

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

KELLY LACERDA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA

JOÃO PESSOA - PB

2012

KELLY LACERDA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA

JOÃO PESSOA - PB

2012

KELLY LACERDA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição. Área de concentração em Ciências da Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Alice Teles de Carvalho

JOÃO PESSOA - PB

2012

M188d Magalhães, Kelly Lacerda de Oliveira.

Desigualdades sociais em saúde: uma abordagem metodológica / Kelly Lacerda de Oliveira Magalhães. - - João Pessoa: [s.n.], 2012.
80f.

Orientadora: Alice Teles de Carvalho.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1.Nutrição. 2.Saúde pública. 3.Estudos ecológicos. 4.Iniquidade social.
5.Desigualdades em saúde. 6.Iniquidade em saúde. 7.Equidade em saúde.

UFPB/BC

CDU: 612.39(043)

KELLY LACERDA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM METODOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição. Área de concentração em Ciências da Nutrição.

Dissertação aprovada em 18/04/2012

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Alice Teles de Carvalho - PPGCN/CCS/UFPB
Coordenadora da Banca Examinadora



Profª Drª Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves - PPGCN/CCS/UFPB
Examinadora Interna



Profª Drª Maria Cristina Falcão Raposo - DE/CCEN/UFPE
Examinadora Externa

Prof. Dr. Evandro Leite de Souza - PPGCN/CCS/UFPB
Examinador Suplente Interno

Profª Drª Cláudia Regina Lima - DE/CCEN/UFPE
Examinador Suplente Externo

Dedico este trabalho a Deus, razão da minha
esperança, com muita gratidão pela graça
concedida para a sua realização. À Prof^a Dr^a
Alice Teles de Carvalho que me inseriu e
instruiu nesta desafiadora e digna temática dos
estudos das desigualdades sociais em saúde.
Às minhas amadas irmãs Keila Lacerda e
Kizzy Lacerda, aos meus pais e aos demais
queridos amigos que fazem parte da minha
caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu amor incondicional e sua paz que excede todo entendimento. Pelo seu socorro nos momentos de dificuldades e pela sua companhia e cuidado em todo o tempo. Agradeço também à Deus pelas oportunidades proporcionadas e por todas as pessoas que contribuíram com a minha chegada e trajetória no mestrado.

Quanto à estas pessoas, agradeço a minha família. Em especial:

À minha mãe, Valéria Lacerda, pelo seu amor e por ter sido o instrumento pelo qual eu conheci o amor de Deus, juntamente com o meu pai Newton Magalhães.

À Keila Lacerda, minha irmã, pelo grande incentivo em meus estudos, dando seu próprio exemplo, aconselhando, ensinando e, especialmente me motivando. Obrigada pelo referencial que és neste sentido, sendo uma das maiores responsáveis pela minha trajetória acadêmica. Agradeço também o seu cuidado, carinho, amor e a sua grande amizade.

À minha irmã Kizzy Lacerda quero expressar a minha profunda gratidão pela sua proteção, carinho, motivação e pelo amor e disposição que me ajudas e me ensinas a enfrentar os obstáculos da vida. Agradeço também a meu cunhado, Mauro César, pelo cuidado que você tem por Kizzy e por mim e pela sua alegria contagiante.

Agradeço à Laudelina, Jackson, Allan e Thaisy por terem me acolhido como parte de sua família, demonstrando por meio da ação, o verdadeiro amor ao próximo.

À minha orientadora, Alice Teles, agradeço a dedicação, paciência, atenção, compreensão, sinceridade e amor, com os quais todo este processo de orientação foi dirigido, me proporcionando uma aprendizagem inestimável, com um consequente desenvolvimento acadêmico e pessoal. Agradeço também pela confiança depositada em mim, pelo incentivo, conselhos e por todo cuidado e respeito demonstrado a mim.

À meu amor, Gabriel Neubarth, agradeço pela preocupação, paciência, palavras de motivação e dedicação em buscar viver ao meu lado o amor que tudo crê, suporta e espera.

À minha grande amiga Dani, agradeço a valorização e fidelidade à nossa amizade, se fazendo sempre presente nos momentos importantes da minha vida, sejam estes alegres ou tristes. Agradeço também os sábios conselhos e o fundamental suporte emocional que encontro em você nos momentos mais difíceis.

À Raimunda, agradeço a forma generosa e gentil que me recebeu em sua casa, sendo uma verdadeira benção de Deus na minha vida. Agradeço também à seus filhos, e meus amigos, Renata e Samuel.

À Norminha, Cláudio, Cida, Polly e Claudinho, agradeço o amor e carinho que vocês sempre me passam e pelos vários momentos de alegria, em família que vocês me proporcionam. Também quero agradecer a solicitude de todos vocês nos momentos difíceis. À Norminha, em especial, não posso deixar de agradecer as suas intensas orações.

À família Chaussê (Sara, Ricardo, Déborah, Bruno, Caio e Taua) agradeço a amizade e o amor de vocês demonstrado no especial dom de hospitalidade que vocês têm. Agradeço também pela alegria e paz que vocês me transmitem.

Agradeço aos amigos da JUEP pelos momentos edificantes e divertidos que vocês me proporcionam. Tenho aprendido bastante com cada um de vocês. Obrigada pelo apoio e carinho nos momentos mais oportunos.

Aos demais amigos e irmãos em Cristo, pelos quais guardo grande admiração e carinho, tanto os mais recentes quanto os mais antigos, agradeço a consideração, respeito e a companhia enriquecedora e agradável de vocês.

À todos que fazem parte da família IPM, agradeço pelo suporte, acolhimento, carinho e pelas orações realizadas por mim. Em especial, agradeço à juventude IPM pelos momentos de alegrias

compartilhados, pelas valorosas amizades construídas e pelas experiências enriquecedoras que a caminhada com vocês têm me proporcionado.

Agradeço ao Projeto de Extensão PINAB, o qual representou para mim um espaço pedagógico, que foi muito além da oportunidade de praticar o que se aprende ou decora nos livros. Neste espaço aprendi a respeitar e a amar mais o ser humano, reafirmando a vontade e a coragem de exercer a responsabilidade de lutar por um mundo com menos injustiças.

Aos amigos da Graduação e Pós-graduação, em especial, Maria Eugênia, Sheila Virgínia, Geisyanne Fernandes, Amanda Marques e Renata Firmino, agradeço o crescimento acadêmico e pessoal que a vivência com vocês me proporcionou e pelo grande apoio, incentivo, amizade e companheirismo de vocês.

À Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves pela forma atenciosa e respeitosa que trouxe as preciosas contribuições na etapa de qualificação desta pesquisa, bem como às contribuições trazidas na sua função de professora e coordenadora do Programa de Mestrado.

À Maria Cristina Falcão Raposo agradeço por aceitar o convite de fazer parte da construção desta pesquisa, trazendo grandes contribuições.

À Ronei Moraes pelos esclarecimentos quanto às medidas estatísticas adequadas para a análise dos agrupamentos.

À Coordenação de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, na figura do professor Evandro Leite de Sousa pelo zelo e competência que tem coordenado este Programa e na figura dos funcionários Marcos e Carlos pelo empenho e disponibilidade nos serviços prestados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro prestado, mediante a concessão de bolsa de mestrado, viabilizando a realização desta pesquisa.

“Quem observa o vento, não semeará; e quem atenta para as nuvens, não ceifará.”

Eclesiastes 4:11.

RESUMO

A injustiça social repercute na saúde ocasionando diferentes riscos de doenças e mortes em função dos diferenciais de condições de vida de grupos populacionais, estabelecendo um quadro de iniquidades em saúde. Os estudos que visam à identificação e mensuração destas iniquidades tem se constituído em uma grande contribuição para a redução das mesmas ao fornecerem subsídios para a formulação e implementação de políticas sociais com caráter equitativo. Têm se demonstrado a importância da aplicação destes estudos, dando atenção especial às desigualdades sociais em saúde existentes no atual perfil epidemiológico e nutricional do Brasil, que vem se constituindo em consequência dos processos de transições que o país vem experimentando, há décadas, nessas áreas. Essas desigualdades aumentam a complexidade das transições, levando, principalmente, no setor saúde, a uma justaposição de riscos que encontrará como segmento mais vulnerável os grupos populacionais mais desfavorecidos socioeconomicamente, agravando ainda mais as iniquidades em saúde. Nesta perspectiva, diante do desafio da redução das iniquidades em saúde, tem se observado o incremento de estudos científicos voltados à sistematização de conceitos e construção de ferramentas metodológicas capazes de aprimorar a pesquisa nessa área. Buscando contribuir com o desenvolvimento metodológico deste tipo de investigação, a presente pesquisa, inserida na temática de mensuração das desigualdades sociais em saúde, objetivou abordar as técnicas de agrupamento que são utilizadas nestes estudos. Assim, foram experimentadas duas destas técnicas (Análise de Cluster e Quintis) na agregação de municípios de acordo com a condição de vida refletida por um indicador composto. Estas duas técnicas foram analisadas quanto à capacidade destes agrupamentos de refletirem adequadamente a realidade das desigualdades sociais em saúde existentes entre os agregados de municípios brasileiros. Para isso, por meio de testes específicos, foram avaliados os parâmetros estatísticos preconizados em relação à heterogeneidade entre os agrupamentos e à homogeneidade interna dos mesmos. Posteriormente, calculou-se um indicador de saúde sensível à condição de vida, a Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal para cada agrupamento formado e aplicou-se uma medida epidemiológica, a Razão de Taxas, para mensurar e comparar a magnitude das desigualdades sociais em saúde. Os resultados mostraram que as duas técnicas foram capazes de satisfazer a preconização de homogeneidade interna dos agrupamentos e heterogeneidade entre eles, com ambas apresentando-se eficazes na reflexão das desigualdades sociais em saúde existentes. No entanto, a razão entre taxas evidenciou que, nos agrupamentos intermediários, a técnica de Cluster refletiu estas desigualdades com maior intensidade, podendo esse fato ser um critério utilizado para a escolha metodológica por esta técnica. Quanto à técnica dos quintis, a escolha metodológica pela mesma pode se basear em sua vantagem de possuir uma maior simplicidade metodológica, o que torna mais viável a sua utilização no cotidiano dos serviços de saúde, em que a mensuração das desigualdades sociais em saúde deve ser incentivada para o planejamento de ações mais focalizadas na promoção da equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Estudos Ecológicos. Iniquidade Social. Desigualdades em Saúde. Grupos Populacionais. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Social injustice affects the health causing different risks of illness and death on the basis of differences in living conditions of population groups, establishing a framework of health inequities. Studies aimed at identifying and measuring these inequities have been constituted as a major contribution to reducing them by providing subsidies for the formulation and implementation of social policies with fair character. Some authors have demonstrated the importance of applying these studies, paying special attention to social inequalities in health exist in the current epidemiology and nutrition in Brazil, which has been constituted as a result of processes of transition that the country has experienced for decades in these areas. These inequalities increase the complexity of the transitions, leading mainly in the health sector, a juxtaposition of risks that will encounter as most vulnerable segment of the population groups most disadvantaged socioeconomically, further exacerbating health inequities. In this perspective, the challenge of reducing health inequities, we have seen the increase of scientific studies aimed at the systematization of concepts and construction of methodological tools that can enhance research in this area. Seeking to contribute to the methodological development of this research, the present study, part of the issue of measuring social inequalities in health, aimed to address the clustering techniques that are used in these studies. Thus, we tried two of these techniques (Cluster Analysis and Quintiles) in the aggregate of municipalities according to the condition of life reflected by a composite indicator. These two techniques were analyzed for the ability of these groups adequately reflect the reality of social inequalities in health between the groups of Brazilian municipalities. For that, through specific tests, we assessed the statistical parameters recommended in relation to the heterogeneity between clusters and the homogeneity of the same. Subsequently, we calculated a sensitive indicator of health condition of life, the rate of post-neonatal mortality for each group formed and applied an epidemiological measure, the ratio of rates to measure and compare the magnitude of social inequalities in health. The results showed that both techniques were able to meet preconization internal homogeneity of the groups and heterogeneity between them, with both showing to be effective in reflection of existing social inequalities in health. However, the ratio of rates showed that in the intermediate groups, the technique of Cluster reflected these inequalities with greater intensity, this fact may be a criterion for methodological choice for this technique. As to the technique of the quintiles, the methodological choice for the same can be based on its advantage of having greater methodological simplicity, which makes it feasible to use in everyday health services, in which the measurement of social inequalities in health should be encouraged to plan more targeted actions to promote equity.

