

Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida

*Jairnilson Silva Paim**

*Lígia Maria Vieira da Silva***

*Maria da Conceição Nascimento Costa****

*Pedro Reginaldo Prata*****

*Ines Lessa******

Resumo

O objetivo do presente estudo foi analisar a situação de saúde de Salvador segundo condições de vida. O espaço urbano foi dividido em 75 zonas, que foram agrupadas em quartis segundo um Índice de Condições de Vida. O estado de saúde foi avaliado através da Mortalidade Infantil Proporcional, Índice de Swaroop-Uemura e de coeficientes específicos de mortalidade, por grupos de causas selecionados. Observou-se uma elevação da Mortalidade Infantil Proporcional, do Coeficiente de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e do Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas entre 1991 e 1994 em percentuais que variaram entre 2,2 e 25,2. Os resultados também apontaram os estratos de piores condições de vida como os mais penalizados em excesso de mortalidade por determinados grupos de causas. Os autores discutem os resultados a partir de abordagem que analisa a constituição histórica do espaço urbano de Salvador e a sua influência sobre as condições de vida e saúde.

Palavras-chave: Desigualdade. Mortalidade. Condições de vida.

INTRODUÇÃO

As questões referentes ao impacto da desigualdade e da pobreza na saúde da população têm estimulado a produção de estudos e pesquisas tanto nos países desenvolvidos,¹⁻⁷ como naqueles dependentes.⁸⁻¹¹ Nesses últimos, as condições materiais de existência e a pobreza têm sido apontadas como elementos explicativos,

enquanto, nos primeiros, a coesão social tem sido considerada um fator dominante.¹²

A contemporaneidade e a relevância desses problemas para a investigação, assim como para a intervenção sanitária, revelam-se, não somente na sua universalidade, mas também na diversidade de editoriais de periódicos científicos sobre o tema.¹³⁻¹⁶ O interesse acadêmico por essa temática tem sido acompanhado, por iniciati-

* Prof. Titular do Instituto de Saúde Coletiva. UFBA; Mestre em Medicina; Pesquisador 1-A do CNPq.

Instituto de Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia

Rua Padre Feijó, 29, 4º andar, CHR Canela

40.110-170 - Salvador Bahia Brasil

E-mail: jairnil@ufba.br

** Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva. UFBA; Doutora em Medicina Preventiva; Pesquisadora 1-C do CNPq

*** Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva. UFBA; Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora 2-C do CNPq

**** Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva. UFBA; Ph.D (School of Environment Sciences /UK)

***** Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva. UFBA; Doutora UFBA; Pesquisadora 1-A do CNPq

vas de algumas organizações internacionais de saúde, estimulando os investigadores a orientarem seus esforços na elaboração de novos métodos e técnicas que possibilitem discriminar melhor a situação de saúde segundo as condições de vida.¹⁷⁻²⁰

O exame da temática dos Congressos Brasileiros de Epidemiologia na década de 90 revela importante participação de estudos voltados para quantificar e discutir determinantes dos diferenciais de mortalidade, particularmente a distribuição espacial e as desigualdades em saúde, anunciando um resgate dos estudos ecológicos para uma nova Epidemiologia.²¹ Nesta direção, o Seminário Latino-Americano sobre Condições de Vida e Situação de Saúde, realizado em São Paulo, Brasil, possibilitou uma revisão crítica do desenvolvimento teórico-conceitual, metodológico e técnico dessa linha de estudos.²²

Alguns desses estudos elegeram a construção de indicadores compostos por diversas variáveis socioeconômicas^{23, 24} como um recurso para tentar sintetizar as condições de vida de uma população, apresentando, como alvo de interesse, não a demonstração de associações causais definitivas, mas, sim, o de evidenciar diferentes padrões decorrentes da interação e sinergismo entre os processos sociais e biológicos sob uma perspectiva mais totalizadora. Nestas situações, o que se busca é uma maior aproximação da realidade concreta, considerando-se, pelo menos, pequena parcela que seja, da diversidade dos fatores envolvidos simultaneamente na dinâmica epidemiológica de cada situação de saúde específica. Ao se utilizarem tais índices como referencial para descrição de áreas geográficas, pressupõe-se estar captando a interação de diversos fatores na determinação da qualidade de vida daquele espaço.

O desenvolvimento dessas investigações pode apoiar a formulação de políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade e contribuir para o monitoramento da situação de saúde de distintos segmentos populacionais, tomando como referência suas respectivas condições de vida, com ênfase nos chamados “grupos postergados”.²⁵ Na medida em que puderem

discriminar grupos relativamente homogêneos da população, estarão oferecendo as possibilidades técnicas de monitoramento da deterioração da vida²⁶ ou da melhoria das suas condições e da situação de saúde.

O que se pretende com essa abordagem é orientar políticas públicas transeitoriais voltadas para a equidade que possibilitem intervenções tanto sobre as condições de vida quanto sobre a saúde de certas estratificações da população que ocupa o espaço urbano.²⁷ Assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever a situação de saúde em Salvador, considerando as condições de vida das populações residentes em suas respectivas áreas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos teóricos

Considerando que o processo saúde-doença pode ser compreendido como resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico,²⁸ as suas relações com as posições ocupadas pelos agentes no espaço social têm um duplo sentido. Em primeiro lugar, no que diz respeito aos riscos de adoecer, os indivíduos, ao ocuparem determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção. Em segundo lugar, a posição ocupada interfere na normatividade em relação aos riscos, seja individual, seja coletiva.

