



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva**

Desigualdades sociais na mortalidade do adulto em Salvador-Bahia

ROSANIA DA PAIXÃO SANTIAGO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador, 2012

ROSANIA DA PAIXÃO SANTIAGO

**Desigualdades sociais na mortalidade do
adulto em Salvador-Bahia**

Dissertação sob a forma de Artigo apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição N. Costa

Salvador,2012



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ROSANIA DA PAIXÃO SANTIAGO

Desigualdades sociais na mortalidade do adulto em Salvador-Bahia

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data da defesa: 02 de Abril de 2012

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Conceição N. Costa –ISC/UFBA

Profa. Dra. Ligia Maria Vieira- ISC/UFBA

Profa. Dra. Maria Edna Araújo- UEFS

Salvador

2012

Agradecimentos

Um agradecimento único na verdade, ao mestre da vida, às conspirações positivas do universo, que me deram alguns ouros, para compor a minha existência, como ajuda para aprender a estar na vida.

Para estas pessoas grandiosas e inesquecíveis na minha vida muito obrigada a:

Minha mãe Maria Izabel da Paixão Santiago;

A minha orientadora Profa. Dra. Maria da Conceição Nascimento Costa, a quem devo essa trajetória de aprendizado, desde o acolhimento especial do primeiro dia;

A Profa. Ligia Maria Vieira da Silva;

Aos amigos do Capsia da Liberdade, especialmente Maíra Medina, Natali Góes, Aline Fonseca de Góes;

Aos amigos da Emergência de São Marcos: Flávia Gabriela Rodrigues, Lorena Sampaio, Claudinha Almeida Moura, Bianca Marques e Juliana Marques;

Aos amigos sempre presentes, Carlos Bernardo Loureiro, Késsia Rafaela, Suely Faillace, Sandra Pereira, Gênova Carvalho, Adriana Santana;

Especial agradecimento ao apoio a todos os amigos e colegas do curso, especialmente, Carla Soares, Monique França, Thaís Aranha, Yaná Magalhães, além daqueles que contribuíram diretamente para organização desse trabalho, Marcio S. da Natividade, Wilton Aguiar e Gustavo Nunes de Oliveira Costa;

Aos profissionais desta instituição, Thaís Santos, Bia de Magalhães, Anunciação Dias, Moisés da Hora Gonçalves, Clinger Teodoro de Carvalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

SIGLAS E ABREVIATURAS

APRESENTAÇÃO

RESUMO

ABSTRACT

ARTIGO

Desigualdades sociais na mortalidade do adulto em Salvador-Bahia nos anos de 2001 e 2006

Introdução

Material e Métodos

Resultados

Discussão

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO

TABELAS

PROJETO DE DISSERTAÇÃO

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População, Taxas (Bruta, Padronizada*, variação $\Delta\%$) de Mortalidade**, e Razão de Desigualdade (RD) para a população de 15 a 64 anos segundo condição socioeconômica.Salvador,2001 e 2006.....

Tabela 2 - Taxa de mortalidade (TM/10.000hab.) e Razão de Desigualdade (RD) para a população de 15-64 anos, por estrato de condição socioeconômica e faixa etária Salvador, 2001 e 2006.....

Tabela 3 – Taxa de mortalidade (/10.000 hab.) para a população de 15a 64 anos segundo grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômicas. Salvador, 2001 e 2006.....

Tabela 4 – Proporção (%) de óbitos da população masculina de 15 a 64 anos segundo os seis principais grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômicas, Salvador, 2001 e 2006.....

Tabela 5 – Proporção (%) de óbitos da população feminina de 15 a 64 anos segundo os seis principais grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômicas Salvador, 2001 e 2006.....

SIGLAS E ABREVIATURAS

RD: Razão de Desigualdade

CV: Condição de Vida

SC: Setores Censitários

CC:Capital Cultural

CE: Capital Econômico

CCA: Capital Cultural Alto

CCB:Capital Cultural Baixo

CCM: Capital Cultural Médio

CEA: Capital Econômico Alto

CEB:Capital Econômico Baixo

CEM:Capital Econômico Médio

CEMB:Capital Econômico Muito Baixo

IBGE:Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

APRESENTAÇÃO

Este artigo representa o produto final do curso de Mestrado em Saúde Pública, área de concentração em Planejamento e Gestão. Embora seja um estudo epidemiológico, apresenta clara interface com a área de planejamento na vertente da análise da situação de saúde da população na medida em que produz informações que poderão subsidiar a gestão dos serviços de assistência. Teve como objeto a mortalidade adulta, na tentativa de trazer para reflexão, a necessidade de aprofundar os estudos para esse grupo populacional, uma vez que a literatura sinaliza que se acentua cada vez mais o número de óbitos por causas que acometem, principalmente, os adultos.

O estudo que examinou as desigualdades sociais na mortalidade do adulto, buscando apreender o contexto social de mortes para a população com idades de 15 a 64 anos, em Salvador, significou para mim uma grande oportunidade de ingresso na ciência epidemiológica, contribuindo para ampliação das análises de situação em saúde para além das minhas bases teóricas, enquanto Assistente Social.

Este trabalho constitui-se em parte de um projeto mais amplo denominado “Evolução dos determinantes sociais da morbimortalidade no espaço urbano de Salvador, 1991-2006”, 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.

A elaboração desse artigo seguiu as normas dos Cadernos de Saúde Pública, periódico ao qual deverá ser submetido para publicação, após revisão e incorporação das sugestões da Banca Examinadora.

RESUMO

Realizou-se um estudo de agregados espaciais para analisar as desigualdades sociais na mortalidade do adulto (15-64 anos), em Salvador, nos anos de 2001 e 2006, tendo o Setor Censitário (SC) como unidade de análise. Os dados sobre os óbitos foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município de Salvador e os indicadores demográficos e socioeconômicos foram provenientes do IBGE. A partir da renda e escolaridade do chefe de família, os SC foram agrupados em seis estratos de condição socioeconômica. Após os endereços de residência dos falecidos serem georeferenciados por SC os óbitos foram distribuídos nos referidos estratos e, a seguir, calculou-se o coeficiente de mortalidade (bruto e padronizado) para o grupo populacional, por faixa etária e por grupos de causas para cada estrato. Mortalidade proporcional foi calculada para cada sexo e grupo de causas. O risco de morte nesta população foi em média de 35,3/10.000 hab. para 2001 e 35,6/10000hab. para 2006. Desigualdade social nesta mortalidade foi examinada pela Razão de Risco de mortalidade ou razão de desigualdade (RD). Observou-se um gradiente linear e crescente do risco de morte no sentido dos estratos de baixa condição socioeconômica. No ano de 2006 registrou-se uma redução da RD, exceto na faixa etária de 15-19 anos. As Neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório foram as causas de morte mais frequentes no estrato de melhor condição socioeconômica. A RD referente a mortalidade por Causa Externa foi quase 2 vezes mais elevada no estrato de muito baixa condição socioeconômica. O cenário delineado de desigualdade social na mortalidade da população de 15-64 anos, de Salvador aponta para a necessidade de medidas visando prevenir mortes prematuras, especialmente nos estratos populacionais de condições socioeconômicas mais desfavoráveis.

Palavras-chave: Desigualdades sociais, mortalidade, adultos, condição socioeconômica.

ABSTRACT

A study on spatial aggregation was conducted in Salvador to analyze social inequalities in adult mortality (age 15 to 64), from 2001 to 2006. The unit of analysis was Census Sector (SC). Mortality Data were provided by the Health Department of the Municipality of Salvador and the demographic and socioeconomic indicators were obtained from the IBGE. According to income and household head level of education, the SC were grouped into six strata of socioeconomic conditions. After geo-referencing residence addresses by SC, deaths were distributed in these strata, and then calculated the mortality rate for population group, by age and groups of causes for each stratum. The proportionate mortality was calculated for each sex and group of causes. The risk of death in this population was on average 35.3 / 10 000 inhabitants and 35.6 for 2001/10 000 inhabitants in 2006. Social inequality in this mortality was examined by the ratio of mortality risk or inequality ratio (IR). There was a linear and increasing gradient in the risk of death in the sense of the strata of low socioeconomic conditions. In 2006 there was a reduction in DR except in the age group 15 to 19 years. Neoplasm and diseases of the circulatory system were the most frequent causes of death in the stratum of better socioeconomic conditions. RD regarding external cause mortality was almost two times higher in the layer of very low socioeconomic conditions. The scenario outlined social inequality in mortality for the population between 15 to 64 years, in Salvador, points to the need for preventing premature deaths, especially in the most unfavorable socioeconomic conditions strata.

Keywords: Social inequalities, mortality, adult, adult mortality, socioeconomic conditions.

1 INTRODUÇÃO

As discussões acerca da participação de fatores sociais no processo saúde-doença, intensificadas a partir dos anos de 1980, vem contribuindo para fortalecer e disseminar a ideia de que a saúde é resultante das condições de vida da população. As variações na distribuição de problemas de saúde são verificadas em todo o mundo e explicadas por diversas teorias sobre desigualdades sociais em saúde. Uma dessas correntes teóricas sugere que tais desigualdades são determinadas pela posição socioeconômica do indivíduo, variando de uma população para outra, acompanhando a trajetória dos processos e mudanças políticas e econômicas^{1 2 3}, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Mesmo em países centrais, onde as condições socioeconômicas são melhores, inúmeras evidências de desigualdades sociais em saúde têm sido obtidas a partir de estudos ecológicos realizados com técnicas variadas de mensuração e o emprego, predominantemente, de indicadores de mortalidade e categorias sociais como posição social, raça, renda e escolaridade, tendo como principal alvo a população adulta^{4 5 6}. Para esse grupo populacional, as tendências da mortalidade considerando a situação socioeconômica constituem-se nos temas mais frequentes de investigação^{7 8 9}

Igualmente, nos países em desenvolvimento tem sido registrados padrões distintos de desigualdades nos níveis de saúde, entretanto os estudos sobre esse tema referem-se principalmente à população geral e infantil. Na América Latina, por exemplo, os impactos negativos das mudanças econômicas nas condições de vida da população, mais acirrados a partir da década de 80, traduziram-se em diminuição da qualidade de vida¹⁰, cujos efeitos se expressaram na distribuição desigual da mortalidade de grupos ocupacionais em aglomerados urbanos^{13 12}

No Brasil, projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE indicam que, apesar do envelhecimento populacional, o crescimento da população adulta será mantido em níveis elevados até a década de 2040-2050¹³. Acompanhando essas

mudanças demográficas, o atual momento de transição epidemiológica indica a ascensão de problemas de saúde como violência ¹⁴ e doenças cardiovasculares ^{15 16} tendo como alvo principal a população adulta.

Desigualdade social na saúde do adulto tem sido analisada em alguns estudos nacionais mediante comparações regionais e intra-urbana ¹⁷. A ênfase, até meados dos anos de 1990, era nas doenças infectocontagiosas, mas posteriormente as análises sobre desigualdade em saúde passaram a abordar as causas externas de óbitos, doenças cardiovasculares ^{16 18} e neoplasias ¹⁹. Dados do Ministério da Saúde revelam que nas últimas décadas, parcela expressiva da população adulta, no Brasil, perde a vida prematuramente, falecendo antes de alcançar a terceira idade, o que representou 41,2% do total de 1.003.350 óbitos registrados no Brasil, em 2005 ²⁰.

Os índices de mortalidade elevam-se significativamente em áreas de piores condições socioeconômicas ^{16 21}. Em algumas cidades como Porto Alegre, a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares chega a ser 2,6 vezes maior no grupo de mais baixa condição socioeconômica que naquele de melhor condições ¹⁵. Em geral, demonstra-se que as cidades com menores índices de desigualdades sociais possuem maior equilíbrio da mortalidade entre os diversos estratos sociais. Assim, a partir de um vasto leque de opções metodológicas, tem-se confirmado o impacto produzido por condições sociais desfavoráveis no sentido de aumentar o risco de morte, na grande maioria para o sexo masculino, refletindo com maior intensidade as desigualdades no risco de morrer ^{14 22 23}

Apesar de alguns autores revelarem uma maior propensão para a ascensão de problemas de saúde da população em idade adulta ²⁴, o estudo da morbimortalidade desse grupo populacional ainda não é um campo muito explorado no Brasil. A maior produção acadêmica concentra-se nas regiões Sul ^{15 25 26} e Sudeste ²⁷. No Nordeste, as publicações são em menor número ²⁸. Em Salvador (BA), os estudos sobre desigualdades sociais em saúde analisam diferenciais intra-urbanos da mortalidade geral ou por causas que acometem a população adulta ^{29 30 31}. A necessidade de estudar a mortalidade da população adulta se mostra presente em função da transição epidemiológica que se caracteriza pela redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e a expressividade das doenças crônico-degenerativas que acometem com maior intensidade os adultos.