Key-Words: Public Health. Ecological Studies. Social Inequity. Health Inequalities. Population Groups. Equity in Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 BREVE HISTÓRICO DOS ESTUDOS DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE.....	17
2.2 ESTUDOS DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: PANORAMA ATUAL E ALGUNS DESAFIOS METODOLÓGICOS.....	20
2.3 DIFERENCIAIS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS DIFERENTES CONDIÇÕES DE VIDA: AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE.....	23
2.4 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL ATUAL DO BRASIL.....	28
2.4.1 O perfil epidemiológico brasileiro e as iniquidades em saúde.....	28
2.4.1 O perfil nutricional brasileiro e as iniquidades em saúde.....	33
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA DOS ESTUDOS DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE.....	39
3.2 MENSURAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE.....	53
ARTIGO.....	54

1 INTRODUÇÃO

O termo desigualdade social refere-se à distribuição desigual de bens e serviços em geral entre grupos sociais (PAES-SOUSA; RAMALHO; FORTALEZA, 2003). No Brasil, a expressão desta distribuição desigual se dá principalmente em termos de renda monetária. Segundo dados da Organização das Nações Unidas, embora já tenha ocorrido um declínio considerável na concentração de renda, o Brasil se encontra atualmente entre os países mais desiguais do mundo neste aspecto (PNUD, 2010).

Adentrando em outras importantes dimensões da desigualdade, tais como o acesso à educação, serviços de saúde, terra e saneamento, percebe-se a existência de amplos contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania, estabelecendo-se um aberto quadro de injustiça social (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007).

A injustiça social repercute na saúde, ocasionando diferentes riscos de doenças e de morte, em função dos diferenciais de condições de vida de grupos populacionais. De tal modo, quanto pior a condição de vida, maiores são as desvantagens sistemáticas em relação a estes riscos, e de maneira geral, pior a saúde (SANTOS, 2011; BUSS; FILHO, 2007; COTTA et al., 2007; SILVA et al., 2008).

As desigualdades na saúde assim apresentadas, ou seja, remetendo-se à ideia de injustiça, encontra-se melhor consubstanciada na noção de iniquidade por diferenciarem-se das desigualdades em saúde que são ocasionadas por fenômenos naturais, livres da ação humana e, portanto, moralmente neutros (WILMOT, 2012).

De acordo com o Whitehead (1992), as iniquidades em saúde são as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

Há um reconhecimento cada vez mais consolidado no âmbito nacional e internacional de que a redução das iniquidades em saúde ou desigualdades injustas deve ser prioridade das políticas sociais (BRAUBACH et al., 2010; NUNES, 2001).

Isto porque, com efeito, as iniquidades em saúde, ou desigualdades injustas, refletem uma situação na qual os direitos fundamentais de grupos de pessoas com condição socioeconômica

desprivilegiada são desrespeitados em relação ao princípio de igualdade e ao modo como a saúde deve ser assegurada.

Além do mais, estudos recentes constataam que a redução das diferenças socioeconômicas na área da saúde é capaz de proporcionar uma melhoria na saúde da população em geral e não só dos grupos com condição socioeconômica mais baixa (BRAUBACH et al., 2010; UTOMO et al., 2011)

Os estudos que visam à identificação e mensuração das iniquidades em saúde fornecem subsídios para a formulação e implementação de políticas sociais com caráter equitativo, ou seja, com a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade na saúde.

De acordo com Braverman (2006), é fundamental a identificação de áreas geográficas e de grupos populacionais, cujo direito social à saúde está sendo violado, para tornar possível responder ao desafio da equidade, contribuindo para que os menos favorecidos socioeconomicamente possam receber atenção conforme as suas necessidades.

Alguns autores tem apresentado a importância da aplicação destes estudos dando atenção especial às desigualdades existentes no atual perfil epidemiológico e nutricional do Brasil, que vem se constituindo em consequência dos processos de transições que o país vem experimentando, há décadas, nessas áreas (SOUSA et al., 2012; ALVES; BARBOSA, 2010; ASSIS et al., 2007; CHAVES et al., 2010).

Em síntese, a transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança no padrão de morbimortalidade, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2008). E a transição nutricional caracteriza-se como o declínio da prevalência de desnutrição e aumento expressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade (BARRETO et al., 2005).

Estas transições já trazem elevadas demandas para os setores sociais e a presença das desigualdades observadas nestes processos, em virtude das desigualdades sociais existentes no Brasil, aumenta expressivamente estas demandas (MALTA et al., 2006; MONTEIRO et al., 2007).

De acordo com Duarte et al. (2002) estas desigualdades aumenta a complexidade das transições, levando, principalmente, no setor saúde, a uma justaposição de riscos que encontrará como segmento mais vulnerável os grupos populacionais mais desfavorecidos

socioeconomicamente. Como consequência, o excedente de doenças provocado pelos altos níveis de interação de riscos pode acarretar nos grupos mais vulneráveis mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social, agravando ainda mais as iniquidades em saúde.

Nos últimos anos, enfatizando a importância dos estudos das desigualdades sociais em saúde, amplia-se cada vez mais o incremento destes estudos. Considerando que entender os diferentes perfis de doença e suas mediações sociais não se constitui em uma tarefa fácil é de se esperar que a mensuração das desigualdades sociais em saúde demandem desafios metodológicos. Desta forma, muitos destes estudos estão voltados à sistematização de conceitos e construção de ferramentas metodológicas capazes de refinar a pesquisa nessa área (MAGALHÃES, 2007).

Como estes estudos abrangem um nível coletivo, um importante aspecto metodológico está relacionado à necessidade de estratificar a população segundo padrões homogêneos de condição de vida. É preconizado que os estratos populacionais devem ser os mais homogêneos possíveis internamente para, assim, expressarem adequadamente as condições socioeconômicas da população que compõe cada estrato; e os mais heterogêneos possíveis externamente para que reflitam de fato as desigualdades existentes entre a população que compõem os agrupamentos (CURI, 1993; FERNAU; SAMSON, 1990).

Para atender a esta preconização recorre-se a métodos de classificação ou métodos de agrupamento. Dependendo do método utilizado, esta condição pode ser mais ou menos satisfeita, o que trará repercussão na capacidade dos agrupamentos formados de refletirem adequadamente as desigualdades sociais em saúde existentes.

O método mais reconhecido e utilizado atualmente é o que considera o espaço geográfico socialmente construído como mediador da condição de vida e de saúde. Considerando este espaço, os agrupamentos são definidos a partir de indicadores mensuráveis da condição de vida, por meio da aplicação de um método estatístico. Dentro deste modelo, as técnicas mais aplicadas no âmbito científico, por serem consideradas eficazes dentro desta preconização, são a análise de cluster e a análise fatorial (BARATA, 2006).

Existem, ainda, técnicas que utilizam o mesmo princípio de estratificar a população a partir de indicadores mensuráveis da condição de vida, mas que não utiliza um programa

estatístico para fazer tal estratificação, revestindo-se, assim, de uma maior simplicidade metodológica.

Uma recomendação de Mackenbach e Kunst (1997) é que os tomadores de decisões utilizem métodos simples na mensuração das desigualdades sociais em saúde, mas que os pesquisadores verifiquem esses resultados com os métodos mais complexos.

Concordando com esta recomendação é que a presente pesquisa objetivou, antes de mensurar e analisar as desigualdades sociais em saúde, explorar o aspecto metodológico relacionado às técnicas de agrupamento, em que se pretendeu testar um método mais complexo (Análise de Cluster) e outro mais simples (Quintis), em termos metodológicos, analisando-os quanto à capacidade destes agrupamentos de refletirem adequadamente a realidade das desigualdades sociais em saúde existentes entre os agregados de municípios brasileiros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.2 BREVE HISTÓRICO DO ESTUDO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Existem registros de estudos das iniquidades em saúde desde a metade do século XVIII. No entanto, considera-se que as análises sistemáticas dessas desigualdades iniciaram-se mesmo no século XIX em um período marcado por um processo de profundas modificações sociais, econômicas e políticas, desencadeado no advento da expansão da Revolução Industrial (SILVA; BARROS, 2002).

Nesta época, tornavam-se cada vez mais frequentes os estudos que relacionavam o processo saúde-doença com as precárias condições de vida que os trabalhadores europeus estavam experimentando em decorrência deste processo. Entre os estudos desenvolvidos nesta linha, destacam-se as pesquisas desenvolvidas por Engels, Snow, Luís Vilhermé e William Farr (ROSEN, 1994).

