Aldine de Gruyter, New York. (Tradução, mimeo).

GAWRYSZEWI, PINHEIRO V; SCARLAZZARI L; *Homicídios e desigualdades Sociais no Município de São Paulo*.

GUZMAN, M. J. *Trends in socio-economic differential in infant mortality in selected Latin-American countries*. In: RUZICKA, L., WUNSCH, G., KANE, P. Editors. *Differential mortality, methodological issues and biosocial factors*. New York: Oxford University Press: 1989, p. 132 – 144.

HADDEN WC; ROCKSWOLD PD. *Increasing differential mortality by educational attainment in adults in the United States*. [Int J Health Serv](#); 38(1):47-61, 2008.

IDB-2007- Ministério da Saúde, Brasil.

ISHITANI LH, FRANCO CG,PERPÉTUO IHO,FRANÇA E. *Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil*. *Rev de Saúde Pública* 2006,40(4):684-91.

LIMA-COSTA MF,MATOSDL,CAMAARANO A. *Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios(PNAD 1998,2003)*. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11 (4) :941-50.

MACÊDO, A.C., PAIM, J. S., VIEIRA DA SILVA, L. M., COSTA, M. C. N. *Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil*. Rev. Saúde Pública 35(6): 515 – 522, 2001.

MARCOS, B . *Mortalidad infantil y desigualdad socio-económica en la Argentina. Tendencia temporal*. Arch Argent Pediatr 2008; 106(3):212-218

MARMOT, M (2005) << *Social determinants of health inequalities*>>. Lancet 365: 1099-1104.

PAIM, J. S., COSTA, M. N. C. *Decréscimo e desigualdade da mortalidade infantil, Salvador, 1980 – 1988*. Bol. Oficina Sanit. Panam. 114: 415 – 428, 1993.

PNUD-2007

PAIM, J. S. *Abordagens teórico-conceituais em estudo de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação*, In: BARATA, R, (org) *Condições de vida e situação de saúde*, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1997, p.7-30.

ROBERTO De V. AT AL. *Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialized countries*. Epidemiol Community Health 2005; 59: 158–162.

KILSZTAJN, S. AT AL, *Comparação entre diferentes fontes de dados sobre homicídio no Município de São Paulo*.

KIM C.W; LEE, S.Y; MOON O. R. *Inequalities in cancer incidence and mortality across income group and policy implication in South Korea*. Public Health; 122(3):229-36, 2008 Mar.

RELATÓRIO DA COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Brasil, 2008.

SANTOS S. M., NORONHA C. P. *Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Pública 17(5): 1099 – 1110, 2001.

BASSANESI S. L., AZAMBUJA M. I., ACHUTTI A. *Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Academia Sul-Riograndense de Medicina, Porto Alegre, RS – Brasil.

SZWARCWALD C. L., BASTOS F. I., ESTEVES, M. A. P., ANDRADE, C. L. T., PAEZ, M. S., MEDICI, E. V., DERRICO, M. *Desigualdades de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro*. Cad. Saúde Pública 15(1): 15-28, 1999.

WHITEHEAD M., *The concept and principles of equity and health*. 1991, CID/HSP/PAHO; Washington D.C.

WILKINSON, R., MARMOT, M. (2003). << *Social determinants of health: solid facts* >> WHO Europe, Copenhagen.

VICTORA, C. G., BARROS, F. C., VAUGHAN, J. P. *Epidemiologia da Desigualdade*. São Paulo: Hucitec, 1989.

VIEIRA DA SILVA, L. M., PAIM, J. S., COSTA, M. C. N. *Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais*. Rev. Saúde Pública 33(2): 186 – 197, 1999.