Esse cenário evidencia a necessidade de continuar investigando as tendências da desigualdade social na mortalidade do adulto em períodos e populações distintas. Ademais, permanecem algumas lacunas no que diz respeito à mortalidade específica nessa população, relativas a grupos de maior risco, causas de morte e tendências recentes, principalmente, analisando os padrões segundo diferentes condições socioeconômicas a partir de um nível menor de desagregação do território intramunicipal. Examinar o perfil social da mortalidade do adulto assume grande relevância, pois representa a oportunidade de produzir informações que poderão contribuir para sinalizar ações que proporcionem uma vida mais saudável àqueles que formam a população em idade ativa e melhorar a qualidade de vida para a fase seguinte. A prevenção de mortes prematuras de adultos é tão importante para a política global de saúde quanto a melhoria da sobrevivência infantil³². Discutir os problemas de saúde referentes a etapa mais longa da vida, significa também refletir acerca dessas questões antes que eles recrudesçam na fase seguinte. O objetivo desse estudo foi analisar as desigualdades sociais na distribuição espacial da mortalidade do adulto em Salvador, nos anos de 2001 e 2006. Distingue-se de outros estudos por ter empregado uma unidade de análise mais homogênea, o Setor Censitário, estratégia que permitiu constituir grupos populacionais mais semelhantes em suas características econômicas e sociais.

2 MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo de agregados espaciais da mortalidade na população de 15 a 64 anos residente, em 2001 e 2006, em Salvador, capital do estado da Bahia, localizada no nordeste do Brasil. A opção por esses dois anos decorreu do fato dos mesmos terem apresentado maior proporção de endereços geocodificados (95,8% e 98%, respectivamente), que os demais anos dessa década. Visando facilitar a comparação dos resultados obtidos, considerou-se como população adulta, na presente investigação, aquela com idade de 15 a 64 anos, tendo em vista que este recorte tem sido adotado na maioria dos estudos nacionais e internacionais da mortalidade desta faixa etária.

A unidade de análise empregada foi setor censitário (SC), menor unidade territorial com limites físicos identificáveis em campo, que corresponde a dimensão adequada à

operação de pesquisas. Seu conjunto esgota a totalidade do território do município permitindo assegurar sua plena cobertura e a categorização de áreas mais homogêneas de acordo com a condição socioeconômica do chefe de família. Para o Censo Demográfico de 2000, a cidade foi dividida em 2524 SC ¹³. Dados sobre os óbitos de adultos foram fornecidos, em meio magnético, pela Secretaria de Saúde do Município de Salvador (SMS) enquanto os indicadores demográficos e socioeconômicos foram provenientes do IBGE/Censo Demográfico de 2000, já distribuídos por SC.

A geocodificação dos endereços de residência dos falecidos, por SC, foi realizada com o emprego do LOCALIZA, *software* desenvolvido no ISC/UFBA, e com o Google Earth, programa de acesso livre desenvolvido e distribuído pelo Google. Os SC foram classificados segundo alguns dos indicadores socioeconômicos como a renda e escolaridade do chefe da família, variáveis consideradas como *Proxy*, de duas das categorias de análise das condições de vida num espaço social, respectivamente capital econômico e o capital cultural. Essa estratégia já foi aplicada em outras pesquisas e encontra-se mais detalhada em estudos anteriores realizados no mesmo município ³³. Para essa classificação foi considerada a maior proporção de chefes de famílias, em cada SC, nas classes de educação, conforme a seguir: 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 e superior incompleto); 3) Capital Cultural Alto (CCA): 15 anos de estudo e mais (superior completo, mestrado ou doutorado).

O mesmo procedimento foi adotado para as faixas de renda, no entanto, diferentemente do método original, ao invés de classificar os setores censitários em três categorias de capital econômico, no presente estudo foram consideradas quatro: 1) Capital Econômico Muito Baixo (CEMB) rendimento menor ou igual a 2 salários-mínimos; 2) Capital Econômico Baixo (CEB): rendimento de 2 até 5 salários-mínimos; 3) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento acima de 5 até 10 salários-mínimos e 4) Capital Econômico Alto (CEA) acima de 10 salários-mínimos.

A partir da combinação das respectivas classificações do capital econômico e capital cultural, cada SC foi agrupado em seis estratos de condições socioeconômicas: I – Elevada (CCA/CEA); II – Média/Alta (CCM/CEA); III – Intermediária (CCM/CEM); IV – Média /Baixa (CCM/CEB); V–Baixa (CCM/CEMB) e; VI –Muito Baixa

(CCB/CEMB). Não foram incluídos na formação de estratos 22 dos 2524 SC por formarem combinações (cinco) que englobavam reduzido número de habitantes e menos de 20 óbitos.

Para cada estrato condições socioeconômica foi calculada a taxa de mortalidade para o conjunto da população de 15-64 anos (bruta e padronizada por idade, tomando como padrão, a população de Salvador em 2010), por faixas etárias selecionadas, e também a mortalidade proporcional por grupos de causas (10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças/CID-10), para o total de óbitos e para cada sexo. A existência de desigualdades sociais nesta mortalidade foi examinada mediante emprego da Razão de Risco de mortalidade (Razão de Desigualdade/RD), tomando como referência o estrato de melhores condições socioeconômicas. Calculou-se ainda a variação (em percentual) do risco de morte e da razão de desigualdade da mortalidade para o conjunto da população de 15-64 anos

3 RESULTADOS

Nos anos de 2001 e 2006, a população residente em Salvador com idade de 15 a 64 anos era de 1.626.787 e 1.736.134 habitantes, respectivamente, que constituía 65,4% e 64% da população total da cidade. Em cada um desses anos, foram registrados para esta população 5.732 e 6175 óbitos, correspondendo a taxas de mortalidade de 35,3/10.000 e 35,6/10.000 habitantes, e crescimento de 0,85%. Do total desses óbitos, foram georeferenciados por SC 5488 (95,8%) ocorridos em 2001 e 6055 (98%) em 2006, os quais foram agregados por estratos de condições socioeconômicas.

Observa-se na tabela 1, que a maioria da população analisada concentrava-se nos estratos de condições socioeconômicas baixas e muito baixas (77,9% em 2001 e 77,5%, em 2006). Salvo algumas exceções, as taxas de mortalidade foram mais elevadas nos estratos de mais baixas condições socioeconômicas da população. De 2001 para 2006, a taxa bruta de mortalidade se elevou em todos os estratos (variação de 3,4% no de média/alta condição socioeconômica a 19,8% no de alta condição socioeconômica),

exceto no de intermediária condição socioeconômica que apresentou queda de 18,7%). A taxa de mortalidade padronizada por idade, em 2001, foi de 17,6/10.000 no estrato de elevada condição socioeconômica, enquanto nos de condição socioeconômica baixa e muito baixa foi de 41,3/10.000 e de 37,5/10.000 hab. Em 2006, o crescimento das taxas padronizadas com a piora das condições socioeconômicas tornou-se mais linear, sendo de 20,9 e 47,7/10.000, respectivamente, nos estratos de alta e de muito baixa condição socioeconômica. Os maiores aumentos observados, de 2001 para 2006, nas taxas padronizadas ocorreram no estrato de alta condição socioeconômica (18,8%), embora suas taxas fossem sempre as mais baixas, e também no estrato de muito baixa condição socioeconômica (27,2%). As razões de desigualdades decresceram em 2006, exceto no estrato de muito baixa condição socioeconômica, todavia nos dois anos apresentaram um gradiente linear e crescente no sentido do estrato de muito baixa condição socioeconômica, no qual seus valores foram de 2,1 em 2001 e de 2,3 em 2006.

Em ambos os anos do estudo e em todos os estratos de condição socioeconômica, a taxa de mortalidade foi aumentando linearmente com o avanço da idade e também à medida que eram piores as condições socioeconômicas. Na faixa etária de 15-19 anos, a mortalidade no estrato de média/baixa condição socioeconômica, em 2001, foi menor do que no melhor estrato social, sendo a RD de 0,8. Neste estrato, entre 2001 e 2006, a mortalidade nesta faixa de idade apresentou redução de 48,9% (passou de 4,7 para 2,4/10000hab.). Ainda em 2001, as faixas etárias de 20-29 e 60-64 anos apresentaram aumento da RD à medida que eram mais baixas as condições socioeconômicas. Nas demais faixas etárias, somente no estrato de média/baixa condição socioeconômica a taxa de mortalidade não obedeceu este padrão de distribuição. As RD no estrato de muito baixa condição socioeconômica variaram de 2,1 (30-39 anos) a 2,7 (50-59 anos).

Em 2006, verificou-se aumento no risco de morte em quase todos os estratos de condição socioeconômica, para a maioria das faixas etárias, exceto para os indivíduos de 30-39 anos que apresentaram redução. Entretanto, comparando-se ao ano de 2001, observou-se que houve queda da RD em quase todos os estratos de condição socioeconômica e faixas etárias, exceto para as idades de 15-19 anos na qual houve aumento da RD cujo valor variou de 2,6 a 4,9, respectivamente, nos estratos de média/alta e de muito baixa condição socioeconômica. O valor mais baixo de RD observado em 2006 para esta faixa etária (2,6) correspondeu a RD mais elevada desse

mesmo grupo etário em 2001 (tabela 2).

Na tabela 3, observa-se que em 2001, as neoplasias (28,9/10000), doenças do aparelho circulatório (27,0/10000) e causas externas (12,8/10000) foram, nesta ordem, os principais grupos de causas de óbitos no estrato de alta condição socioeconômica. No entanto, nos estratos de média/alta, intermediária, média/baixa e baixa condição socioeconômica as doenças do aparelho circulatório ocuparam a primeira posição, sendo seguidas pelas neoplasias e causas externas. No estrato de muito baixa condição socioeconômica, as causas externas foram o grupo que apresentaram maior risco de morte (24,6/10000). No ano de 2006, as neoplasias (27,1/10000) mantiveram-se no primeiro lugar no estrato de alta condição socioeconômica e também passaram a ocupar esta posição no estrato de média/alta condição socioeconômica (28,8/10000). Nos estratos de média/baixa, baixa e muito baixa condição socioeconômica as causas externas foram os principais grupos de causas de morte com taxas de 25,2/10000, 23,2/10000 e 28,5/10000 hab., respectivamente.

Considerando-se os óbitos do sexo masculino (Tabela 4), verifica-se que, no ano de 2001, as causas externas ocupam a primeira posição em quatro dos seis estratos de condição socioeconômica, com as seguintes proporções: 34,5% (muito baixa CSE), 28,8% (baixa CSE), 24,8% (intermediária CSE) e 21,8% (média/alta CSE). No estrato onde as condições socioeconômicas eram altas as doenças do aparelho circulatório (25,4%) e as neoplasias (23,7%) foram as principais causas de óbito, e no de média/baixa também as doenças do aparelho circulatório (29,5%) ocuparam a primeira posição, porém a seguir encontram-se as causas externas (26,1%). Em 2006, as causas externas predominaram nos estratos de muito baixa (38,9%), média/baixa (34,5%) e baixa condição socioeconômica (33,0%). As neoplasias ocuparam o primeiro lugar apenas nos estratos de média/alta condição socioeconômica (25,9%) e as doenças do aparelho circulatório no de intermediária (22,4%) e alta (23,4%). Nestes, as causas externas vem a seguir com percentuais de 21,8% e 23,4%, respectivamente.