Engels registrou as péssimas condições de vida nos bairros operários de Manchester, em seu trabalho intitulado de *A situação da classe trabalhadora da Inglaterra*. Um importante achado deste estudo foi a constatação dos alarmantes diferenciais do risco de morte prematura em função da condição social. Enquanto a expectativa de vida entre as classes mais elevadas era de 35 anos, entre os negociantes essa expectativa de vida era reduzida para 22 anos, chegando a apenas 15 anos entre os operários (SILVA; BARROS, 2002).

O estudo de Snow objetivou investigar diferenciais de acometimento de cólera associados à condição social. Nesse estudo, o autor descreve o comportamento da cólera por meio de dados de mortalidade, estudando a frequência e distribuição dos óbitos segundo a cronologia dos fatos e os locais de ocorrência, além de efetuar levantamento de outros fatores relacionados aos casos com o objetivo de elaborar hipóteses causais. Com este estudo, Snow contribuiu com a sistematização da metodologia epidemiológica (WALDMAN, 1998).

Luís Vilhermé analisou a mortalidade na cidade de Paris, relacionando-a com os diferenciais de condição de vida existentes entre os diferentes espaços geográficos da cidade. Os

resultados revelaram um alarmante excesso de mortalidade nos espaços geográficos com precárias condições de vida (ROSEN, 1994).

Já o contemporâneo de Luís Villermé, William Farr, formou classes baseadas nos grupos profissionais existentes nas sociedades industriais da Inglaterra e analisou, em vários estudos, os diferenciais de mortalidade nestas classes. Em um desses estudos Farr avaliou os diferenciais de mortalidade entre mineiros e não mineiros de diversos distritos da Grã-bretanha, concluindo que até a idade de 35 anos a mortalidade era consideravelmente maior entre o grupo dos mineiros (SILVA; BARROS, 2002).

Entretanto, a linha dos estudos que procuravam associar as condições de saúde com a situação social foi ofuscada pela era bacteriológica, caracterizada pela consolidação de uma explicação hegemônica da causalidade das doenças, voltadas, quase que exclusivamente, para o biológico (SILVA; BARROS, 2002).

O que contribuiu para o fortalecimento desta era foram as descobertas dos microrganismos das doenças mais prevalentes da época, iniciadas por Pauster e Koch. Antes deste achado, o próprio estudo de Snow, citado anteriormente, abriu caminho para estas descobertas, provando por meio do raciocínio epidemiológico que a transmissão da cólera não estava relacionada apenas com a situação social, mas também com a água que abastecia a população acometida pela doença (WALDMAN, 1998).

Desse modo, durante o fim do século XIX o campo da saúde voltou-se para a otimista ideia de que a descoberta dos agentes etiológicos das doenças traria todas as possibilidades para a prevenção e controle das doenças (BARATA, 2006).

Todavia, entre o fim do século XIX e início do século XX houve uma importante expansão econômica no hemisfério norte que propiciou reformas sociais, as quais promoveram uma melhoria geral das condições de vida das classes trabalhadoras, com importantes repercussões para o aumento da expectativa de vida, o conseqüente envelhecimento das populações e as modificações no perfil de adoecimento e morte, lançando as bases para a transição epidemiológica (SILVA; BARROS, 2002).

Como estes mesmos autores destacam, a transição epidemiológica, caracterizada, em suma, pela progressiva substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas, revelou a necessidade de transformação nos modelos de estudo de causalidade das doenças para dar conta da complexidade dos processos agora envolvidos.

No início da segunda década do século XX começam a serem reconhecidos novos indícios de investigação da dimensão social no processo saúde-doença, com o surgimento de escassos, porém consistentes, estudos nessa linha. Como exemplo, cita-se o estudo de Goldberger (1988), o qual analisou a relação da pobreza urbana e rural com a doença pelagra e o estudo de Stenvenson que constatou as desigualdades das taxas de mortalidade na Inglaterra, as quais eram maiores entre os estratos mais pobres da população, principalmente para algumas causas específicas como a bronquite (JONES; CAMERON, 1984).

Mais adiante, o reconhecimento dos novos perfis de saúde, bem como dos efeitos deletérios da globalização sobre as condições de vida e situação de saúde contribuiu para que na década de 70 e 80 se iniciasse na América Latina e na Europa, respectivamente, a recolocação do processo saúde-doença como fenômeno socialmente determinado, a qual foi alimentada por encontros nacionais e internacionais que reconheceram as desigualdades sociais em saúde como um dos principais temas a serem debatidos, tendo em vista os grandes desníveis observados entre países e grupos populacionais de um mesmo país (NUNES, 1991).

No meio científico, esse reconhecimento contribuiu com a ampliação do aporte de estudos das desigualdades sociais em saúde. Os pesquisadores preocupados com o tema focaram as limitações metodológicas deste tipo de pesquisa, com vistas ao seu aprimoramento (MAGALHÃES, 2007).

Silva e Barros (2002) citam como avanços metodológicos para a linhagem dos estudos das desigualdades sociais em saúde: a concepção do estudo ecológico como modelo apropriado e válido, e não como substitutivo inferior dos estudos de base individual; o aprimoramento de técnicas para manipulação e vinculação de grandes bases de dados; o desenvolvimento das análises de séries temporais, das técnicas de georeferenciamento e das análises espaciais; e o desenvolvimento das análises de múltiplos níveis e de estratégias de análises de pequenas áreas.

Esse avanço no campo científico foi acompanhado pelo crescente envolvimento de agências governamentais e não governamentais, que passaram a promover oficinas, grupos de trabalho, forças-tarefa e a lançar iniciativas e programas voltados para o monitoramento e intervenções sobre as iniquidades em saúde (SILVA; BARROS, 2002).

Como exemplo, a OPAS enfatizou a questão da superação das iniquidades em saúde por intermédio de desenvolvimentos metodológicos para aperfeiçoamento das técnicas de aferição e

dos modelos de análise, bem como pela defesa da inclusão desse tema entre as prioridades dos ministérios da saúde da região (PAIM, 1997).

2.3 ESTUDO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: PANORAMA ATUAL E ALGUNS DESAFIOS METODOLÓGICOS

Nos últimos anos, continua crescente o interesse pelo tema das desigualdades sociais em saúde, ampliando-se cada vez mais o incremento de estudos voltados à sistematização de conceitos e construção de ferramentas metodológicas capazes de refinar a pesquisa nessa área (MAGALHÃES, 2007).

De acordo com a autora citada acima, um dos principais aspectos abordados consiste na seleção de indicadores de condição de vida relevantes na mensuração das desigualdades sociais em saúde, de modo que evitem abordar de maneira isolada os efeitos dos aspectos sociais e econômicos na saúde, uma vez que a pobreza e a desigualdade social têm múltiplas dimensões.

Desse modo, considera-se mais adequado o uso de indicadores sintéticos. Dentre os indicadores desta natureza o mais reconhecido e utilizado é o índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado em 1990 para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (LUIZ et al., 2009).

Este índice aborda três dimensões: renda, saúde e educação; partindo do pressuposto que para aferir o progresso de uma população não basta apenas aferir a dimensão econômica, faz-se necessário medir as dimensões que, outrora limitadas, sejam obstáculos à plena realização das potencialidades humanas, como é o caso da saúde e educação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

No decorrer dos anos tem se levantado algumas limitações relacionadas ao IDH. Entre elas, Minayo, Hartz e Buss (2000) destacam como a principal, a seleção arbitrária dos indicadores e pesos utilizados, bem como a utilização de médias que, por exemplo, tornam o IDH incapaz de mensurar a pobreza de um território relacionada à concentração de renda. Para o Brasil, país marcado por amplas desigualdades na distribuição de renda, esta limitação torna-se ainda mais importante.

Outra limitação seria a respeito da abrangência do IDH. Ferreira (2003) e Romão (2003) argumentam a inclusão de uma dimensão ambiental neste índice, tendo em vista o reconhecido impacto da qualidade ambiental nos padrões de vida da população.

Além do IDH, têm sido propostos outros índices sintéticos com metodologias semelhantes, porém, com algumas peculiaridades (LUIZ et al., 2009). Um exemplo disto, no Brasil, é o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), elaborado pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro.

O IFDM aborda as mesmas dimensões do IDH, mas diferentemente deste possui uma periodicidade de atualização anual, permitindo uma análise mais recente das condições socioeconômicas dos municípios brasileiros. Apesar de apresentar um intervalo de três anos entre a divulgação dos dados e o período retratado.

Outro aspecto relevante na discussão metodológica dos estudos das desigualdades sociais em saúde é a estratificação da população de acordo com padrões mais ou menos homogêneos de condição de vida, dependendo do nível de agregação selecionado e do método utilizado para tal agregação.

Segundo Barata (2006), as escalas de estratificação social são importantes “na investigação de diferenciais entre classes ou entre grupos populacionais, auxiliando na especificação de relações particulares que possam explicar por meio de que características ou de que processos as desigualdades sociais produzem efeitos sobre a saúde”.

Influenciados pelo marxismo, alguns trabalhos considerou adequado à estratificação da população para estudo em classes sociais definidas pelo tipo de relação de seus integrantes com os meios de produção. De acordo com Barata (2006), adotar a estratificação da população por classes significa considerar um conjunto de variáveis socioeconômicas de maneira integrada, de tal modo que a classe social que se encontra na posição de dominação sobre as demais não reúne, obrigatoriamente, os mesmos indivíduos que possuem a mais elevada renda, escolaridade, prestígio ocupacional, entre outros.

A operacionalização da estratificação da população por classes trata-se, portanto, de uma tarefa bastante complexa. Se esta complexidade não for considerada, incorrerá no viés metodológico de supor semelhanças de consciência, de condição social, ou mesmo de destino histórico entre indivíduos bastante diferenciados. Segundo Silva e Barros (2002) “a difícil operacionalização desse complexo sistema tem limitado os estudos que se inserem nessa tradição

teórica a utilizarem, quase exclusivamente, indicadores de *status*, como renda ou grau de instrução, para estabelecer a noção de estratificação social”.

Por outro lado, a estratificação da população para análise das desigualdades sociais em saúde pode se dá considerando o espaço geográfico. Assim, cada distrito ou bairro de uma cidade podem ser tomados como representantes de condições particulares de vida dos grupos populacionais que neles residem.

Tal estratificação baseia-se no reconhecimento de que, como ressalta Paim (1997), o fato de grupos populacionais residirem em localidades com diferentes condições de vida não se trata de uma opção, mas decorre de um processo histórico-social da constituição destes espaços, o qual determinará também o padrão e o perfil epidemiológico da população.

Assim, o espaço socialmente construído é considerado o indicador da condição de vida da população pertencente a ele e esta condição deve ser relacionada com a distribuição de indicadores de saúde (BARATA, 2006).

Considerando as limitações propostas da estratificação da população por classes, a utilização desse modelo, embora não tenha caído em desuso, cedeu lugar ao modelo que utiliza o espaço socialmente construído como mediador entre condição de vida e saúde. Nos últimos anos, aprimorando este último modelo, a estratificação da população tem sido realizada a partir de indicadores mensuráveis da condição de vida, fazendo-se uso de métodos estatísticos (BARATA, 2006).

Segundo a mesma autora citada acima, os métodos mais utilizados no âmbito científico para fazer tal estratificação, chamados também de técnicas de agrupamento, tem sido a análise de cluster e a análise fatorial, devido a eficácia destes em formar agregados populacionais homogêneos e propiciar a mensuração das desigualdades sociais em saúde.

Aplicando o mesmo princípio da estratificação da população a partir de indicadores mensuráveis da condição de vida, existe a possibilidade de estratificar a população de uma forma mais simples, do ponto de vista metodológico, sem a utilização de um programa estatístico.

Uma forma, que alguns autores têm utilizado, é a estratificação da população por meio de uma técnica denominada de *quintis*. Esta técnica consiste em ordenar as unidades de observações do estudo de acordo com a condição de vida e, em seguida, estabelecer pontos de cortes para formar cinco grupos, com a população de cada um deles representando em torno de um quinto

(20%) da população total (CARVALHO, 2004; GIATTI; BARRETO, 2011; BARROS; BERTOLDI, 2002). A realização desta classificação pode ser realizada em uma planilha Excel.

Mackenbach e Kunst (1997) recomenda que os tomadores de decisões utilizem métodos simples na mensuração das desigualdades sociais em saúde e que os pesquisadores estejam atentos às escolhas metodológicas realizadas, verificando esses resultados com os métodos mais complexos.

Acredita-se que atender esta recomendação, tanto pode contribuir com o revigoramento do objetivo de garantir, a partir destes estudos, informações qualificadas para a realização de práticas de saúde mais equitativas, quanto pode incentivar a permanente tarefa de reformulação e reavaliação dos estudos das desigualdades sociais em saúde, contribuindo com seu aprimoramento.

2.3 DIFERENCIAIS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS DIFERENTES CONDIÇÕES DE VIDA: AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

A distribuição inadequada na produção e na repartição das riquezas determina a existência das desigualdades e iniquidades em saúde no Brasil, gerando uma exclusão social e econômica, por conseguinte, pobreza e miséria (SENA; SILVA, 2007).

Esta realidade evidencia a necessidade das práticas de saúde e das políticas públicas serem fundamentadas na busca da equidade, ou seja, na justa distribuição dos bens e dos serviços, de modo que haja superação das desigualdades e consequente exclusão social.

Os estudos que identificam e mensuram as disparidades na saúde encontradas em função das desigualdades sociais em certos grupos da população, têm sido aliados essenciais na superação das desigualdades sociais em saúde tanto no fornecimento de subsídios necessários para o embasamento e orientação das práticas de saúde e políticas públicas, em geral, voltadas para a promoção da equidade, quanto para a avaliação da eficácia destas mesmas práticas e políticas em relação a este desafio (SENA; SILVA, 2007; PESSALACIA; OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011; MAGALHÃES, 2007).

Antes de exemplificar estes estudos, considera-se oportuno um breve esclarecimento do significado atribuído nesta pesquisa aos termos: desigualdades em saúde; iniquidades em saúde; desigualdades sociais em saúde; igualdade e equidade. Tendo em vista que muitas vezes estes termos são utilizados na literatura sem precisão conceitual, aparecendo algumas vezes como sinônimos de outros termos e outras vezes com um significado próprio.

O termo desigualdade em saúde engloba as diferenças na saúde decorrentes dos mais diversos fatores. Desta forma, pode ser incorporado a este termo tanto os diferenciais em saúde que não possuem caráter normativo, por se referirem a fatores biológicos, quanto os diferenciais na saúde socialmente determinados, os quais podem ou não serem atribuídos a uma ideia de injustiça (CASTELLANOS, 1997).

Sendo assim, considera-se mais claro utilizar o termo iniquidade em saúde para se referir às desigualdades em saúde vinculadas às heterogêneas condições de vida de grupos populacionais, estabelecidas em virtude do contexto de injustiça social. É esta desigualdade o objeto de investigação neste estudo.

Para Silva e Barros (2002), o conceito de iniquidade diferentemente do conceito de desigualdade “não se reveste de caráter apenas descritivo, mas sim normativo, na medida em que sempre pretende enunciar um “deve ser”. Pode-se então, falar de iniquidades em saúde não enquanto um valor abstrato, mas sim como uma manifestação mensurável da injustiça social, geralmente representada pelos diferenciais no risco de doença ou morte”.

Na literatura científica, em geral, as desigualdades sociais em saúde são interpretadas como sinônimo de iniquidades em saúde. De acordo com Breilh (1998), as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas na saúde pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. A partir deste conceito pondera-se que a desigual repartição do poder e da propriedade, em significativa dimensão, ocasionará diferenças na saúde injustas e, portanto, iníquas. Desse modo, com base nesse conceito, nesta pesquisa, o termo desigualdade social em saúde também será utilizado como sinônimo de iniquidade em saúde.

Os termos igualdade e equidade são utilizados frequentemente como sinônimos. Um exemplo disso é que a equidade vem sendo citada em documentos técnicos e normativos, junto à universalidade e integralidade, como um princípio do SUS ao invés da igualdade, que é o termo que consta na constituição brasileira e na lei orgânica de Saúde (PAIM; SILVA, 2010).

O princípio da igualdade tem base no conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos (VIANA et al., 2001). No entanto, nem sempre a equidade pode ser compreendida como sinônimo de igualdade. Por exemplo, para West e Cullis (1979) há duas formas de equidade: a horizontal que significa tratamento igual para iguais, supondo o princípio da igualdade; e a equidade vertical que significa tratamento desigual para os desiguais, supondo que tratamentos iguais nem sempre são equitativos.

A segunda forma de equidade é considerada a mais adequada, uma vez que na ocorrência de grandes desigualdades, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Desse modo, considera-se mais justo atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (RAWLS, 1999; PAIM; SILVA, 2010).

Portanto, nesta pesquisa, a equidade será pensada não como sinônimo de igualdade, mas com o significado exposto por West e Cullis (1979) para o que eles chamam de equidade vertical.

Retornando aos estudos das desigualdades sociais em saúde, na literatura científica encontram-se estudos que identificam e mensuram as desigualdades sociais em saúde entre países, regiões, municípios ou outros níveis de agregação.

Como exemplo, Wagstaff (2000) investigou as desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil e na infância entre crianças em diferentes posições na distribuição de consumo, em nove países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Encontrou-se que há uma grande desigualdade na mortalidade infantil e na infância em virtude da condição de vida, em detrimento dos grupos de crianças menos favorecidas socioeconomicamente. Entre os países investigados, o Brasil foi considerado o país com a distribuição mais desigual.

Almeida e Szwarcwald (2012) analisaram o acesso geográfico ao parto hospitalar no Brasil. O resultado deste estudo revelou diferenças na oferta dos serviços de atenção ao parto entre as regiões do país e os estados da Federação, com distribuição espacial que alterna padrões de escassez em algumas áreas e de excesso em outras. O padrão de desigualdade é ainda mais acentuado quando se considera o atendimento de maior complexidade.

O artigo de Farias, Laurenti e Holcman (2010) objetivou avaliar as diferenças na mortalidade pelo conjunto das doenças cardiovasculares na população do município de São Paulo, segundo áreas socioeconômicas. O resultado deste estudo foi, sobretudo, a constatação do

aumento do risco de morte por doença cardiovascular na área mais pobre em relação à área mais rica.

Barros et al. (2011) avaliaram as tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência das doenças crônicas no Brasil. Entre os achados deste estudo, destaca-se a comprovação de que a desigualdade de condição de vida da população adulta brasileira, avaliada pelos anos de escolaridade e pela filiação a plano privado de saúde, associa-se a diferentes prevalências de condições crônicas, sendo as mais elevadas constatadas, em geral, nos segmentos socialmente mais desfavorecidos.

O estudo de Feitosa e Almeida (2007) avaliou o perfil do Estado de Minas Gerais na produção do exame citopatológico em 2002, por meio de técnicas multivariadas. Foi concluído que as situações mais críticas ocorrem nas Mesorregiões Norte do Jequitinhonha, do Vale do Mucuri e do Vale do Rio Doce, as quais têm piores condições sociais e econômicas.

Amaral e Lana (2008) pesquisaram a distribuição espacial da hanseníase na microrregião mineira de Almenara. A análise espacial identificou dois grupos, sendo um com coeficiente de detecção de hanseníase acima e outro abaixo do esperado. O grupo com coeficiente de detecção da doença acima do esperado era justamente o grupo com piores condições socioeconômicas. Os resultados mostraram que a área deste grupo é uma área hiperendêmica, indicando que os serviços de saúde não estão sendo capazes de detectar todos os casos existentes, contribuindo para manter a cadeia de transmissão da doença.

Soares (2007) objetivou identificar e mensurar as desigualdades sociais na saúde reprodutiva das mulheres entre os municípios paranaenses. Para isto, os municípios foram agregados em áreas homogêneas segundo indicadores de condição de vida, com base nas técnicas de análise multivariada. Desigualdades sociais em saúde foram constatadas, com os dois agrupamentos de pior situação socioeconômica apresentando, em geral, indicadores de saúde reprodutiva feminina mais desfavoráveis. Como exemplo, destaca-se que a taxa de mortalidade materna foi 2 a 3 vezes maior nos grupos de municípios mais pobres.

O estudo de Magalhães et al. (2011) teve por objetivo caracterizar a mortalidade dos idosos segundo estratos de condição de vida, definidos por análise fatorial, em residentes da cidade de Recife (PE). Um dos resultados encontrados foi que os maiores riscos de morte se davam nos estratos de baixa condição de vida, independentemente do sexo, faixa etária, causa básica e local de ocorrência. Em relação à causa básica da mortalidade, comparando o estrato de

pior condição de vida com o de melhor, o risco expresso na razão de taxa para o estrato de pior condição de vida foi de 1,55 e 1,58 para as doenças do aparelho circulatório e respiratório, respectivamente.