Com relação ao sexo feminino, observa-se na tabela 5 que, em 2001, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório destacaram-se, respectivamente, nos estratos de condição socioeconômica com percentuais conforme a seguir: alta (35,5 % e 29,9%); média/alta (33,7% e 30,4%); intermediária (27,2% e 24,3%); e Média/Baixa (28,6% e 22,9%); as doenças do aparelho circulatório predominaram nos estratos de baixas

(34,8%) e muito baixas (31,9%) condição socioeconômica. Este padrão de distribuição de causas de óbitos se manteve no ano de 2006 com percentuais de 42,3% e 19,6% (alta CSE); 33,7% e 18,0% (média/alta CSE); 32,5% e 24,1% (intermediária CSE); e 32,9% e 30,0% (média/baixa CSE). As doenças do aparelho circulatório predominaram nos estratos de baixas (28,3%) e muito baixas (30,9%) condições socioeconômicas. As causas externas apresentaram proporções bem menores.

4 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que, em 2001 e 2006, a grande maioria da população de Salvador vivia em áreas de baixas e muito baixas condições socioeconômicas. Essa constatação corrobora informação divulgada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD (2006)³³, que identifica esta cidade como uma das mais desiguais do país. Interessante relatar, entretanto, que de 2001 para 2006, ocorreu no grupo economicamente menos favorecido uma melhoria do capital escolar, pelo menos no que se refere ao número de anos de estudo. Contudo, o cenário observado ainda é de um município que se mostra extremamente desigual na distribuição de sua riqueza tanto material quanto cultural. Desse modo, não surpreende os efeitos dessas desigualdades identificadas na mortalidade da população estudada.

Assim, observou-se que o risco de morte na população de 15-64 anos, foi praticamente o mesmo, estando em torno de 35,5/10.000 habitantes desta faixa etária, nos anos de 2001 e 2006. Apesar da magnitude desse indicador mostrar-se quase inalterado quando analisado para o conjunto desse grupo populacional, diferenças acentuadas foram observadas quando os óbitos foram distribuídos segundo características selecionadas. Salienta-se, inicialmente, o gradiente social apresentado pelos riscos de morte, na maioria das vezes, linear e sempre crescente no sentido dos estratos populacionais de condições socioeconômicas menos favoráveis, tornando patente a presença de desigualdade social na distribuição das mortes desses indivíduos. Situação similar já foi evidenciada por outros autores nesse mesmo município³¹ e nas grandes capitais do Brasil em estudos de mortalidade do adulto por causas específicas¹³.

Contudo, no que pese a manutenção dessa desigualdade, constata-se que houve redução no valor do indicador de desigualdade em todos os estratos sociais, exceto no de muito

baixa condição socioeconômica que, em 2006, apresentou aumento de 9,5%. Com estudos semelhantes, e trabalhando com zonas de informações, Cruz et al. (2011)²³, também observaram que embora as desigualdades tenham persistido, houve redução das mesmas no período de 1991 a 2006. Os anos estudados, definitivamente não foram períodos de políticas de redistribuição de renda, entretanto, as reduções constatadas das desigualdades podem ser explicadas pelas políticas sociais com enfoque na pobreza extrema como os programas de transferências de renda que contribuíram, de certo modo, para aumentar o acesso a bens e serviços sem, contudo, interferir nos aspectos estruturais das desigualdades²⁸. Esta tem sua expressão maior, quando se observa uma grande maioria com renda mínima em contraste com um grupo menor de melhores condições socioeconômicas.

Outro achado que merece destaque é o aumento, em 2006, das desigualdades sociais na mortalidade dos indivíduos de 15-19 anos em quase todos os estratos sociais, exceto nos de condições socioeconômicas, alta e intermediária, enquanto nas demais faixas etárias houve redução ou não houve alteração. A redução de quase 50% no risco de morte dessa faixa etária no estrato de alta condição socioeconômica e simultâneo aumento naqueles de situação socioeconômica mais desfavorecida pode explicar este agravamento das desigualdades sociais, observado na referida faixa de idade. Ao mesmo tempo, é plausível supor que o aumento no risco de morte pode ter sido decorrente de possível crescimento das mortes violentas nesta população, particularmente, aquela residente em áreas mais pobres da cidade, visto que a literatura refere que os jovens de 15-19 e 20-29 anos apresentam maiores riscos de morte por esta causa. Destaca-se aqui, que estudo também realizado em Salvador demonstrou que, entre 2000 e 2006, houve aumento do risco de morte por causas externas nos estratos de piores condições socioeconômicas e queda naqueles de melhor situação socioeconômica, acentuando as desigualdades sociais na mortalidade por esse grupo de causas¹⁴.

Também a partir da análise por grupos de causas de morte pode-se identificar a existência de desigualdades no risco de morte entre os diferentes grupos sociais. No presente estudo, especialmente em 2006, enquanto as neoplasias foram o principal grupo de causa de morte no estrato de elevada condição socioeconômica, as mortes violentas predominavam naqueles onde residia população de condição socioeconômica menos favorecida. Esses achados são consistentes com a literatura nacional³⁵ e

internacional³⁶ que demonstram que populações com baixo nível socioeconômico têm maiores riscos de serem vítimas de mortes por causas violentas.

Embora alguns estudos^{19 20} demonstrem que as doenças do aparelho circulatório ocupam a primeira posição nos estratos sociais mais baixos, é preciso atentar que tais investigações, abordam apenas este grupo de causas de morte. Ainda assim esses estudos registram que nos estratos de mais baixa condição socioeconômica, esse grupo de causa de morte acomete especialmente a população feminina. Para a população masculina, os resultados do presente estudo mostram-se consistentes com a literatura³⁷, visto que em ambos os anos as causas externas ocuparam a primeira posição.

Atenção especial necessita ser dada para algumas limitações apresentadas por esse estudo e que devem ser consideradas quando da interpretação de seus resultados. Embora esse desenho de estudo seja considerado como mais adequado para a investigação de fatores estruturais, contextuais e macrossociais em saúde, o estudo ecológico de agregados espaciais defronta-se com o problema da utilização de unidade de análise representada por áreas delimitadas por critérios geográfico-administrativos pré-definidos. Assim não se pode descartar o efeito de escala agregação de áreas e definição de suas fronteiras. Nesta investigação utilizou-se setor censitário como unidade de análise que apresenta uma dimensão menor, do que outras já utilizadas em estudos anteriores, com a possibilidade de concentrar grupos mais homogêneos do ponto de vista socioeconômico. Outra limitação, que pode estar presente em todos os estudos que utilizam dados secundários, refere-se a sua qualidade que é afetada pelo subregistro e subnotificação dos dados, cobertura do sistema de informação e problemas no diagnóstico da causa do óbito. Entretanto por se tratar de um estudo realizado numa capital, que dispõe um sistema de informação de saúde mais desenvolvido, acredita-se que esse problema pode ter sido minimizado.

Apesar dessas restrições, os achados desse estudo, não deixam dúvidas quanto a existência de desigualdade social na mortalidade da população de 15-64 anos, de Salvador, com o delineamento de um cenário coletivo com necessidades de intervenção, além de apontar necessidades de pesquisa que aprofunde as relações das condições de vida e morbimortalidade nas faixas etárias de 15 a 39 anos, onde é possível agir com prevenção e promoção da saúde.

O quadro da mortalidade encontrado para a população de 15-64 anos é compatível com o cenário global da cidade de Salvador. Este é um município que apresenta uma estrutura urbana complexa, cuja história de crescimento econômico acelerado favoreceram a construção de uma cidade com condições de vida extremamente heterogênea. Os anos estudados foram períodos de implementação de políticas sociais com vistas ao aumento da renda, possivelmente essa situação explique a redução das RDs em 2006, entretanto o alcance dessa política possibilitou movimentações dentro da mesma faixa de renda, sem movimentações significativas na redistribuição de renda, ou seja, sem alteração nas estruturas de impacto das desigualdades. A expressão disso é o elevado número de chefes de famílias que não alcançam mais que dois salários mínimos para sobrevivência. Espera-se que as informações aqui produzidas possam contribuir para subsidiar a elaboração de medidas que visam prevenir mortes prematuras e propiciar melhor qualidade de vida para idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, ED.(org).Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos. Textos 3.São Paulo,Global,1983.
- 2 BREILH, J., 1990. La Epidemiología Crítica Latino-americana. Quito: Proyecto ALAMES -OPS.
- 3 MACKENBACH JP. BOS V, KUNST AE- Socio-economic inequalities in mortality in the Netherlands: analyses on the basis of information at the neighborhood level. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002;80:158-65. (In Dutch).
- 4 ROGERS, R.G., ROBERT A. HUMMER, and CHARLES B. NAM, Living and Dying in the USA: Behavioral, Health, and Social Differentials of Adult Mortality. NY: Academic Press., 2000.
- 5 GOLDMAN, N. Social inequalities in health, disentangling the underlying mechanisms. Annals New York Academy of Sciences, 2001.
- 6 KUNST, A. E., GROENHOF, F., MACKENBACH, J. P. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. British Medical Journal (BMJ) 316:1636–42, 1998.
- 7 KUNST, A. E., BOS, V., ANDERSEN, O., CARDANO, M., COSTA, G., HARDING, S.,HEMSTRÖM, Ö., LAYTE, R., REGIDOR, E., REID, A., SANTANA, P., VALKONEN, T.,MACKENBACH, J. P. Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality Experiences from a European project. Demographic Research, special collection 2, art. 9, 2004.;
- 8 LIANGA, J., BENNETTA, J., KRAUSEA, N., KOBAYASHID, E., KIMD, H., BROWNA, J.W., AKIYAMAC, H., SUGISAWAD, H., JAINA, A. Old Age Mortality in Japan: Does the Socioeconomic Gradient Interact With Gender and Age? The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences n. 57, p. 294-307, 2002.
- 9 HOFFMANN, R. Do socioeconomic mortality differences decrease with rising age? Demographic Research, Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany, vol. 13(2): 35-62, August, 2005.10(Petras et al, 1995;11Carvalho, 2004;
- 10 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Exclusión en salud en países de America Latina y el Caribe.Washington, D.C.:OPS, 2003. (Serie Extensión de la Protección Social en Salud, nº.1. Capítulo 1. Marco Conceitual.
- 11 VICTORA CG, BARROS FC, VAUGHAN JP. Epidemiologia da desigualdade. São

Paulo: Hucitec; 1989.

12 DUNCAN BB,RUMEL,D,ZELMANOWICZ A, MENGUE SS,SANTOS S,DALMAZ A.Social inequality in mortality in São Paulo State, Brazil. Int. J Epidemiology,1995;24:359-65.

13 IBGE. Censo Demográfico 2000: documentação dos microdados da amostra. 2002.p166

14 VIANA LAC; COSTA MCN; PAIM JS; VIEIRA-DA-SILVA LM. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. Cadernos Saúde Pública vol.27 Supl.2, S298-S308, 2011.

15 BASSANESI, SÉRGIO LUIZ; AZAMBUJA, MARIA INÊS; ACHUTTI, ALOYZIO. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 90, n. 6, June 2008

16 ISHITANI LH, FRANCO GC, PERPÉTUO IH, FRANÇA E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006

17 NUNES, A., SANTOS, J.R.S., BARATA, R.B., VIANNA, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada,2001.

18 GODOY, MOACIR FERNANDES DE et al . Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 88, n. 2, Feb. 2007 .

19 FONSECA L A M, JOSÉ E.N; VIC TOR, W. F tendênci as da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do brasil, 1980-2004

20 SAÚDE BRASIL, 2007,MS(MS, 2007)

21 BELON,A. P; BARROS, M.B.A; BARROS,LM -LEÓN,unicamp, Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a Brazilian city,2011

22 GUIMARAES, C. et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manoel, 1974/1975. Revista de Saude Publica,13,1979

23 SZWARCWALD, C.L., BASTOS, I.B., ESTEVES, M.P., ANDRADE, C.L., PAEZ, M.S., MEDICE, E.V., DERRICO, M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 15-28, 1999.