No estudo de Paim et al. (2003) a cidade de Salvador foi dividida em 75 zonas, as quais foram agrupadas em quartis segundo um índice de condição de vida. A situação de saúde foi indicada por meio da Mortalidade Infantil Proporcional, do Índice de Swaroop-Uemura e dos coeficientes específicos de mortalidade, por grupos de causas selecionados. Esta pesquisa propiciou a identificação das áreas na cidade de Salvador com piores condições de vida e constatou que, em geral, estas áreas eram as mais penalizadas com excesso de mortalidade.

Como exemplo, a diferença da mortalidade proporcional de 50 anos e mais entre o quartil de elevadas condições de vida e o quartil de muito baixas foi de 24,4%. E, em relação ao coeficiente de mortalidade específica por grupos de causas, destacou-se o fato de que houve uma redução desse coeficiente nos estratos de elevadas e de intermediárias condições de vida, enquanto que nos estratos de baixas e muito baixas condições de vida houve um crescimento.

Outros pesquisadores têm se dedicado a avaliar a efetividade de políticas e de estratégias de redução das iniquidades em saúde. Por exemplo, Kaplan et al.(2004) observaram a continuação da presença de gradiente social na prevalência da hipertensão arterial nos Estados Unidos e a ausência deste padrão no Canadá. Esta ausência de gradiente social na prevalência de hipertensão no Canadá foi considerada como resultante da cobertura universal dos cuidados de saúde e das políticas de proteção dos segmentos socialmente mais carentes que vigoram neste país.

Em outro estudo, realizado por Fang et al. (2009), foi verificado que a província do Canadá, onde foram desenvolvidas estratégias sociais anti-pobreza, passou a apresentar menores prevalências de várias doenças crônicas no segmento populacional de menor renda em comparação com a província mais rica e com melhores indicadores médios de saúde, mas que não adotava políticas sociais similares, o que ressalta a importância das políticas sociais voltadas para a redução das iniquidades em saúde.

Todos estes estudos refletem a invariância das desigualdades sociais em saúde de que quanto pior a condição de vida, tanto pior a saúde. E como se pôde observar, esta invariância mantêm-se verdadeira no contexto brasileiro atual, como também em alguns países mais avançados (SANTOS, 2011).

Estes estudos também têm demonstrado de modo convergente que as desigualdades socioeconômicas de saúde são grandes e persistentes, mesmo em face dos grandes progressos nos níveis gerais de saúde da população e das melhorias na qualidade e na disponibilidade do serviço médico moderno (SANTOS, 2011). Esse fato reforça ainda mais a importância de priorizar a questão da iniquidade em saúde nos estudos epidemiológicos, na agenda das políticas sociais e no cotidiano das práticas em saúde.

2.3 DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL ATUAL DO BRASIL

2.3.1 O perfil epidemiológico brasileiro e as iniquidades em saúde

Há algumas décadas o perfil de morbidade e de mortalidade da população brasileira vem sendo modificado. Tais mudanças caracterizam a transição epidemiológica, em que ocorre a diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e a elevação das mortes por doenças crônicas. Essa tendência, observada primeiro nos países desenvolvidos, vem ocorrendo na maioria dos países em desenvolvimento, tendo como princípio básico melhorias nas condições sociais, econômicas e de saúde da população. (BRASIL, 2008).

Em 1930, as doenças infecciosas correspondiam a cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva, chegando em 2003 a responder a apenas 5% dessas mortes, aproximadamente (BARBOSA et al., 2003). Enquanto que, as mortes por doenças e agravos não transmissíveis chegaram em 2005 a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas. Entre elas, as doenças do aparelho circulatório passaram de 10% (na década de 30) para cerca de 32% (em 2005); as neoplasias passaram de 2% para 16,7%, no mesmo período; e as causas externas representaram cerca de 14,5%, em 2005 (BRASIL, 2008).

Diversos fatores motivaram essa mudança no padrão de morbimortalidade, como a ampliação do acesso a serviços de saúde, saneamento básico e educação, que contribuíram para a

redução de doenças infectocontagiosas e, em contrapartida, o aumento de fatores de riscos como o tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas, que contribuíram para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2008).

Outros dois processos de transições que vem ocorrendo no Brasil, a saber, a transição demográfica e a transição nutricional, são reconhecidos como determinantes do novo perfil de morbimortalidade.

A transição demográfica, caracterizada, de modo geral, pela redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida ao nascer, provoca uma forte mudança na estrutura etária da pirâmide populacional, com conseqüente envelhecimento da população. Como a idade é um importante fator de risco para o aparecimento de doenças crônicas, o envelhecimento populacional torna-se um determinante do novo perfil de morbimortalidade (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

A transição nutricional, elucidada mais adiante, também interfere no padrão de morbimortalidade. O aumento expressivo das prevalências de excesso de peso e obesidade aumenta consideravelmente a chance de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes melitos, doenças cardiovasculares, hipertensão, entre outras (STRUFALDI; SILVA; PUCCINI, 2008; NOGUEIRA et al., 2007; ARAUJO et al., 2008; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Como exemplo, cita-se que, de acordo com os dados oriundos do estudo internacional *Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*, cerca de 64% dos homens e 77% das mulheres com diabetes melitus não-insulino dependentes poderiam, teoricamente, prevenir a doença se tivessem um Índice de Massa Corporal menor ou igual a 25, quando o indivíduo é considerado eutrófico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Um estudo americano realizado por Hafnner et al. (1992), ao comparar indivíduos com sobrepeso e indivíduos com peso normal, constatou que o risco de desenvolver hipertensão entre os indivíduos com sobrepeso era de 180 vezes maior. E em relação às doenças cardiovasculares, os estudos epidemiológicos de Martins et al. (2006) e Ferreira et al. (2010) constataram uma forte associação entre excesso de peso e obesidade com doenças cardiovasculares.

Embora esta mudança no padrão de morbimortalidade esteja bem estabelecida no Brasil, as doenças transmissíveis ainda persistem em decorrência da falta de controle dos riscos

tradicionais, como a ausência de saneamento básico, poluição intradomiciliar, desnutrição, baixa escolaridade, entre outros (MALTA et al., 2006; DUARTE et al., 2002).

Desta forma, como afirma Schramm (2004), a transição epidemiológica no Brasil é polarizada, uma vez que existe uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e as doenças crônico-degenerativas. A reintrodução de doenças, como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras, como malária, hanseníase e leishmaniose, evidenciam esta polaridade.

A peculiaridade da transição epidemiológica no Brasil se dá em virtude da própria estrutura social desigual, em que determinados grupos populacionais possuem o acesso negado aos direitos básicos considerados determinantes do processo saúde-doença das afecções, sobretudo, transmissíveis.

Segundo Duarte et al. (2002), os pobres deste país experimentam altos níveis de interação de riscos, que tem como consequência um excedente de doenças capaz de ocasionar, neste grupo mais vulnerável socialmente, mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social.

Alguns estudos científicos têm contribuído com o entendimento do quadro característico da transição epidemiológica no Brasil, dando subsídio para a priorização deste tema e reestruturação das ações de saúde e políticas sociais para que aumentem a capacidade de resposta diante dos velhos e novos riscos de saúde.

Como exemplo, Bassanesi, Azambuja e Achutti (2008) investigaram a relação entre mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e condições socioeconômicas em Porto Alegre (RS). Estes autores constataram que a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares foi 2,6 vezes maior nos estratos que eram compostos pelos bairros de piores condições socioeconômicas, quando comparados com o estrato composto pelos bairros de melhores condições socioeconômicas. Entre os estratos extremos, o risco relativo chegou a 3,3 para as doenças cardiovasculares e 3,9 para as doenças cerebrovasculares. Em conclusão, o estudo demonstrou que quase a metade da mortalidade por doenças cardiovasculares antes do 65 anos de idade pode ser atribuída a pobreza.

O estudo acima está de acordo com o estudo de Ishitini et al. (2006), no qual foi investigada a associação entre alguns indicadores de nível socioeconômico e mortalidade de adultos por doenças cardiovasculares no Brasil. Os autores encontraram que a mortalidade por

doenças cardiovasculares e o subgrupo das cerebrovasculares hipertensivas apresentavam associação negativa com a renda e a escolaridade; e associação direta com taxa de pobreza e condições precárias de moradia.

Barros et al. (2011) encontraram na sua pesquisa que a desigualdade de condições de vida da população adulta brasileira, avaliada pelos anos de escolaridade e pela filiação a plano privado de saúde, associa-se a diferentes prevalências de condições crônicas, sendo as mais elevadas constatadas, em geral, nos segmentos socialmente mais desfavorecidos.

Leitão e Martins (2012), objetivando determinar a relação da síndrome metabólica com o nível socioeconômico, entre outros fatores, selecionaram duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo pertencentes a bairros com perfis socioeconômicos distintos, a fim de se apreender o efeito que diferentes modos de viver produziriam na Síndrome Metabólica. O resultado foi que a população que residia no bairro de baixo nível socioeconômico teve 2,3 vezes mais de chance de obter Síndrome Metabólica do que a população do bairro com melhor condição socioeconômica.

Já Alves e Barbosa (2010), em seu estudo que teve a finalidade de analisar as desigualdades na mortalidade por doenças crônicas entre os idosos das regiões do Brasil, encontraram que os estados que compõem as regiões Norte e Nordeste, detentores de condição socioeconômica mais baixa, apresentaram as menores taxas de mortalidade, o que pode estar relacionado a fatores como: deficiência no atendimento à saúde, que não consegue tratar essas doenças por longos anos, não permitindo que os doentes crônicos atinjam a terceira idade; maior mortalidade por processos tipicamente agudos, como doenças infecciosas e parasitárias; baixa qualidade do diagnóstico, não detectando a doença crônica; qualidade dos dados de mortalidade.

Este estudo ressalta a importância de investigar se menores taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis entre a população de nível socioeconômico mais baixo está indicando condição de saúde adequada ou o inverso disto. Além do mais, é preciso considerar que estudos ecológicos que adotam as regiões como unidades de observação podem esconder grandes diferenciais de condição de vida e de saúde dentro das mesmas.

Quanto às doenças transmissíveis, tipicamente agudas, Teixeira et al. (2002) analisou a evolução da mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) em Salvador (BA) e seus diferenciais intra-urbanos, mediante estudo de série temporal e de agregados espaciais. Os

resultados evidenciaram o crescimento da mortalidade padronizada por DIP justamente naqueles estratos nos quais as condições de vida da população eram mais precárias.

Chamou atenção neste estudo o fato de que mais de 70% dos óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias ainda eram devidos às diarreias, tuberculose, septicemias e doença de Chagas, problemas de saúde para os quais se dispõe de recursos terapêuticos e de prevenção de elevada efetividade. Com isto, os autores afirmam que grupos específicos da população, exatamente aqueles que residem em áreas onde as condições de vida são mais adversas e conseqüentemente mais expostas às Doenças Infecciosas e Parasitárias, não são os mais beneficiados pelas tecnologias disponíveis, resultando em iniquidades, conforme foi revelado neste estudo, e evidenciando uma grave dívida social da saúde.

Sousa et al. (2012) e Prietsch (2008), estudando os fatores de risco das doenças respiratórias, o primeiro na cidade de São Paulo (SP) e o segundo no estado do Rio Grande do Sul, constataram uma associação direta entre o baixo nível socioeconômico e as doenças respiratórias agudas, bem como comorbidades associadas. Esta associação denuncia o padrão iníquo das desigualdades encontradas nas doenças transmissíveis.

O estudo realizado por Chiesa, Westphal e Akermen (2008) objetivou analisar as desigualdades em saúde nas doenças respiratórias agudas na infância da população residente na área de abrangência de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. Os resultados mostraram que os grupos III e IV, os quais apresentavam as piores condições socioeconômicas, evidenciaram diferenciais importantes em relação aos grupos I e II, com melhores condições socioeconômicas, destacando-se as mortes por pneumonias como as que expressaram com maior intensidade as iniquidades em saúde.

Os resultados do estudo de Mota et al (2003), o qual objetivou descrever a distribuição espacial da mortalidade por tuberculose na cidade de Salvador, corroboram com os estudos anteriores. Segundo este estudo, a desigualdade da mortalidade por tuberculose entre os distritos sanitários foi muito acentuada (3 a 4 vezes em algumas situações). De modo geral, os distritos sanitários que possuíam os coeficientes padronizados mais elevados abrangeram áreas localizadas na periferia da cidade, em que grande parte das famílias habitava em condições de vida precárias, o que possivelmente tornou os indivíduos mais expostos e mais susceptíveis às infecções oportunistas como a tuberculose.

Acredita-se ainda que esses elevados riscos de morte possam estar revelando desigualdades e problemas relacionados com acesso aos serviços de saúde, com a aderência ao tratamento ou com a qualidade da atenção médica, na medida em que já se encontra demonstrada a efetividade dos tratamentos supervisionados, de curta duração (WHO, 2001).

Os estudos levantados contribuem para ratificar a polarização do processo de transição epidemiológica do Brasil, sugerindo um padrão assimétrico quanto aos diferenciais na exposição aos fatores de risco e no acesso aos bens e serviços de saúde por parte dos diferentes grupos populacionais (DUARTE et al., 2002).

Desta forma, considerando que no Brasil agregados populacionais englobam diferentes padrões epidemiológicos, não é adequado disponibilizar modalidades de serviços de saúde e políticas sociais que não contemplem tais diferenças, resultando na pouca efetividade destas ações, bem como no desperdício de recursos.

Neste sentido, as pesquisas que contemplam a visualização e constatação destas diferenças nos padrões epidemiológicos corroboram a identificação de prioridades em função do perfil epidemiológico, facilitando a tomada de decisões sobre a destinação de recursos, com vistas, especialmente, à superação das iniquidades em saúde ampliadas com a justaposição de riscos da transição epidemiológica no Brasil.

2.3.2 O perfil nutricional brasileiro e as iniquidades em saúde

O declínio da prevalência de desnutrição e aumento expressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade caracteriza o processo de transição nutricional. Esse processo vem ocorrendo no Brasil juntamente com a transição epidemiológica, conformando o perfil nutricional atual da população brasileira (BARRETO et al., 2005).

O inquérito antropométrico nacional, realizado em 2006 pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), constatou uma redução de cerca de 50% da prevalência do déficit de altura para idade (importante indicador de desnutrição) em relação ao ano de 1996. Enquanto que em 1996 a prevalência de desnutrição era de 13,4% em 2006 ela caiu para 6,7% (BRASIL, 2009).

Dados mais recentes, oriundos da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) referente aos anos de 2008 e 2009, mostram que o déficit de altura caiu de 29,3% (prevalência correspondente aos anos de 1974 e 1975) para 7,2% (prevalência correspondente aos anos de 2008 e 2009) entre meninos e entre as meninas, comparando os mesmos anos, caiu de 26,7% para 6,3% (IBGE, 2011).

Em relação ao excesso de peso e a obesidade, a POF 2008-2009 é comparada com estimativas de pesquisas anteriores realizadas no país em 1974-1975, denominada de Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF). A comparação evidencia que a parcela dos meninos e rapazes de 10 a 19 anos de idade com excesso de peso passou de 3,7% (1974-1975) para 21,7% (2008-2009), já entre as meninas e moças o crescimento do excesso de peso foi de 7,6% (1974-1975) para 19,4% (2008-2009). Em homens adultos, o excesso de peso saltou de 18,5% (1974-1975) para 50,1% (2008-2009) e ultrapassou, em 2008-09, o das mulheres, que foi de 28,7% (1974-1975) para 48% (IBGE, 2011).

A trajetória favorável do estado nutricional infantil entre 1996 e 2006 é associada à ampliação da cobertura de serviços públicos essenciais de educação, saúde e saneamento e, bem como o aumento do poder aquisitivo das famílias mais pobres nas macrorregiões do país (BRASIL, 2009).

O aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade está associado à expansão socioeconômica do país e aos processos de urbanização e globalização, os quais resultaram na modificação da estrutura da dieta e nos padrões de atividade física da população (POPKIN, 2001).

Em relação à alteração da estrutura da dieta, tem ocorrido a substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras, especialmente hidrogenadas, e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos.

Segundo Wanderley e Ferreira (2010), é notável a diminuição da importância de hábitos tradicionais da dieta brasileira, como o consumo do arroz e do feijão, em contraste com o aumento considerável do consumo de produtos industrializados, como biscoitos, refrigerantes e refeições prontas.

Quanto à atividade física, a relação desta com o aumento do excesso de peso e da obesidade referem-se às alterações no estilo de vida que ocasionam uma redução do gasto

calórico. Entre estas alterações se têm: mudanças na distribuição das ocupações por setores e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional; modificações nas atividades de lazer, que passaram de atividades de elevado gasto energético, como práticas esportivas, para prolongados períodos diante da televisão ou computador; utilização crescente de equipamentos domésticos com redução do gasto energético da atividade; bem como o uso de veículo automotivo. (ANJOS, 2006; OMS/OPAS, 2003).

Embora essa mudança no perfil nutricional brasileiro esteja ocorrendo de forma generalizada, observam-se diferenciais em alguns aspectos deste perfil em determinados grupos populacionais.

Enquanto o excesso de peso e a obesidade são encontrados com grande frequência, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras, a POF 2008-2009 demonstra que o déficit de altura nos primeiros anos de vida está concentrado em famílias com menor renda e, do ponto de vista geográfico, em famílias pertencentes à região Norte (IBGE, 2010).

Desta forma, do mesmo modo que a transição epidemiológica recebe o impacto das desigualdades sociais do Brasil, o mesmo ocorre com a transição nutricional. Esta afirmativa é percebida na persistência significativa das formas mais severas da desnutrição, especialmente o déficit de estatura por idade, nas regiões Norte e Nordeste e nos bolsões de pobreza nas demais regiões, o que caracteriza a desnutrição, sem dúvida, como um fruto da desigualdade social e pobreza do país (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

No tocante ao sobrepeso e à obesidade, sugere-se que as desigualdades sociais limita o acesso da população de baixa renda e menor escolaridade às medidas de prevenção e cuidado do excesso de peso e obesidade, tais como alimentação saudável, exercício físico, educação nutricional, tratamento médico, tratamento psicológico, entre outros.

Esta limitação converge com os dados disponibilizados pela POF realizada em 2002-2003, a qual relata que embora tenha ocorrido um aumento expressivo e generalizado do excesso de peso e obesidade, em relação à renda, observou-se estagnação ou até declínio nas prevalências de sobrepeso e obesidade entre as mulheres de maior renda e aumento expressivo nas mulheres de menor renda.

Como exemplo, o estudo realizado por Ferreira et al. (2002), o qual objetivou verificar a prevalência de desnutrição energético-proteica (DEP), anemia e enteroparasitoses em crianças de

uma favela do "Movimento dos Sem Teto", representou de forma muito clara as desigualdades sociais em saúde no perfil nutricional brasileiro. Os resultados deste estudo denunciaram a existência nesta população de altas prevalências de déficits nutricionais para os indicadores Altura/Idade e Peso/Altura, as quais foram, respectivamente, 22,6% e 16,1%. Em relação à prevalência de anemia e enteroparasitoses, a primeira foi detectada em 96,4% das crianças e 83,2% delas apresentavam pelo menos um tipo de parasita. Este quadro extremamente precário constatado pelo estudo fornece subsídio para a intervenção imediata desta situação.

O estudo de Assis et al. (2007), o qual teve como um de seus objetivos identificar as desigualdades sociais em saúde no estado nutricional da infância no Nordeste brasileiro, encontrou que a prevalência da desnutrição leve e moderada/grave, medida tanto pelo indicador peso/idade quanto altura/idade, é mais elevada entre as crianças do estrato mais pobre, diminuindo à medida que a criança se desloca do tercil menos pobre para o mais rico, com um nítido efeito “dose resposta”.

Este estudo também registrou que o Nordeste brasileiro detém os mais elevados déficits do indicador altura/idade (17,9%) e peso/idade (8,3%) quando comparadas com aqueles calculados para as crianças da Região Sul, respectivamente de 5,1% e 2%, uma das regiões mais ricas do país, constatando a tendência de distribuição diferenciada destes indicadores segundo as áreas geográficas do país.