24 SCHRAMM, J.M.A.et al.Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4,p.897-908, out/dez.2004

25 OLIVEIRA GMM, KLEIN CH, SOUZA E SILVA NA. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(2):85-93.

- 26 BARROS, G. B., RAMOS, M. Condicionantes da mortalidade na população no extremos sul do Brasil. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 2006.
- 27 NORONHA, K. V. & VIEGAS, M., 2002. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*.
- 28 LESSA, I. Doenças cerebrovasculares. In: LESSA, I. O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não – transmissíveis. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998. 284 p. p. 97-114.
- 29 PAIM, J; TRAVASSOS, C;ALMEIDA, C;BAHIA, L;MACINKO,J-O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios,2010.
- 30 FREITAS, E. D.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. & COSTA, M. C. N.,. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000.
- 31 CRUZ, SHIRLEY ANDRADE-Evolução das desigualdades na mortalidade em Salvador,2011.
- 32 MURRAY, CHRISTOPHER JL; RAJARATNAM,JULIE KNOLL; MARCUS,JAKE;LEVIN-RECTOR,ALISON;CHALUPKA, ANDREW N ;WANG, HAI DONG;DWYER,LAURA;COSTA MEGAN ;LOPEZ, ALAN D- Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis, 2010. 33 SILVA, L. M.; PAIM, J. S. & COSTA, M. C. N.,. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, 1999. 33:6-97.
- 34 PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2002 [documento na internet]. Queluz: Mensagem: Serviços de Recursos Editoriais; 2002 [acesso em 02 set 2006]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh/integras>
- 35 BOSCHETTI, IVANETE. O futuro das políticas sociais no governo Lula. *Rev. katálysis* [online]. 2007, vol.10, n.1.
- 36 SCRETTI, TATIANA Distribuição dos homicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Contexto socioespacial e fatores determinantes, 2007.
- 37 PAES-SOUSA, R. 2000. Socioeconomic and Environmental Differentials, and Mortality in a Developing Urban Area (Belo Horizonte - Brazil). Ph.D. Thesis, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London)
- 38 MACKENBACH JOHAN P; IRINA STIRBU, M.SC., ALBERT-JAN R. ROSKAM, M.SC., MAARTJE M. SCHAAP, M.SC.,GWENN MENVIELLE; MALL LEINSALU, and ANTON E. KUNST, -Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries,2008.
- 39 DRUMMOND Jr., M. BARROS, M. B. A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol.2, no 1/2, 1999.

ANEXOS

TABELA 1- Taxas (Bruta e Padronizada) de Mortalidade e Variação ($\Delta\%$) para a população de 15 a 64 a por condição socioeconômica, Salvador. 2001 e 2006.

Estrato/Cond. Socioeconômica	2001		2006		$\Delta\%$ 2001-2006	
	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada
I-ALTA	17,7	17,6	21,2	20,9	19,8	18,8
II-ALTO/MÉDIO	23,2	24,3	24,0	25,1	3,4	3,3
III-INTERMEDIÁRIA	31,6	33,5	25,7	27,6	-18,7	-17,6
IV-MÉDIA /BAIXA	30,5	36,7	33,0	37,3	8,2	1,6
V-BAIXA	36,4	41,3	38,0	42,9	4,4	3,9
VI-MUITO BAIXA	36,4	37,5	37,5	47,7	3,0	27,2

Estrato I: CCA/CEA - Capital Cultural Alto/Capital Econômico Alto

Estrato II: CCM/CEA - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Alto

Estrato III: CCM/CEM - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Médio

Estrato IV: CM/CEB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Baixo

Estrato V: CCM/CEMB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Muito Baixo

Estrato VI: CCB/CEMB - Capital Cultural Baixo/Capital Econômico Muito Baixo

Tabela 2 - Taxa de mortalidade (TM) e Razão de Desigualdade (RD) para a população de 15-64 anos, por estrato de condição socioeconômica e faixa etária. Salvador, 2001 e 2006

Ano	Fx. etária (em anos) Estratos Cond. Socioeconômica	15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-64		15-64	
		TM	RD												
2001	I-ALTA	4,7	.-	6,6	.-	12,4	.-	15,6	.-	42,6	.-	81,4	.-	17,7	.-
	II- ALTO/MÉDIO	5,2	1,1	7,9	1,2	13,3	1,1	19,9	1,3	65,2	1,5	132,9	1,6	23,2	1,3
	III-INTERMEDIÁRIA	11,0	2,3	10,2	1,5	21,1	1,7	35,9	2,3	81,5	1,9	150,4	1,8	31,6	1,8
	IV-MÉDIA /BAIXA	3,8	0,8	13,8	2,1	16,5	1,3	30,2	1,9	119,6	2,8	150,9	1,9	30,5	1,7
	V-BAIXA	9,1	1,9	15,9	2,4	22,8	1,8	39,5	2,5	106,8	2,5	193,4	2,4	36,4	2,1
	VI-MUITO BAIXA	12,1	2,6	17,3	2,6	25,5	2,1	49,7	3,2	115,7	2,7	202,5	2,5	36,4	2,1
2006	I-ALTA	2,4		8,4		11,4		25,8		46,7		101,1		21,2	
	II- ALTO/MÉDIO	6,2	2,6	6,1	0,7	12,7	1,1	21,9	0,9	75,2	1,6	122,2	1,2	24,0	1,1
	III-INTERMEDIÁRIA	7,4	3,1	10,5	1,2	11,6	1,0	29,9	1,2	76,2	1,6	117,7	1,2	25,7	1,2
	IV-MÉDIA /BAIXA	7,3	3,1	18,6	2,2	13,0	1,1	36,0	1,4	102,4	2,2	175,7	1,7	33,0	1,6
	V-BAIXA	11,1	4,7	20,8	2,5	18,4	1,6	47,6	1,8	110,7	2,4	171,4	1,7	38,0	1,8
	VI-MUITO BAIXA	11,5	4,9	21,0	2,5	22,6	2,0	49,8	1,9	123,7	2,6	205,6	2,0	37,5	1,8

Estrato I: CCA/CEA - Capital Cultural Alto/Capital Econômico Alto
 Estrato II: CCM/CEA - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Alto
 Estrato III: CCM/CEM - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Médio
 Estrato IV: CM/CEB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Baixo
 Estrato V: CCM/CEMB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Muito Baixo
 Estrato VI: CCB/CEMB - Capital Cultural Baixo/Capital Econômico Muito Baixo

Tabela 3 – Taxa de mortalidade (/10.000 hab.) para a população de 15a 64 anos segundo grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômica Salvador, 2001 e 2006.

ANO	ESTRATO DE CV	Nº óbitos	DAC	NEO	CE	DIP	DAR	DADig.	Demais Causas	Causas Mal Definidas
2001	I-ALTA	211	27,0	28,9	12,8	4,7	11,4	6,6	7,1	1,4
	II- ALTO/MÉDIO	211	24,6	23,7	15,2	9,5	9,0	7,1	8,5	2,4
	III-INTERMEDIÁRIA	252	20,2	19,4	18,7	9,5	7,5	6,3	14,3	4,0
	IV-MÉDIA /BAIXA	209	27,3	17,7	19,6	10,0	8,1	6,2	9,1	1,9
	V-BAIXA	1374	26,3	14,5	20,4	9,0	7,4	7,0	13,4	2,0
	VI-MUITO BAIXA	3231	23,2	14,1	24,6	9,1	8,3	5,8	12,1	2,7
	TOTAL	5488	24,2	15,5	22,3	8,9	8,2	6,3	12,1	2,5
2006	I-ALTA	255	22,0	27,1	16,1	6,7	9,4	6,3	9,8	2,7
	II-MÉDIA/ALTA	236	19,9	28,8	13,1	9,3	9,7	4,7	11,0	3,4
	III-INTERMEDIÁRIA	253	22,9	22,1	15,8	7,9	9,9	6,3	12,3	2,8
	IV- ALTO/MÉDIO	238	20,2	20,6	25,2	8,0	10,1	4,6	6,7	4,6
	V-BAIXA	1478	22,9	16,0	23,2	8,1	8,3	6,0	11,8	3,7
	VI-MUITO BAIXA	3595	22,4	15,1	28,5	6,8	8,5	6,1	10,0	2,6
	TOTAL	6055	22,3	16,8	25,5	7,3	8,7	6,0	10,5	3,0

Estrato I: CCA/CEA - Capital Cultural Alto/Capital Econômico Alto
 Estrato II: CCM/CEA - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Alto
 Estrato III: CCM/CEM - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Médio
 Estrato IV: CM/CEB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Baixo
 Estrato V: CCM/CEMB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Muito Baixo
 Estrato VI: CCB/CEMB - Capital Cultural Baixo/Capital Econômico Muito Baixo

DAC:Doenças do aparelho circulatório
 NEO: Neoplasia
 CE: Causas externas
 DIP:Doenças infecto parasitária
 DAR: Doença do aparelho respiratório
 DADig: Doença do aparelho digestivo

Tabela 4 – Proporção (%) de óbitos da população masculina de 15 a 64 anos segundo os seis principais grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômica Salvador, 2001 e 2006.

Ano	Estrato/Cond. Vida	TOTAL	DAC	Neo.	C. Exter	DIP	DAR	DADig
2001	I – ALTA	118	25,4	23,7	17,8	5,1	14,4	9,3
	II – ALTO/MÉDIO	119	20,2	16,0	21,8	13,4	5,0	10,9
	III - INTERMEDIÁRIA	149	17,4	14,1	24,8	11,4	8,1	8,1
	IV – MÉDIA;BAIXA	139	29,5	12,2	21,6	10,1	9,4	8,6
	V – BAIXA	866	21,2	10,7	28,8	9,8	6,8	8,2
	VI – MUITO BAIXA	2064	18,4	10,4	34,5	10,1	7,7	6,6
2006	I – ALTA	158	23,4	17,7	23,4	7,6	8,9	8,2
	II – ALTO/MÉDIO	147	21,1	25,9	16,3	10,9	8,8	6,1
	III - INTERMEDIÁRIA	170	22,4	17,1	21,8	10,0	10,0	6,5
	IV – MÉDIA;BAIXA	168	16,1	15,5	34,5	7,7	10,7	5,4
	V – BAIXA	934	19,7	12,6	33,0	7,8	8,1	6,3
	VI – MUITO BAIXA	2367	18,0	12,0	38,9	6,5	7,6	6,5

Estrato I: CCA/CEA - Capital Cultural Alto/Capital Econômico Alto
 Estrato II: CCM/CEA - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Alto
 Estrato III: CCM/CEM - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Médio
 Estrato IV: CM/CEB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Baixo
 Estrato V: CCM/CEMB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Muito Baixo
 Estrato VI: CCB/CEMB - Capital Cultural Baixo/Capital Econômico Muito Baixo

DAC: Doenças do aparelho circulatório
 NEO: Neoplasia
 CE: Causas externas
 DIP: Doenças infecto parasitária
 DAR: Doença do aparelho respiratório
 DADig: Doença do aparelho digestivo

Tabela 5 – Proporção (%) de óbitos da população feminina de 15 a 64 anos segundo os seis principais grupos de causas (Cap. CID 10) e estratos de condições socioeconômica. Salvador, 2001 e 2006.

Ano	Estrato/Cond. Vida	TOTAL	DAC	Neo.	C. Exter	DIP	DAR	DADig
2001	I – ALTA	98	29,0	35,5	6,5	4,3	7,5	3,2
	II – ALTO/MÉDIO	92	30,4	33,7	6,5	4,3	14,1	2,2
	III - INTERMEDIÁRIA	103	24,3	27,2	9,7	6,8	6,8	3,9
	IV – MÉDIA;BAIXA	70	22,9	28,6	15,7	10,0	5,7	1,4
	V – BAIXA	508	34,8	20,9	5,9	7,5	8,5	10,2
	VI – MUITO BAIXA	1167	31,9	20,7	7,1	7,3	9,3	4,5
2006	I – ALTA	97	19,6	42,3	10,3	5,2	10,3	3,1
	II – ALTO/MÉDIO	89	18,0	33,7	11,2	6,7	11,2	2,2
	III - INTERMEDIÁRIA	83	24,1	32,5	9,6	3,6	9,6	6,0
	IV – MÉDIA;BAIXA	70	30,0	32,9	8,6	8,6	8,6	2,9
	V – BAIXA	544	28,3	21,7	8,6	8,6	8,6	5,5
	VI – MUITO BAIXA	1228	30,9	21,1	10,1	7,4	10,1	5,4

Estrato I: CCA/CEA - Capital Cultural Alto/Capital Econômico Alto
 Estrato II: CCM/CEA - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Alto
 Estrato III: CCM/CEM - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Médio
 Estrato IV: CM/CEB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Baixo
 Estrato V: CCM/CEMB - Capital Cultural Médio/Capital Econômico Muito Baixo
 Estrato VI: CCB/CEMB - Capital Cultural Baixo/Capital Econômico Muito Baixo

DAC:Doenças do aparelho circulatório
 NEO: Neoplasia
 CE: Causas externas
 DIP:Doenças infecto parasitária
 DAR: Doença do aparelho respiratório
 DADig: Doença do aparelho digestivo

PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva**

DESIGUALDADES SOCIAIS NA MORTALIDADE DO ADULTO

Rosania da Paixão Santiago

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria da Conceição N. Costa

PROJETO DE PESQUISA

Salvador, 2011

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO
- 2 REVISÃO DA LITERATURA
- 3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO
- 4 OBJETIVOS
- 5 MARCO TEORICO
 - 5.1. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE
 - 5.2. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE
 - 5.3. CAPITAL ECONÔMICO E CAPITAL CULTURAL
 - 5.4. ESPAÇO SOCIAL E SAÚDE
 - 5.5. ESTUDOS ECOLÓGICOS E ANÁLISE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS
- 6 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SALVADOR
- 7 METODOLOGIA
- 8 ASPECTOS ÉTICOS
- 9 BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUÇÃO

As discussões acerca da influência dos fatores sociais no processo saúde-doença passou a se intensificar a partir dos anos de 1980, contribuindo para fortalecer e disseminar a idéia de que a saúde é resultante das condições de vida da população. A partir de então, cada vez mais, um número maior de estudos passou a ser desenvolvido visando investigar em contextos diversos a influência da estrutura social na saúde, alguns dos quais, sob a perspectiva da denominada Teoria de Determinação Social da Saúde. De acordo com essa vertente teórica, compreende-se que o enfoque biológico, de forma isolada, não abarca em absoluto a complexidade dos problemas sanitários da população (McKeown, 1976; Laurell,1982). Aliado a isto, a produção científica traz evidências claras sobre a relação entre condições de vida e níveis de saúde (Nunes et al, 2001).