Os resultados da pesquisa de Drachler et al. (2003) mostraram a importância da determinação social do crescimento infantil, destacando o efeito da escolaridade materna. A partir do cenário encontrado constatou-se uma grande desigualdade social. Cerca de 40% das famílias moravam em áreas mal providas em infra-estrutura habitacional e nessas áreas, 44% das mães tinham menos de cinco anos de escolaridade, enquanto nas áreas bem providas essa proporção foi de 10%. Nas áreas mal providas, um trabalhador não qualificado era o principal responsável pela renda em 50% das famílias e em 20% nas bem providas. Em relação à renda, esta era inferior a 0,5 salários mínimo *per capita* em 18% das famílias, e em 30% as moradias eram inadequadas ou extremamente inadequadas.

Diante deste quadro confirmou-se o efeito destas desigualdades no déficit de altura das crianças. Nas áreas mal providas, a escolaridade materna teve o dobro deste efeito estimado para as áreas bem providas, prevendo-se que os filhos de mães analfabetas tenham um déficit de altura de 0,8 escore-z, comparados ao grupo com a mais alta escolaridade materna. Ainda, nas áreas mal

providas houve evidência de que a altura da criança era maior à medida que a ocupação dos pais era mais qualificada, bem como se aumentava a renda familiar per capita.

O estudo realizado por Barroso, Sichieri, e Salles-costa (2008) no município de Duque de Caxias, localizado no estado do Rio de Janeiro, revelou que apesar de este município possuir o sexto maior Produto Interno Bruto (PIB) (1999 - 2003) no ranking nacional, as famílias residentes no maior distrito do município se encontravam em condições socioeconômicas inadequadas, refletidas pela baixa renda familiar per capita e baixo nível de escolaridade do chefe da família. Como consequência desta realidade contrastante, foi encontrado um alto déficit nutricional nas crianças da população estudada em relação ao índice Peso/Altura, o que expressa um processo agudo de má nutrição.

O artigo de Chaves et al. (2010) objetivou verificar e comparar as prevalências do sobrepeso e da obesidade em adolescentes masculinos de todos os estados do Brasil, de 1980-2005. Este estudo constatou a crescente tendência de aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade e que os maiores incrementos observados em relação ao sobrepeso nos 26 anos estudados, foram vistos em três estados do Nordeste (Piauí, Sergipe e Rio Grande do Norte) e, em relação à obesidade, o maior ganho também ocorreu no Nordeste (Piauí), que é a região que contém os estados, historicamente, menos favorecidos quanto à condição socioeconômica.

Entre os achados do estudo de Conde e Borges (2012) a respeito da incidência e persistência da obesidade entre brasileiros adultos no período de 2006 a 2009, destacou-se a constatação de que a escolarização, um importante fator socioeconômico, funcionou como uma barreira à incidência ou persistência da obesidade, entre as mulheres. Sendo assim, à incidência e persistência da obesidade foi tanto maior quanto menor a escolaridade das mulheres.

A pesquisa realizada por Correia et al. (2011), cuja população estudada foram as mulheres residentes no semiárido do Brasil, corrobora o fato da escolaridade ser um importante fator socioeconômico para a obesidade. Neste estudo, observou-se um significativo gradiente de risco para o nível de escolaridade decrescente, com mulheres que reportaram menos de cinco anos de estudos apresentando uma probabilidade 40% maior de serem obesas em comparação às mulheres com nível superior. No estudo realizado por Gigante, Moura e Sardinha (2009), encontrou-se a mesma associação inversa entre nível de escolaridade e os desfechos nutricionais.

As iniquidades em saúde existentes no perfil nutricional brasileiro, como apresentadas acima, lança vários desafios para os setores sociais. Além de combater o importante problema de

saúde pública que a desnutrição e os problemas relacionados ainda representam, é preciso ficar atento para as novas demandas colocadas com o aumento expressivo do excesso de peso e da obesidade, que mesmo sendo geral, torna-se mais preocupante nas populações vulneráveis socioeconomicamente, as quais dispõem de várias limitações para o acesso adequado à prevenção e tratamento destes acometimentos e das doenças correlacionadas.

A despeito da realidade apresentada, tanto no perfil nutricional quanto no perfil epidemiológico atual do Brasil, os estudos científicos, com representatividade nacional, que abordam os efeitos das históricas desigualdades sociais nestes perfis, ainda são pouco conhecidos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa consistiu de um estudo epidemiológico com desenho de base ecológica. Estudos ecológicos são estudos nos quais a unidade de análise é uma população ou agregados de indivíduos que geralmente pertence a uma área geográfica definida. Em geral, estes estudos procuram avaliar o impacto do contexto social na saúde de grupos populacionais (MEDRONHO, 2006).

Os agregados de indivíduos analisados foram os 5564 municípios brasileiros, os quais foram agrupados de acordo com a condição de vida refletida por um indicador composto, o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), elaborado pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro.

Apesar de o IFDM possuir uma periodicidade de divulgação anual, este índice apresenta um intervalo de três anos entre a divulgação dos dados e o período retratado. Neste caso, como se utilizou o IFDM de 2010, a condição de vida retratada foi referente ao ano de 2007.

O IFDM, que pode variar de 0 a 1, recebe a seguinte classificação: municípios com IFDM entre 0 e 0,4 são considerados de baixo estágio de desenvolvimento; entre 0,4 e 0,6, de desenvolvimento regular; entre 0,6 e 0,8, de desenvolvimento moderado; e entre 0,8 e 1,0, de alto desenvolvimento. O método de construção deste índice encontra-se disponível, de forma detalhada, no endereço eletrônico do órgão responsável pelo IFDM (SISTEMA FIRJAN, 2010).

Esta pesquisa foi realizada em duas partes. Primeiramente, foi abordado o aspecto metodológico dos estudos das desigualdades sociais em saúde relacionado ao método de agrupamento para formação de agregados de municípios segundo a condição de vida, e, em seguida, realizou-se a mensuração destas desigualdades entre os agregados de municípios do Brasil.

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA DOS ESTUDOS DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Foram experimentadas duas técnicas de agrupamento: Análise de Cluster por k-médias (considerando 5 clusters); e Quintis populacionais para agrupar os 5564 municípios brasileiros de acordo com a condição de vida refletida pelo IFDM.

A análise de clusters é uma técnica estatística de análise multivariada que permite a agregação de variáveis em grupos homogêneos a partir de uma medida de similaridade. No caso do presente estudo a variável de agregação foi a condição de vida refletida pelo IFDM e a medida de similaridade foi a distância euclidiana. Para essa análise utilizou-se o programa estatístico SPSS, versão 11,5 (PEREIRA, ÚBEDA, MARTIN, 2009).

Na técnica dos Quintis populacionais os municípios foram classificados de acordo com o IFDM, em ordem decrescente, ou seja, da melhor para a pior situação. Em seguida, considerando uma distribuição proporcional da população, foram estabelecidos pontos de corte para formar cinco grupos de municípios, cuja população de cada agrupamento representasse em torno de um quinto (20%) da população brasileira. Para esta análise foi utilizado o Programa Excel 2010.

Os agrupamentos formados pelas duas técnicas foram analisados e comparados quanto aos parâmetros estatísticos relacionados à heterogeneidade entre eles e à homogeneidade interna; quanto à capacidade de refletirem as desigualdades sociais em saúde e quanto ao comportamento demográfico, tendo em vista que este último tem uma estreita relação com a condição de vida, sendo, portanto, também um indicador desta.

Para análise da heterogeneidade dos agrupamentos, testaram-se: a normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*; a diferença das múltiplas médias pelo teste *One-Way ANOVA*, seguido do teste de *Tukey* para comparação das médias entre pares de grupos e teste de *Levene* para analisar a homogeneidade das variâncias. Utilizou-se, para a realização destes testes, o programa estatístico *SPSS for Windows*, versão 11.5.

Quanto à homogeneidade dentro dos grupos, calculou-se o coeficiente de variação para testar estatisticamente a similaridade interna das médias de IFDM. O valor do coeficiente de variação de cada estrato foi obtido a partir da divisão do desvio padrão pela média de IFDM referente a cada grupo, utilizando o programa Excel 2010.

Em relação à capacidade dos grupos em refletirem as desigualdades sociais em saúde, primeiramente calculou-se um indicador de saúde sensível à condição de vida, a Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (TMPN), para cada estrato formado.

A TMPN é calculada dividindo-se o número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade do município pelo número de nascidos vivos de mães residentes do município e multiplicando esta divisão por 1000. Deste modo, em uma planilha Excel, relacionaram-se os valores do numerador e denominador para cada município, somaram-se estes valores por estratos e aplicou-se o método do cálculo, cujo resultado correspondeu a TMPN do estrato.

Os dados de óbitos e nascimentos por municípios, necessários para a construção da TMPN, foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos disponíveis na página do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2011a).

Para mensurar e comparar a magnitude das desigualdades sociais em saúde entre os agrupamentos aplicou-se uma medida epidemiológica, a Razão de Taxas. A obtenção dessa medida consistiu na divisão do valor da TMPN de cada um dos estratos de condição de vida pelo valor deste indicador para o estrato de melhor condição de vida (considerado como grupo de referência) (VIANA et al., 2001).

Para caracterizar o comportamento demográfico em cada estrato, foram utilizados os indicadores: proporção de pessoas menores de 15 anos e proporção de pessoas com 60 anos e mais na população. Os dados necessários para construção destes indicadores foram oriundos do DATASUS (BRASIL, 2011b).

3.2 MENSURAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Com base no resultado da primeira parte da pesquisa, foram selecionados os agrupamentos de condição de vida formados pela técnica da Análise de Cluster para realizar a mensuração das desigualdades sociais em saúde entre os municípios brasileiros.

Em uma planilha do programa Excel foram listados os 5564 municípios brasileiros, os quais se apresentavam distribuídos em cinco estratos de condição de vida. Para cada município foram relacionadas às informações necessárias para a construção de indicadores de saúde capazes de refletirem a situação epidemiológica e nutricional da população. Esta capacidade foi

respaldada com a seleção de indicadores validados, propostos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008).

Deste modo, foram estimados os seguintes indicadores:

1. Taxa de Mortalidade Infantil;
2. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce;
3. Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia;
4. Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal;
5. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas;
6. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças do Aparelho Circulatório;
7. Taxa de Mortalidade Específica por Diabetes Melitos;
8. Taxa de Mortalidade Específica por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias;
9. Taxa de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva na população de 40 anos e mais;
10. Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral na população de 40 anos e mais;

Os dados coletados para formação destes indicadores foram referentes a cada município. Para que estes indicadores refletissem a situação epidemiológica e nutricional do agrupamento, somaram-se os dados que correspondiam ao numerador e denominador de cada município e, depois disso, que se aplicou o método do cálculo de cada indicador, segundo a RIPSA (2008).