Em países centrais, a relação entre a saúde e a organização social da vida é comumente analisada por intermédio das causas de mortes ocorridas na população adulta, e grandes diferenças tem sido demonstradas nos níveis, padrões e tendências do fenômeno em função do ambiente social. Tem se observado que mesmo em sociedades onde, como a Suécia e a Suíça, as diferenças nas condições de saúde estão presentes, em especial entre adultos (Liang et al., 2005; Beckett 2000; House et al. 1994; Hoffman 2005). Inúmeras evidências têm sido obtidas a partir de estudos ecológicos, adotando variadas técnicas de mensuração dessa relação, com predomínio de indicadores de mortalidade associados a categorias sociais como posição social, raça, renda e escolaridade (Preston et al, 1994; Rogers et al., 2000; Elo et al, 1996; Goldman, 2001; Plavinski et al, 1990; Cutler et al., 2005; Marmot et al, 1986; Kunst et al., 1998).

Igualmente, nos países em desenvolvimento são registrados padrões distintos de desigualdades nos níveis de saúde(Possas et al,1993), uma vez que a natureza da

dinâmica da vida social, assim como a conjuntura e o cenário onde essas diferenças se expressam varia de uma região para outra, acompanhando a trajetória dos processos e mudanças políticas e econômicas (Laurell, 1983; Breilh, 1990, Mackenbach et al, 2002). Na América Latina, por exemplo, os impactos negativos das mudanças econômicas nas condições de vida da população, mais agravados a partir da década de 80, traduz-se em diminuição da qualidade de vida (Petras et al,1995; Carvalho, 2004; OPAS, 2003), cujos efeitos se mostram, por exemplo, na distribuição desigual da mortalidade de grupos ocupacionais em aglomerados urbanos (Victora et al, 1989; Nuñez,1992; Duncan, 1995).

Acompanhando as mudanças demográficas, o atual momento de transição epidemiológica indica a ascensão de problemas de saúde como a violência (Prata, 1992; Paim et al,1999; Minayo et al,1999) e as doenças cardiovasculares (Bassanesi et al., 2008; Ishitani, et al, 2006) tendo como alvo principal a população adulta (Paes et al, 2000). Embora o envelhecimento populacional venha se constituindo em tema de mais discussões, o crescimento da população adulta se manterá em níveis maiores até a década de 2040-2050 (IBGE, 2000; Brito, 2008). Portanto, examinar o perfil social da mortalidade adulta assume grande relevância, pois discutir a finalização da vida em sua etapa mais longa significa também refletir acerca dos problemas de saúde, antes que eles se recrudesçam para a fase seguinte. Além disso, representa a oportunidade de detalhar e sinalizar para melhores ações que proporcionem qualidade de vida àqueles que formam a população em idade ativa. Deve-se considerar que a prevenção de mortes prematuras de adultos é tão importante para a política global de saúde quanto a melhoria da sobrevivência infantil (Murray et al, 2010)

No Brasil, a influência de aspectos relativos à organização da sociedade e a mortalidade tem sido analisada, principalmente, tendo como alvo a população infantil (Szwarcwald et al, 2001; Costa et al,2001) e a população geral (Silva et al,1999; Oliveira et al,2006). Observa-se que os índices de mortalidade elevam-se significativamente nas áreas de piores condições de vida (Ishitani et al, 2006). Em algumas cidades como Porto Alegre a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares chega a ser 2,6 vezes maior no

grupo de mais baixa condição sócioeconômica, quando comparado ao estrato de melhor condição socioeconômica (Bassanesi et al,2008). Em geral, demonstra-se que as cidades com menores índices de desigualdades sociais possuem maior equilíbrio da mortalidade entre os diversos estratos sociais.

Apesar dos indicadores, quando se referem às desigualdades sociais em saúde, revelarem uma maior propensão para a ascensão de problemas de saúde da população em idade adulta (Schramm et al., 2004), o estudo desse grupo populacional ainda não é um campo muito explorado no Brasil. A maior produção acadêmica concentra-se nas regiões Sul (Oliveira et al ,2006; Barros et al,2006; Fischmann et al,2002; Bassanesi et al,2008) e Sudeste (Barata et al, 1999; Drummond et al, 1999; Noronha et al,2001; Barros et al, 2002). No Nordeste os trabalhos são em menor número (Lessa, 1998).

Dados do Ministério da Saúde revelam que nas últimas décadas, parcela expressiva da população adulta perde a vida prematuramente no país, falecendo antes de alcançar a terceira idade. Isso significa 41,2% do total de 1.003.350 óbitos registrados no Brasil em 2005(MS, 2007). Sendo assim, examinar o perfil social da mortalidade adulta assume grande relevância, pois representa a oportunidade de produzir informações que também poderão contribuir para detalhar e sinalizar para melhores ações que proporcionem uma vida mais saudável àqueles que formam a população em idade ativa e melhorar a qualidade de vida para a fase seguinte.

Em Salvador (BA), os estudos sobre as desigualdades sociais na mortalidade analisam diferenciais intra-urbanos da mortalidade geral ou por causas que envolvem a população adulta (Paim et al,1999; 2003; 2010; Freitas et al,2000; Vieira da Silva et al, 1999;Cruz et al, 2011). A manutenção e o aumento das desigualdades observadas apontam para a necessidade de se continuar investigando tal fenômeno em períodos e populações distintas. Ademais, ainda existem algumas lacunas que precisam ser preenchidas no que diz respeito à mortalidade específica para a população adulta, explorando grupos de risco, causas de morte e tendências recentes, principalmente, comparando esses padrões em diferentes condições socioeconômicas a um nível menor de desagregação do território intra-municipal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A partir dos séculos XIX e XX, a literatura acerca da relação entre condições de vida e saúde começou a se expandir de forma mais sistemática, articulada, com investigações voltadas para a intervenção (Rosen, 1958). Reflexões acerca da existência dos gradientes sociais em saúde começou no século 19 com Virchow, o primeiro em 1848 na Alemanha que afirmava a necessidade de lutar contra as desigualdades sociais, assim como Villermé, na França, demonstrava em 1820-1830 as diferenças das taxas de mortalidade entre os bairros pobres de Paris e Farr e Engels na Inglaterra que em 1845, investigava os diferenciais do risco de morte prematura associados com a classe social. Tem-se ainda o estudo feito por Mckeown (1976) onde é relatada a diminuição significativa de mortes por tuberculose, em função da melhoria das condições de vida, antes da descoberta das terapias clínicas. Outra pesquisa de grande relevância sobre este tema foi o Black Report na Inglaterra, com a demonstração de que grupos situados no limite inferior da escala social apresentavam piores condições de saúde que aqueles pertencentes aos estratos mais favorecidos (Black et al,1982).

Nos países desenvolvidos, os estudos socioepidemiológicos das desigualdades sociais têm como principal alvo a população adulta. As tendências de aumento das mortes para este grupo, associadas à situação socioeconômica, constituem-se nas investigações de discussão mais frequentes (Pappas et al., 1993; Preston et al, 1995; Kunst et al., 2004), enquanto outras analisam tendências para a diminuição desta mortalidade, conforme o avanço da idade, raça, sexo e status familiar. (Kitagawa et al, 1973; Preston et al, 1996; Lianga et al, 2005; Beckett, 2000; House et al. 1994; Hoffman, 2005). Observa-se que as grandes cidades do mundo possuem padrões de mortalidade que tanto se assemelham quanto variam de acordo com a contextualização histórica (Castellanos,1990;Murray et al,1993;Paes-Souza,1994; Drummond,1999).

No Brasil, alguns estudos epidemiológicos têm investigado a desigualdade social na saúde do adulto mediante comparações regionais e intra-urbana (Nunes, et al, 2001; Paes-Sousa, 2000). A ênfase, até meados dos anos 90, era no estudo de doenças infectocontagiosas, mas posteriormente as análises sobre desigualdade em saúde passaram a abordar as causas externas de óbitos (Paes-Sousa, 2000), doenças cardiovasculares (Oliveira et al, 2006; Ishitani, 2006; Godoy et al, 2007) neoplasias (Pimentel et al, 2002; Fonseca et al, 2010) e doenças respiratórias (Dutra et al, 2010). Constata-se, entretanto, que a maior parte das evidências empíricas sobre desigualdades sociais na mortalidade adulta é procedente das regiões sul e sudeste do país (Barata et al, 1998; Szwarcwald et al, 1999).

A partir de um vasto leque de opções metodológicas, confirma-se o impacto que condições sociais desfavoráveis têm no sentido de aumentar o risco de morte, na grande maioria para o sexo masculino, refletindo com maior intensidade as desigualdades no risco de morrer (Drummond et al, 1999; Ishitani, 2006). Muitos autores investigam as desigualdades a partir da identificação de grupos sociais definidos de acordo com alguma característica socioeconômica. Os indicadores de mortalidade demonstram uma variabilidade nos níveis e perfis, quando relacionados às disparidades sociais e regionais (Silva et al, 1999; Santos et al, 2001; Nogueira et al 2009; Melo et al, 2006). As evidências sugerem que o perfil da mortalidade está diretamente relacionado aos efeitos da estrutura social e econômica. (Wood et al ,1994; Cerqueira et al, 1998; Paim, 1999; Duarte et al., 2002; Messias, 2003; Barros et al, 2006; Ishitani et al., 2006.).

Algumas investigações mostram que os efeitos da desigualdade de renda deixam de ser significativos, quando a população analisada possui uma alta taxa de escolaridade, sugerindo que esta, talvez seja um melhor indicador nos diferenciais de mortalidade (Wood et al 1994, Messias, 2003). Ishitani et al (2006) chegaram a resultados comuns, analisando a associação entre educação e mortalidade por doenças cardiovasculares na população adulta de 35 a 64 anos do município de Belo Horizonte, sugerindo que há uma relação inversa entre escolaridade e mortalidade.

A demonstração de menores taxas de mortalidade nos estratos sociais mais elevados reafirmou a importância da renda e da escolaridade nas mortes por doença isquêmica do coração (Souza, 2000). Todavia, o alto nível socioeconômico relacionou-se com maior mortalidade proporcional por doenças infecto parasitárias, enquanto que a mortalidade por doenças cardiovasculares não apresentou associação com os indicadores socioeconômicos em um estudo comparativo entre 17 capitais brasileiras acerca da mortalidade proporcional para as principais causas de morte na população adulta (Sichieri et al., 1992). Em 1988, a mortalidade por doenças cardiovasculares era elevada antes do 65 anos, especialmente entre as mulheres. No grupo de 35 a 44 anos, a mortalidade por infarto agudo do miocárdio e por doença cerebrovascular era, respectivamente, três e cinco vezes maior no Brasil que nos Estados Unidos entre os homens, e quatro e seis vezes entre as mulheres (Bassanesi et al., 2008). Esses dados podem estar sinalizando para a má qualidade de vida das populações dos grandes centros urbanos brasileiros, quando comparada à dos países desenvolvidos. Assim, de modo geral, têm sido amplamente demonstrado que indivíduos com baixo nível de educação, renda ou posições ocupacionais de menor nível, apresentam menores chances de sobrevivência do que aqueles com maior nível socioeconômico (Preston et al, 1994; Goldman, 2001; Cutler et al., 2005).

As desigualdades econômicas estão, igualmente, presentes nos estudos das mortes ocasionadas por violência. Em Salvador, Paim et al (2001), apontaram a existência de uma ligação entre a situação de saúde e as desigualdades econômico-culturais e enfatizaram que o risco de morte por violência não ocorreu de maneira homogênea, apresentando claras desigualdades entre os estratos, atingindo principalmente áreas mais pobres. Nesses espaços o risco de morrer foi maior por todas as causas externas de morte e por homicídio na faixa etária dos 15 aos 49 anos.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde divulgou que indivíduos que morreram vitimadas pela violência no mundo, em sua maioria, estavam na faixa etária adulta. Basal et al (2003) fazendo a mesma análise, somente com a população brasileira, concluíram que parte da população adulta de 20 a 29 anos tinha risco maior de

homicídio independente de sexo, raça ou cor. Estudando os diferenciais da mortalidade adulta no município de São Paulo, Drummond et al (1999), evidenciaram uma distribuição desigual nesta mortalidade para os diferentes indicadores analisados e para a maioria das causas de morte estudadas, em geral desfavorecendo populações que viviam em áreas de piores condições sócio-ambientais.

Nas últimas décadas, a mortalidade no Brasil caracterizou-se por uma tendência declinante, entretanto persiste uma variabilidade interna nos seus níveis e na estrutura, associada às disparidades sociais e regionais indicando que as grandes cidades brasileiras produzem um padrão de mortalidade complexo e diversificado (Paes-Souza, 2000). Os diferenciais entre regiões e grupos sociais chamam a atenção para a persistência ou surgimento de questões cruciais para a saúde pública.

3. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Existe desigualdade social na distribuição espacial da mortalidade de adultos em Salvador?

Existe diferença na distribuição da mortalidade de adultos por grupos de causas

e por causas específicas, entre os diferentes estratos de condições de vida em Salvador, nos anos de 2001 e 2006?

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL:

Analisar a relação das desigualdades sociais na distribuição espacial da mortalidade do adulto em Salvador, em 2001- 2006.

4.2 ESPECÍFICO:

- Analisar a evolução temporal e padrões de distribuição das principais causas de mortalidade do adulto nos diferentes estratos de condições de vida.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

O arcabouço teórico que relaciona o contexto social com a saúde tem suas raízes no início do capitalismo, quando da intensificação das questões sociais, principalmente, na área urbana (Rosen,1983). A teoria sobre saúde e sociedade (Donangelo, 1976) permite a compreensão de aspectos importantes para o entendimento da distribuição da doença na população e sobre como a morte se apresenta em determinada época, atuando com

maior ou menor intensidade em determinados grupos (Laurell, 1986). Essa discussão mais acirrada predominou até as primeiras décadas do século XIX, quando foi esvaziada pela era bacteriológica. O interesse na relação entre saúde e sociedade só voltou a reaparecer na América Latina, junto com a noção de determinação social da saúde em meio à efervescência do liberalismo político e os movimentos de contraposição a esta e novas conjunturas políticas (Breihl, 1990).

A determinação social da saúde abrange elementos essenciais da vida em sociedade, constituindo-se em objeto de estudo de vários domínios disciplinares que se articulam em torno de um projeto transformador da vida social. Há uma complexidade na forma concreta da operacionalização da determinação social na saúde. Esta, não se dá de forma isolada, mas sim fazendo parte de um conjunto maior de causas. Essa concepção caracteriza-se por relacionar a organização da sociedade e a cultura dentre as possíveis explicações para a produção das doenças sem que estas análises sejam necessariamente determinantes do processo (Barata, 2005).

Determinação social da saúde refere-se a uma visão ampla, compreendendo questões das relações entre saúde, sociedade, economia, políticas públicas e democracia (Paim, 2002; Cebes, 2009;). A composição da estrutura socioeconômica e política da sociedade se expressa na estratificação da população em classes sociais, nas relações de produção, processos de trabalho, dentre outras. Esse entendimento permite refletir a saúde como expressão das condições concretas de trabalho e de reprodução da vida em uma determinada classe social. Na divisão de classes, por sua vez, se manifestam os determinantes sociais da saúde, evidenciados pela diferenciação na distribuição dos elementos essenciais ao bem estar como a habitação, alimentação, trabalho, educação, saneamento e outros direitos coletivos. Nesse sentido, essa estrutura considerada como produtora de saúde gera outros atributos como os aspectos subjetivos expressos pelo comportamento e que também são considerados determinantes sociais da saúde (Possas, 1989).

Tendo em vista tais considerações, a mortalidade na população adulta será aqui analisada a partir do referencial que valoriza os níveis político, econômico e as transformações no espaço urbano ao longo da história, sob a ótica de um dos determinantes sociais da saúde, as desigualdades sociais.

5.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

As desigualdades podem ser classificadas como naturais quando ocorrem como diferenças ou dessemelhanças entre os indivíduos, como no caso de sexo, raça e idade; ou como sociais, quando sua ocorrência é associada com a estrutura da sociedade onde estão inseridas (Cavalli, 1992). A desigualdade social pode então ser definida como a diferença ou produto das injustiças sociais na distribuição de renda e trabalho entre grupos sociais.

O processo saúde/doença e seus determinantes também podem ser desigualmente distribuídos nas populações, e, portanto, essas diferenças imprimem padrões diferenciados de morbimortalidade nos grupos sociais (Duarte et al., 2002). Castellanos (1997) refere-se às desigualdades enquanto diferenças redutíveis, vinculadas as condições heterogêneas de vida que contemplam a dinâmica do processo de produção desta, influenciando a saúde.

Existem particularidades nas manifestações das desigualdades sociais que se expressam de variadas formas até mesmo nas diferenças naturais do ser humano. As diferenças de gênero ou raça, por vezes, quando associados às condições materiais de existência ficam mais acirradas (Quadros, 2004; Araújo et al, 2010). Segundo Prata (1994), nas sociedades atuais as pessoas estão sob risco de morrer mais precocemente por estarem submetidas aos modos desiguais de vida, relacionado com as condições ambientais do

lugar onde vivem, com suas condições de trabalho, status socioeconômico, educacional e distribuição desigual dos recursos à que têm acesso.

As desigualdades sociais no campo da saúde são as diferenças de saúde entre pessoas que possuem em comum alguma característica importante de sua posição socioeconômica. No fenômeno da mortalidade, as desigualdades tomam forma através das disparidades sociais e históricas, expressas pelo nível de educação, renda e classe social. As diferenças nas ocorrências de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente, e isso significa levar em consideração as práticas humanas e a intencionalidade em situações concretas de interação dos sujeitos.

Entre as formas mais eficazes de reduzir as desigualdades está a educação. Steiner (2006) assinala que boa parte das desigualdades sociais no Brasil deve ser atribuída à ausência de escolaridade de boa qualidade. Além desta, a pobreza expressão da má distribuição de renda, também se constitui em um dos problemas sociais e históricos do Brasil, de grande relevância, apresentando características globais e especificidades regionais e locais (Rocha, 2003).

Almeida-Filho (2009) refere-se às desigualdades sociais como representações empíricas das interações refletidas na sociedade, das diferenças biológicas, distinções sociais e inequidades no plano jurídico político. Ao longo da história, as desigualdades, provocadas pelo crescimento acelerado e solitário da economia, tendem a gerar tensões sociais e políticas que, normalmente, dificultam o processo de mudança social (Sachs, 2004), necessária para transformação do quadro atual da saúde (Paim, 2007; Drumond, 1999).

No Brasil, país que ocupa o nono lugar em desigualdade de renda educação e saúde entre aqueles com baixo IDH na América Latina, as condições desiguais de vida da população não correspondem ao seu padrão de desenvolvimento econômico (PNUD,

2010). As desigualdades regionais apresentam aguda relevância, sobretudo na região Nordeste, e constituem um fator de entrave ao processo de desenvolvimento. Enquanto algumas cidades se destacam, outras permanecem em estagnação econômica (PNDR, 2005). Galvão (2006) comenta que este é um dos poucos países com possibilidades de manter um nível de renda e uma boa qualidade de vida, porém apesar disso apresenta uma imensa desigualdade social.

Para análise das desigualdades em saúde, serão utilizadas no presente estudo duas características que se articulam estreitamente entre os grupos da sociedade, quais sejam, educação e renda, aproximando-as das classificações de Bourdieu, em dois dos seus conceitos teóricos - o capital cultural e o capital econômico – sobre os quais se apresenta uma breve discussão conforme a seguir:

5.3. CONSIDERAÇÕES SOBRE CAPITAL ECONOMICO E CAPITAL CULTURAL

Segundo Bourdieu (1989), os indivíduos e grupos de indivíduos situam-se no espaço social em posições definidas, principalmente, pela quantidade e composição do seu capital, econômico, cultural e trajetória social. Inicialmente essas categorias ou o volume global das mesmas, definem a distribuição das pessoas no espaço, em seguida, predomina o peso relativo do capital econômico e cultural. A aproximação dos indivíduos com igual capital cultural e/ou econômico torna o espaço social mais homogêneo e essas distâncias espaciais equivalem a distâncias sociais.

As categorias capital econômico e capital cultural podem ser medidas de uma forma aproximada, por meio de indicadores socioeconômicos respectivamente como renda e educação. Sendo assim, o grupo com maior renda terá um maior capital econômico e maior acesso a bens e serviços. Já aquele com menor renda será equivalente ao grupo de capital econômico baixo, associando-se a desigualdade de renda, uma medida relativa, que aborda o problema da distribuição de riqueza e está diretamente associada com a mortalidade. Uma das explicações é que a carência relativa pode gerar frustração que

leva à deterioração da saúde: o indivíduo de baixa renda se sentirá pior numa sociedade onde há maior desigualdade (Ishitani et al., 2006). Já a educação interfere na saúde na medida em que promove conhecimentos e aptidões para solucionar problemas, aumentando as oportunidades de renda, melhorando o acesso e manejo da informação para manter uma vida saudável (Canada Health- OPS/OMS, 2000).

5.4. ESPAÇO SOCIAL E SAÚDE

A epidemiologia ao apresentar o triedro “pessoa-tempo-lugar”, refere o espaço social como uma das três condições fundamentais para o estudo da distribuição e frequência das doenças (Almeida-Filho, 2003) ou, parte da essência do estudo epidemiológico. É uma possibilidade singular para melhor apreender os processos interativos que permeiam a ocorrência da saúde e da doença nas coletividades (Costa et al, 1999).

O ato de ocupar e se apropriar do espaço pela população não se dá ao acaso (Castellanos, 1992). Estudar um fenômeno de doença em si não será o bastante se não tiver a localização precisa dos grupos populacionais (Carvalho et al., 1997), e se não levar em consideração que esse espaço social faz parte de uma estrutura simbólica, enquanto exercício da legitimação de um grupo sobre os outros, caracterizando-se como um espaço de lutas (Bourdieu, 1996) e, portanto, sendo construído no próprio movimento da sociedade (Santos, 1992).