Após a etapa de construção do banco de dados e cálculo dos indicadores para cada estrato de condição de vida, aplicaram-se medidas estatísticas para mensurar as desigualdades em saúde existentes em virtude dos diferenciais de condição de vida.

As medidas aplicadas foram a Razão de Taxas, já mencionada na primeira parte do método e o Índice e a Curva de Concentração. O índice e a curva de concentração comparam a distribuição de uma dada variável com uma distribuição uniforme esperada no caso de completa igualdade (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Essa distribuição uniforme de igualdade é representada por uma linha diagonal no gráfico. Quanto mais a curva de concentração se distanciar da diagonal, maior será a desigualdade na distribuição da variável analisada. Enquanto que, quanto mais a curva de concentração se aproximar da diagonal, mais homogênea será a distribuição da variável analisada. A proporção da área entre a curva ideal e a curva observada corresponde ao índice de concentração (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, feb. 2012.

ALVES, D. B.; BARBOSA, M. T. S. Desigualdades na mortalidade por doenças crônicas entre idosos e sua associação com indicadores socioeconômicos no Brasil. Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 22-33, jan./abr. 2010.

AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n.esp, p. 701-707, 2008.

ANJOS, L. A. Obesidade e saúde pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

ARAÚJO, T. L. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 51- 57, mar. 2008.

ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, oct. 2007.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: Gastão, W. S. C et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

BARBOSA et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde, 6. ed. Rio de Janeiro, 2003.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 14, n. 1, mar. 2005.

BARROS, A. J. D; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciências & Saúde Coletiva, v.7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Sept. 2011.

BARROSO, G. S.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.11, n.3, p. 484-494, 2008.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M.I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 90, n. 6, Jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações de saúde: demográficas e socioeconômicas. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.> Acesso em: 15 ago. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações de saúde: estatísticas vitais. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.> Acesso em: 15 ago. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>Acesso em: 10 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAUBACH, M. et al. On the way to Parma: understanding and addressing the influence that social inequities have on environmental health. European Journal of Public Health, v. 20, n. 1, 12-13, 2010.

BRAVERMAN, P. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. Annual Review Public Health, v. 27, p.167-194, 2006.

BREILH, J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: _____. Cuerpos, Diferenciais y Desigualdades. Utópia: Bogotá, 1998.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar. 2007.

CARVALHO, A. T. Medindo Desigualdades Sociais na mortalidade: uma comparação de métodos no município de São Paulo. 2004. 384 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

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.

CHAVES, V. L. V. et al. Evolução espaço-temporal do sobrepeso e da obesidade em adolescentes masculinos Brasileiros, 1980 a 2005. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, July 2010.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008.

CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos Brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 14, p. 71-79, 2012.

CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 31, p. 278-286, dec. 2007.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Caderno de Saúde Pública, v. 24, p. 332-340, 2008.

CURI, P. R. Agrupamento de países segundo indicadores de padrão de vida. Revista de Saúde Publica, v. 27, n. 2, 1993.

DRACHLER, M. L. et al . Desigualdade social e outros determinantes da altura em crianças: uma análise multinível. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, dez. 2003.

DUARTE, E. C. et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FANG, R. et al. Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. Preventing Chronic Disease, v. 6, n.4, 2009.

FARIAS, N.; LAURENTI, R.; HOLCMAN, M. M. Declínio da mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo:1996-1998 e 2003-2005. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA, R. T. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo do útero em Minas Gerais, Brasil, em 2002. Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 907-917, 2007.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Caderno de Saúde Pública, v. 20, p. 1575-85, 2004.

FERNAU, M. E.; SAMSON, P. J. Use of cluster analysis to define periods of similar meteorology and precipitation hemistry in Eastern North America. Part I: Transport patterns. Michigan: Journal of Applied Meteorology, v.29, p.735-761, 1990.

FERREIRA, H. S. et al. O. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do "Movimento dos Sem Teto", Maceió, Alagoas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 2, n. 2, p. 177-185, ago. 2002.

FERREIRA, S. P. Produção e disponibilização de estatísticas: uma abordagem institucional. São Paulo em Perspectiva, v. 7, n.3-4, p.17-25, 2003.

FERREIRA, V. A. et al . Desigualdade, pobreza e obesidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, p. 1423-1432, 2010.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1132-1142, jun. 2011.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, p. 83-89, 2012.

GOLDBERGER, J. Estudios sobre la pelagra. En: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, p. 101-105, 1988.

HAFFNER, S. M. et al. Clustering of cardiovascular risk factors in confirmed pre hypertensive individuals. Hypertension, v. 20, n. 1, p. 38-45, 1992.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 276p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro. Síntese de Indicadores Sociais 2009. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em: 10 out 2011.

ISHITANI, L.H; FRANCO, G. C; PERPÉTUO, I. H; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 40, p. 684-91, 2006.

JONES, I. G, CAMERON, D. Social class analysis an embarrassment to epidemiology. Community Medical, v. 6, n. 1, p. 37-46, 1984.

KAPLAN, M. S; HUGUET, N.; FEENY, D. H.; MCFARLAND, B. H. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. Social Science Medical, v. 70, n. 6, p. 844-849, 2010.

LEITAO, M. P. C.; MARTINS, I. S. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de unidades básicas de saúde em São Paulo - SP. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 58, n. 1, feb. 2012.

LUIZ et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. Revista de Saúde Pública, v. 43, n.1, p. 115-22, 2009.

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, v. 44, n. 6, p. 757-711, 1997.

MAGALHÃES, A. P. R.; PAIVA, S. C.; FERREIRA, L. O. C.; AQUINO, T. A. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdade. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n. 2, p.183-192, jun. 2011.

MAGALHAES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1415-1421, dec. 2007.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS, N. O. L.; SILVA, J. J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 15, p. 47-64, 2006.

MARTINS, A. L. L. et al. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006 .

MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo, ed. Atheneu, 2006.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cienc Saude Coletiva, v.5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil, (1989-2003). Bulletin of the World Health Organization, v. 85, p. 527-534, 2007.

MOTA, F. F.; DA SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v. 19, p. 915-22, 2003.

NOGUEIRA, P. C. K.; COSTA, R. F.; CUNHA, J. S; N.; SILVESTRINI, L.; FISBERG, M. Pressão arterial elevada em escolares de Santos: relação com a obesidade. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 426-432, 2007.

NUNES, E. D. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: FRANCO, S. A.; NUNES, E.; BREIHL, J.; LAURELL, C. Debates en medicina social. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1991, p. 17-137.

OMS/OPAS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Obesidad, alimentación y actividad física. In: OMS/OPAS. 37ª Sesión Del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. WASHINGTON, D.C.: OMS/OPAS, 2003.

PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; FORTALEZA, B.M. Pobreza e desnutrição: uma análise do Programa Fome Zero sob uma perspectiva epidemiológica. Saúde e Sociedade, v.12, n.1, p. 21-30, 2003.

PAIM, J. S. Abordagens teórico conceituais em estudo de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA, R.B. (Org.) Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997. 276 p, p.7-30.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PAIM, J. S. et al. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v. 2, n. 1, p. 30-39, jun. 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Measuring health inequalities: Gini coefficient and concentration index. Epidemiologic Bulletin of Pan American Health Organization, v. 22, n.1, p.3-4, 2002.

PEREIRA, P.; ÚBEDA, X.; MARTIN, D. Aplicação de uma análise de Clusters na relação entre as temperaturas de fogo e libertação de solutos em algumas espécies mediterrâneas. Silva Lusitana, v.17, n.1, p. 39-50, 2009.

PESSALACIA, J. D. R.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A. A. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 1, n. 2, p. 283-295, jun. 2011.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A. C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição, v. 17, n. 4, p.523-533, out./dez. 2004.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2010. A verdadeira riqueza das nações: vias para o desenvolvimento humano. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/>> Acesso em: 02/12/2011.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. Journal of Nutrition, v. 131, p. 871-873, 2001.

PRIETSCH S. O. M.; FISCHER, G. B.; CÉSAR, J. A, LEMPEK, B. S.; BARBOSA JR. L. V.; ZOGBI, L., et al. Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors. Caderno de Saúde Pública, v. 24, n. 6, p. 1429-38, 2008.

RAWLS, J. A. Theory of Justice. Cambridge Mass.: Belknap Press of Harvard University Press, 1999.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

ROMÃO, M. C. Uma Proposta de Extensão do “Índice de Desenvolvimento Humano” das Nações Unidas, Revista de Economia Política, v. 13, n. 4, p. 97-111, 1993.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SANTOS, J. A. F. Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.26, n.75, fev. 2011.

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

SENA, R. R.; SILVA, K. L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. Revista Escola de Enfermagem USP. V. 41, p.771-6, 2007.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 12, n. 6, dec. 2002.

SILVA, V. L. et al. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24 n.5, p. 1013-1023, mai. 2008.

SISTEMA FIRJAN. Publicação IFDM 2007 ano base 2010. Rio de Janeiro. Disponível em:< http://www.firjan.org.br/IFDM/ifdm_downloads.html.> Acesso em 01 out 2011.

SOARES, V. M. N. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 10, n.3, p. 293-309, 2007.

SOUSA, C. A. et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 16-25, 2012.

STRUFALDI, M. W.; SILVA, E. M.; PUCCINI, R. F. Metabolic syndrome among prepubertal Brazilian school children. Diabetes and Vascular Disease Research, v. 5, p. 291-7, 2008.

TEIXEIRA, M. G. et al. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em Salvador - Bahia: evolução e diferenciais intra-urbanos segundo condições de vida. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 35, n.5, p. 491-497, set-out, 2002.

UTOMO et al. Priorities and realities: addressing the rich-poor gaps in health status and service access in Indonesia. International Journal for Equity in Health, 10:47, 2011.

VIANA, S. M. et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WAGSTAFF, A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. Bulletin of the World Health Organization, Genebra, v. 78, n. 1, jan. 2000.

WALDMAN, E. A. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Coleção Saúde & Cidadania, v. 7, 1998.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.1, p. 185-194, 2010.

WEST, P.; CULLIS, J. Introducción a la economía de la salud. Oxford, 1979. Disponível em :<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP5.pdf> Acesso em: 14 jan 2012.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, v.22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO (World Health Organization), 2001. Global Tuberculosis Control, 2001. WHO Report 2001. Geneva: WHO.

WILMOT, S. Social justice and the Canadian Nurses Association: justifying equity. Nursing Philosophy, v.13, p. 15-26, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.