As relações sociais decorrentes do modo de produção econômica que se expressam em processos sociais de urbanização, industrialização e migrações internas são definidoras da conformação espacial de uma cidade. Uma vez que o lugar reúne o nível coletivo, facilita a apreensão da relação entre saúde e estrutura social (Castellanos, 1997; Paim, 1997). Sendo assim, no espaço geográfico construído socialmente se expressam

problemas de diversas áreas e se desenvolvem ações de bem-estar, sendo uma explicação para os vários padrões de condição sócioeconômica, adoecimento e morte. Essas formações tendem a ser relativamente homogêneas do ponto de vista de suas condições de vida. Paim (1997) acrescenta que estratificar esse espaço de forma mais homogênea possível constitui-se numa alternativa metodológica para analisar a situação de saúde de uma população. Assim, na medida em que forem diferenciados grupos relativamente homogêneos será possível a melhoria nas condições de vida e de saúde da população, apesar da complexidade em se medir essas ocupações geográficas devido ao seu processo histórico e dinâmico (Ferreira, 1991)

A análise não pode partir apenas do lugar onde ela se encontra, sendo necessário contextualizá-la na região onde está inserida, considerando sua dinâmica regional e a produção social do espaço onde a transmissão se materializa (Kawachi et al, 2002). É necessário localizar o mais precisamente possível onde estão acontecendo os agravos, quais serviços a população está buscando, o local de potencial risco ambiental e as áreas onde concentram situações sociais mais vulneráveis (Pina et al, 2000). Assim, partindo do georreferenciamento, é possível avaliar o tipo de ação a ser produzida para ter impacto no nível geral da organização econômica, política e cultural, bem como os reflexos que elas produzem na forma de inserção dos grupos sociais (Castellanos, 1990).

O espaço é então um efeito concreto da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam (Czeresnia et al, 2000). A expressão desses fatos e fenômenos sociais georreferenciados são reunidos, estruturados e integrados no SIG-Sistema de Informação Geográfica, ferramenta que facilita a visualização e interpretação dos dados mais variados e complexos retirados do espaço social (Maguirre et al,1991; Pina, 1998)

5.5. ESTUDOS ECOLÓGICOS E ANÁLISE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Os estudos ecológicos ou de agregado espacial utilizam áreas geográficas como unidades de análise (Castellanos, 1998). Abordam espaços geográficos bem delimitados, analisando comparativamente variáveis globais, em geral, mediante correlação entre indicadores de condição socioeconômica e indicadores de situação de saúde. As investigações de base territorial utilizam uma referência geográfica para a definição das suas unidades de informação, em qualquer nível de abrangência, por exemplo, bairros, distritos sanitários, municípios, estados, nações e continentes (Almeida-Filho et al, 2003).

O delineamento ecológico é, geralmente, apropriado para os estudos de desigualdade social visto que a verificação do fenômeno se dá no nível dos grupos que compartilham um mesmo espaço social, e condições de vida semelhantes. Consequentemente os estudos ecológicos subsidiam a planificação com base territorial por serem baseados na coletividade e tornar clara a necessidade de intervenções intersetoriais voltadas para a modificação dos fatores condicionantes da saúde (Paim et al 1999).

6. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SALVADOR

Nas duas últimas décadas, o Brasil tem apresentado um crescimento econômico sofrível apresentando uma diminuição do PIB per *capita* em 1998 e 2003. Entre este último ano e 2005, o crescimento médio foi praticamente o mesmo, de 2,66%. A taxa média de desemprego entre janeiro e agosto de 2010 foi de 7,2% inferior aos 8,2% dos oito primeiros meses de 2008. Além disso, o país tem um dos maiores índices de concentração de renda do mundo, embora apresente sinais lentos de melhora (Cardoso, 2006).

Salvador, cidade situada no Nordeste deste país, vivenciou até a primeira metade do

século a estagnação e o atraso econômico e teve um acelerado processo de modernização e crescimento que intensificou a consolidação da segregação sócio-espacial da pobreza (Gabrielli et al, 1998; Carvalho et al, 1996; Souza, 2000). No ano de 2005, apresentou um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 1,03%, sendo considerada a 9ª (nona) cidade mais rica do país, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805 (IBGE, 2000), valor superior á média da Bahia que é de 0,688 e a Nacional de 0,736. Constituindo o terceiro município mais populoso e um dos centros regionais mais importantes do país, passou por grandes transformações nos últimos quarenta anos, entre outros fatores, como resultado da reorganização da base produtiva da economia regional, passando da condição de centro mercantil agro-exportador para a de sede metropolitana de uma região industrializada.

A evolução histórica e as transformações dos últimos anos foram construindo uma estrutura urbana complexa, com múltiplas áreas de concentração de atividades, contribuindo para uma cidade bastante desigual. Encontra-se um pequeno grupo com maior nível de renda composto pelos grandes empregadores locais, dirigentes do setor publico ou privado e por profissionais autônomos ou empregados de nível superior. A maior parte da população vive como subproletário com trabalhos mal remunerados, não especializados ou informais. Essas remunerações refletem o nível de pobreza e indigência encontrado na cidade. Em 2003, Salvador constituía a 3ª maior aglomeração de pobreza metropolitana do país. Com uma população de 2.676.606 pessoas, o município tinha um índice de pobreza de 35,76% e o índice de Gini de 0,49. Seus habitantes considerados pobres ou indigentes constituem 30,9% da população (IBGE, 2010).

Até metade do ano de 2005, Salvador teve a maior taxa de desemprego, chegando a 19,9%, em 2010, e atingindo em Julho desse mesmo ano sua taxa mais baixa de 16,7%. O emprego avançou em participação, porém aumentou em termos de trabalho precário e mal remunerado. Em 2003, a taxa de ocupação da população entre 16 a 24 anos de idade foi de 19%, quase o dobro da correspondente à população total que é de 10%. A situação se agrava no caso das mulheres jovens, já que a taxa de desemprego feminino

chegou a 24,4%, enquanto que a correspondência com seus companheiros foi de 15% (IBGE, 2003).

O Censo Demográfico de 2000 indicou que a população com mais baixo nível de escolaridade, ou seja, com menos de 1 ou de 1 a 7 anos de estudo estão distribuídos por toda a cidade e se acentuam nos espaços populares, já os que possuem 15 anos ou mais de estudo residem no centro ou na orla de Salvador.

A organização política e administrativa da cidade, compreende 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS). Cada DS constitui um espaço geográfico que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais semelhantes e os recursos de saúde para atendê-la (Mendes, 1993). Para atender a população em serviços de saúde a cidade conta com 2440 Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES sendo que 85% deles são privados, 13% municipais, e da esfera administrativa estadual apenas 2%. São 7,2 estabelecimentos de saúde por 10.000 habitantes. 50% desses serviços são de atenção básica, 48% de média complexidade e 2% de alta complexidade. Do total de Leitos cadastrados 72% prestam serviços ao SUS. Destes, 61% são da esfera administrativa privada e 39% pertencem ao serviço público. Na região existe uma razão de 2,87 leitos por cada mil habitantes e 2,06 com relação aos leitos do SUS. As causas de morte que tiveram maior representatividade no perfil epidemiológico da população de Salvador, no ano de 2010, foram os das doenças do aparelho circulatório e das causas externas vindo a seguir o grupo das neoplasias, e o das doenças respiratórias (SMS, 2010).

7. MATERIAL E MÉTODO

7.1 Desenho e Área de estudo

Estudo de agregados espaciais a ser realizado em Salvador, capital do estado da Bahia, localizado na região Nordeste do país. Esse município está dividido em 102 bairros em um território de 706,8 km². O IBGE, em 2000, trabalhou com a divisão do município

em 2524 setores censitários (SC) que correspondem a menor unidade territorial, com limites físicos identificáveis em campo. É a dimensão adequada à operação de pesquisas e seu conjunto esgota a totalidade do território de Salvador, o que permite assegurar a plena cobertura do município.

7.2. População de estudo e período de referência

Será estudada a população residente no município de Salvador, com idade de 15 a 64 anos, em 2001 e 2007. A escolha desses dois anos se deu em virtude de serem os que apresentaram a menor proporção de endereços não geocodificados (95,8% e 98%, respectivamente).

7.3. Fonte de Dados

Será utilizado o banco de dados sobre óbitos fornecidos, por meio magnético, pela Secretaria de Saúde do Município de Salvador (SMS). Os indicadores demográficos e socioeconômicos serão provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao Censo Demográfico de 2000.

7.4. Definição de termos

Para fins deste estudo, considerar-se-á como população adulta aquela da faixa etária de 15 a 64 anos.

7.5. Variáveis e Indicadores

Ver Quadro a seguir.

7.5. Procedimentos para processamento e análise dos dados

Os endereços de residência dos óbitos de 15-64 anos de idade já se encontram geocodificados por SC, e estão disponíveis em Bancos de Dados no ISC/UFBA. Para esta geocodificação foi utilizado o LOCALIZA, software desenvolvido no ISC/UFBA e o Google Earth, programa de acesso livre desenvolvido e distribuído pelo Google. Os dados demográficos e socioeconômicos foram disponibilizados pelo IBGE já distribuídos por este nível de agregação.

Para viabilizar a análise da mortalidade da população adulta segundo condições de vida, serão utilizados dois indicadores de posição socioeconômica, tomando-se como base duas categorias desenvolvidas por Bourdieu (1994), o capital econômico e o capital cultural. Uma aproximação desses dois conceitos será efetuada através da utilização das variáveis renda e grau de instrução, conforme metodologia já aplicada em estudos anteriores (Vieira da Silva et al, 1999; 2001) no mesmo município.

1ª. ETAPA:

Caracterização dos Setores Censitários segundo Capital Econômico e Capital Cultural

Os setores censitários serão estratificados a partir da composição da Renda e Educação, obtidas do Censo Demográfico de 2000. Inicialmente, será calculada a proporção de famílias segundo faixa de renda do chefe por SC e, a seguir, cada SC será classificado em: 1) Capital Econômico Baixo (CEB): sem rendimento e com rendimento de até 2 salários-mínimos; 2) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento de 2 até 5 salários-mínimos; 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários-mínimos. Esta classificação levou em consideração a maior proporção de famílias com CEB,

CEM ou CEA de cada SC. Posteriormente, o mesmo procedimento será adotado para a proporção de famílias segundo grau de instrução do chefe, sendo os setores censitários classificados nas seguintes categorias: 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 ou doutorado). Da mesma forma, será considerada aqui a maior proporção de famílias com CCB, CCM ou CCA de cada SC.

2ª. ETAPA:

Agregação dos Setores Censitários segundo Estratos de Condições de Vida

A partir da combinação dos respectivos capital econômico e capital cultural, cada SC deverá ser agrupada em Estratos de Condições de Vida, conforme as combinações que forem encontradas.

3ª. ETAPA:

Verificação da existência de Desigualdades Sociais na mortalidade do adulto

A existência de desigualdades sociais na distribuição e frequência da mortalidade na população adulta será examinada mediante emprego da Razão de Risco de mortalidade (Razão de Desigualdade/RD), tomando como referência o estrato de melhores condições de vida.

4ª. ETAPA:

Análise da tendência de Desigualdades Sociais na mortalidade do adulto entre 2001 e 2006

Esta análise será realizada pela comparação da variação (em percentual) da Razão de Desigualdade calculada do percentual a partir da diferença entre os valores deste indicador nos anos 2001 e 2007, para cada estrato de condição sócioeconômica.

5ª. ETAPA:

Análise do perfil de grupos de causas e principais causas de óbitos do adulto em 2001 e 2006, por Estratos de Condições de Vida.

Para cada estrato de condições de vida será calculada a mortalidade proporcional por grupos de causas e principais causas de óbitos da referida faixa etária, para cada ano, e a seguir os dados obtidos serão representados graficamente para facilitar sua visualização e descrição.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa, enquanto estudo de base populacional, utilizará somente dados secundários, sem envolvimento ou identificação de indivíduos. Embora represente um dos subprojetos da pesquisa “Evolução dos determinantes sociais da morbimortalidade no espaço urbano de Salvador”, coordenado pela Profa. Maria da Conceição N. Costa, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), também o presente projeto deverá ser submetido ao Comitê de

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S. & LABRA, M. E., 2000. Health sector reform in Brazil: A case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30:129-162.
2. ABREU, D.M.X.; RODRIGUES, R.N.; MENDONÇA, E.F. Contribuição das causas de morte evitáveis no declínio da mortalidade nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Salvador, 1985-1995,
3. ALMEIDA-FILHO M, KAWACHI I, PELLEGRINI FILHO A, DACHS JNW. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003; 93: 2037-43.
4. ANDRADE, C.L.T., SZWARCWALD, C.L. Análise espacial da mortalidade neonatal precoce no Município do Rio de Janeiro, 1995-1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1199-1210, 2001.
5. ARAUJO, Edna Maria de et al . Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 4, Dec. 2010 .
6. BASSANESI, Sérgio Luiz; AZAMBUJA, Maria Inês; ACHUTTI, Aloyzio. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 90, n. 6, June 2008 .

7. BARROS, G. B., RAMOS, M. Condicionantes da mortalidade na população no extremos sul do Brasil. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 2006.
8. BARROS, R. P., FOGUEL, M., ULYSSEA, G. Desigualdade de Renda no Brasil: uma análise da queda recente. Ed. IPEA, v. 2., 900 p., 2006.
9. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. Revista Brasileira de Epidemiologia 1999; 2: 50-59.
10. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Inequalities in health. The Black Report. New York: Penguin/London: Pelikan; 1982.
11. BREILH, J., 1990. La Epidemiología Crítica Latino-americana. Quito: Proyecto ALAMES -OPS.
12. BROWNA, J. W., AKIYAMAC, H., SUGISAWAD, H., JAINA, A. Old Age Mortality in Japan: Does the Socioeconomic Gradient Interact With Gender and Age? The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences n. 57, p. 294-307, 2002.
13. BRITO, FAUSTO. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Rev. bras. estud. popul. [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 5-26. ISSN 0102-3098.
14. Carvalho, Alice Teles de Medindo desigualdades sociais na mortalidade: uma comparação de métodos no município de São Paulo / Alice Teles de Carvalho. Campinas, SP : [s.n.], 2004.
15. Carval ho, M. S.; Cruz, O. G.; Nobre, F. F. Perfil de risco: método multivariado

de classificação sócio-econômica de microáreas urbanas – os setores

censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 635 - 645, 1997.

16. CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. 276 p. p.31-75.
17. CASTELLANOS, P.L., 1990, “Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud”, Bol. Epidemiológico OPAS, v.10, n.4, pp.1-7.
18. Cavalli A. Estratificação social. Em: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de política. Vol. I. 4a ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1992. Pp. 443–445.
19. COSTA, M.C.N, TEIXEIRA, M.G.L.C. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.271-279, 1999.
20. COSTA, M.C.N., AZI, P. A. PAIM, J.S., SILVA, L.M.V. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.555-567, 2001.
21. CERQUEIRA, C. A., PAES, N. A. Mortalidade por Doenças Crônico-Degenerativas e Relações com Indicadores Socioeconômicos no Brasil. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 1998.
22. CORDEIRO, R., SILVA, E. A. Desigualdade da sobrevivência de trabalhadores de Botucatu, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17 n.4, Rio de Janeiro, 2001.

24. CUTLER, D. M., LLERAS-MUNEY, A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. NBER Working Paper No. 12352, June 2006.
25. DUARTE, E. C., SCHNEIDER, M. C., PAES-SOUSA, R., SILVA, J. B., CASTILLOSALGADO, C. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(6), 2002.
26. DRUMMOND Jr., M. BARROS, M. B. A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol.2, no 1/2, 1999.
27. Duncan BB, Rumel, D, Zelmanowicz A, Mengue SS, Santos S, Dalmaz A. Social inequality in mortality in São Paulo State, Brazil. Int. J Epidemiology, 1995;24:359-65.
28. ESPINHEIRA, Gey. Salvador: A cidade das desigualdades. Cad. CEAS, Salvador. 1999.
29. Evans, R.G.M.L e Marmot, T.R. Why are some people healthy and other not. New York:Alaine dee Gruiter, 1994
30. ELO, I. T., PRESTON, S. H. Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. Social Science and Medicine 42: 47-57, 1996.
31. FREITAS, E. D.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. & COSTA, M. C. N.,. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador. Cadernos de Saúde Pública, 2000. 16:109-118.

32. FERREIRA, M. U., 1991. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max Sorre. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:301-309.
33. Fischmann A, Medina CAB, Gus I. Principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul: prevalência de fatores de risco para a doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul, 2002.
34. GODOY, Moacir Fernandes de et al . Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 88, n. 2, Feb. 2007 .
35. GOLDMAN, N. Social inequalities in health, disentangling the underlying mechanisms. *Annals New York Academy of Sciences*, 2001.
36. HOUSE, J. S., LEPKOWSKI, J. M., KINNEY, A. M., MERO, R. P., KESSLER, R. C., HERZOG, A. R. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35,213-234, 1994
37. IBGE. Censo Demográfico 2000: documentação dos microdados da amostra. 2002.pP166.
38. IBGE. Tábua completa de mortalidade para o ano 2000 e evolução da esperança de vida ao nascer nos anos 90. *População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
39. IBGE. Indicadores sociodemográficos: Prospectivos para o Brasil 1991-2030. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
40. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050 – Revisão

2008. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n.24. Diretoria de Pesquisas – DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 93p.
41. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960, 1970 e 2000. [Links]
42. _____. Indicadores sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro: Arbeit, 2006.
43. ISHITANI, Lenice Harumi e FRANCA, Elisabeth. Desigualdades socioespaciais e mortes precoces de adultos na Região Centro-Sul do município de Belo Horizonte em 1996. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 2000, vol.9, n.4 [citado 2011-02-27], pp. 229-239 .
44. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IH, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 684-91.
45. KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., LOCHNER, K., PROTHROW-STIH, D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, New York, v.87, n.9, p.1491-1498, Sept.1997.
46. KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V., ALMEIDA FILHO, N. A Glossary for Health Inequalities. *J. Epidemiol. Community Health*, 56: 647-652, 2002.
47. KUNST, A. E., GROENHOF, F., MACKENBACH, J. P. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *British Medical Journal (BMJ)* 316:1636–42, 1998.

48. LAURELL, A. C., 1982. La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales, 19:7-20.
49. LAURELL, A. C. El estudio del proceso salud-enfermedad en América latina. Cuadernos Médico-Sociales, v. 17, n. 3, p. 3-18, 1986.
50. LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, ED.(org).Medicina Social.Aspectos históricos e teóricos. Textos 3.Sao Paulo,Global,1983.
51. LESSA, I. Doenças cerebrovasculares. In: LESSA, I. O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não – transmissíveis. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998. 284 p. p. 97-114.
52. BECKETT, M., 2000. Converging health inequalities in later-life: an artifact of mortality selection. Journal of Health and Social Behaviour 41:106-119.
53. MACEDO, A.C., PAIM, J.S., SILVA, L.M.V., COSTA, M.C.N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. Revista Saúde Pública, v. 35, n. 6, p.515-522, 2001.
54. MACKENBACH, J.P., KUNST, A.E. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Social Science & Medicine, n. 44, p.757-771, 1997.
55. MARMOT, M. G., MCDOWALL, M. E. Mortality decline and widening social inequalities. Lancet 2(8501):274-6, 1986.
56. McKeown, 1976 McKeown T. The modern rise of population. London: Edward

Arnold, 1976.

57. MESSIAS, E. Income Inequality, Illiteracy Rate, and Life Expectancy in Brazil. *American Journal of Public Health*, vol 93, no. 8, 2003.
58. MURRAY, C.J.L., GAKIDOU, E.E., FRENK, J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: qué debemos medir? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, n.2, p. 10-15, 2000.
59. MURRAY, C. & CHEN, L., 1993. In search for a contemporary theory for understanding mortality change. *Social Science and Medicine*, 36:143-155.
60. NORONHA, K. V. & VIEGAS, M., 2002. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, 32(Especial):877.
61. NUNES, A., SANTOS, J.R.S., BARATA, R.B., VIANNA, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
62. OLIVEIRA, J. S. O traço da desigualdade social no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1993. 45p.
63. Oliveira GMM, Klein CH, Souza e Silva na. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(2):85–93.
64. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Exclusión en salud en países de America Latina y el Caribe. Washington, D.C.:OPS, 2003. (Série

Extensão de la Protección Social en Salud, nº.1. Capítulo 1. Marco Conceitual.
Disponível em: <http://www.iseqh.org>.

65. PAES-SOUSA, R., 2000. Socioeconomic and Environmental Differentials, and Mortality in a Developing Urban Area (Belo Horizonte - Brazil). Ph.D. Thesis, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.
66. PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): p.1411-1421, 2002.
67. PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p.1411-1421, set-out., 2002.
68. PAPPAS, G., QUEENS, S., HADDEN, W., FISHER, G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. The New England Journal of Medicine, v. 329, n. 2, p.103-109, 1993.
69. PAIM, JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: Notas para reflexão em ação. Barata RB (org) Condições de vida e situação de saúde. Pág. 7-30, Abrasco, Rio de Janeiro. 1997
70. PAIM, J.S.; Silva, L.M.V.; Costa, M.C.N.; Prata, P.R.; César, A.L.M. Condições de vida e saúde da população da cidade do Salvador. In: PAIM, JS. et al Análise da situação de saúde do município de Salvador, segundo condições de vida. Acordo OPS/CNPQ-DRC/RPD/63/5/12 Relatório final v.I Salvador Bahia. Ag/1995p1-39
71. PETRAS, J. F. and VELTMEYER, H. Globalization Unmasked: Imperialism in the 21st Century. New York: Zed Books, 2001

72. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2002 [documento na internet]. Queluz: Mensagem: Serviços de Recursos Editoriais; 2002 [acesso em 02 set 2006]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh/integras/index.php?lay =inst&id= fuld #rdh2002>
73. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. A democracia na América Latina: rumo a uma democracia para cidadãos e cidadãs. Trad. Mônica Hirts. Santana do Parnaíba, SP: LM & X, 2004.
74. POSSAS, C. Padrões epidemiológicos: uma proposta conceitual. In: _____. Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1989. cap. 3, p. 179 - 234.
75. PRATA, P., 1992. A transição epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 8:168-175.
76. PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 387-91, jul./set. 1994.
77. PRESTON, S. H., ELO, I. T. Are educational differentials in adult mortality increasing in the United States? Journal of aging and health 7: 476-96, 1995.
78. PRESTON, S. H., TAUBMAN, P. Socioeconomic differences in adult mortality and health status. In: MARTIN, L.G., PRESTON, S.H., Demography of aging, ed. National Academy Press. Washington, DC, p. 279-318, 1994.
79. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório de desenvolvimento humano (DF); 2005

80. Preston, S.H., and P. Taubman. 1994. "Socioeconomic Differences in Adult Mortality and Health Status." Pp. 279-318 in *Demography of Aging*, edited by L.G. Martin and S.H. Preston. Washington, DC: National Academy Press.
81. QUADROS, Waldir. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. *Estud. av.*, São Paulo, v. 18, n. 50, Apr. 2004 .
82. ROCHA, S. *Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
83. ROGERS, R.G., Robert A. Hummer, and Charles B. Nam, *Living and Dying in the USA: Behavioral, Health, and Social Differentials of Adult Mortality*. NY: Academic Press., 2000.
84. ROSEN, G. *História da saúde pública*. São Paulo: Unesp, 1994.
85. Relatório Regional sobre Desenvolvimento Humano para a América Latina e o Caribe, PNUD, 2010,
86. SACHS, I. *Desenvolvimento: incluídos, sustentável, sustentado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
87. SANTOS, S.M., BARCELLOS, C., CARVALHO, M.S., FLÔRES, R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p. 1141-1151, 2001.
88. SANTOS, S.M., NORONHA, C.P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.1099-1110, 2001.
89. SCHRAMM, J.M.A.et al. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de*

doença no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.4,p.897-908, out/dez.2004

90. SICHIERI, R. et al. Geographical Patterns of proportionate mortality for the most common causes of death in Brazil. In: *Revista de Saúde Pública*, n. 26(6), São Paulo, 1992, p.424-430.
91. SZWARCOWALD, C.L., BASTOS, I.B., ESTEVES, M.P., ANDRADE, C.L., PAEZ, M.S., MEDICE, E.V., DERRICO, M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 15-28, 1999.
92. SILVA, J.B., BARROS, M.B.A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a historia. *Revista Panamerican Salud Publica*, v.12, n.6,p 375-383,2002
93. SILVA, L. M.; PAIM, J. S. & COSTA, M. C. N.,. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, 1999. 33:6-97.
94. SOUZA, M. C. Modelos de regressão ecológica: aplicação em doença isquêmica do coração. Rio de Janeiro, 2000. 120p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
95. STEINER J. E. Conhecimento: gargalos para um Brasil no futuro. *Estudos Avançados*, v. 20, n. 56, p. 75-90,2006.
96. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec; 1989.
97. Luiz Augusto Marcondes Fonseca¹, José Eluf-Neto, Victor Wunsch Filho. *tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil*,

1980-2004, 2010

98. Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040–1054.
99. Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
100. Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press 2001.