O estudo das condições de vida, segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território, tende a ser uma alternativa teórico-metodológica com potencial para orientar a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde, na medida em que o conceito de território ou de espaço urbano transcenda a sua condição física ou natural e recupere o seu caráter histórico e social.²² Ao expressar as condições de vida dos segmentos que o ocupam, o espaço social de uma cidade representa uma instância da sociedade que cristaliza determinantes econômicos, políticos e culturais.

A operacionalização desse conceito através do emprego de variáveis e de indicadores selecionados buscando sintetizar as condições de vida, considerando-se os grupos humanos dispostos em diferentes espaços da cidade, permitiria uma aproximação da realidade, sem, contudo, minimizar a sua complexidade.

Desenho do estudo e procedimentos de coleta e análise de dados

O estudo, de tipo ecológico, foi realizado em Salvador, capital do Estado da Bahia, situado na Região Nordeste do Brasil. No Censo Demográfico realizado em 1991, Salvador era a terceira capital do país em população, com 2.075.273 habitantes. A população estimada pelo Centro de Informações de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CIS/SESAB) para o ano de 1994 foi de 2.218.962 habitantes.

De acordo com a Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador (CONDER), órgão vinculado à Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia do Estado da Bahia (SEPLANTEC), a cidade de Salvador está dividida em 75 zonas de informação (ZIs), obedecendo a critérios físico-urbanísticos, administrativos e de planejamento, que integram setores censitários estabelecidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As variáveis incluídas no conceito de condições de vida foram operacionalizadas pela estratificação das ZIs a partir de indicadores socioeconômicos selecionados fornecidos pelo IBGE, referentes ao Censo Demográfico de 1991, para o referido município. Esses indicadores foram sintetizados no Índice de Condições de Vida (ICV) elaborado através de metodologia inspirada no trabalho desenvolvido para a construção do Índice de Condições de Sobrevivência²⁹ e em procedimentos empregados para a priorização de regiões considerando a situação de saúde.³⁰ Na construção deste ICV foram utilizados cinco indicadores relativos a variáveis "proxy" de condições de vida e calculados para cada ZI: a) proporção de chefes de família em domicílios particulares permanentes com rendimento médio mensal igual ou inferior a dois salários mínimos (RENDA); b)

proporção de pessoas de 10 a 14 anos alfabetizadas (EDUC); c) percentagem de casas em "aglomerado subnormal" em relação ao total de domicílios (FAVELA); d) razão entre o número médio de moradores por domicílio na ZI (MORAD) e o número médio de cômodos servindo de dormitório (QUARTO) na respectiva ZI (RM/Q); e) percentagem de domicílios com canalização interna ligada à rede global de abastecimento de água (SANEA).

Os indicadores RENDA, FAVELA e RM/Q foram dispostos em ordem crescente, e EDUC e SANEA em ordem decrescente, considerando-se o valor médio de cada um deles na respectiva ZI. A seguir, cada um recebeu uma pontuação de valores consecutivos iniciados por 1, de acordo com a posição assumida com esta ordenação. Teoricamente, os escores poderiam variar de 5 a 370 pontos, por serem 5 os indicadores e pelo fato de 5 das 75 ZIs terem sido agrupadas (4/5; 11/12; 15/25; 39/40; 50/51). Todavia, mesmo ocupando posições diferentes, algumas ZIs receberam a mesma pontuação para determinado indicador, em virtude de estas áreas apresentarem o mesmo valor médio para um ou mais indicadores, de modo que o menor ICV foi de 18, e o maior foi de 219. Estes escores foram, a seguir, ordenados de modo crescente e agrupados em quartis, sendo então possível identificar as respectivas ZIs que os compunham (o primeiro com 18 zonas, e os demais com 19 cada), que representavam estratos da população classificados nas seguintes categorias de condições de vida: "elevada" (ICV de 18 a 60), "intermediária" (ICV de 61 a 107), "baixa" (ICV de 108 a 146) e "muito baixa" (ICV de 147 a 219).

Os dados sobre os óbitos foram obtidos através de fotocópias de Declarações de Óbitos (D.O.) arquivadas no CIS/SESAB, referentes aos falecimentos de residentes no município de Salvador, ocorridos em 1991 e 1994. A partir do registro do endereço habitual (item 13), as D.O. foram classificadas e codificadas segundo as respectivas ZIs (bairros de residências). A causa básica do óbito, que já se encontrava selecionada por técnicos do CIS/SESAB, foi distribuída segundo os 17 Capítulos da CID (9ª revisão).

Uma vez classificadas as ZIs em função das condições de vida de suas respectivas popula-

ções, foram calculados dois grupos de indicadores de mortalidade: a) indicadores “globais”, referentes a determinados grupos etários como a Mortalidade Infantil Proporcional (MIP) e o Índice de Swaroop-Uemura (mortalidade proporcional de 50 anos e mais); b) indicadores “específicos”, que dizem respeito a coeficientes de mortalidade por determinados grupos de causas de morte que se apresentam com elevada magnitude no perfil epidemiológico de Salvador: 1) causas externas (CE); 2) neoplasias; 3) doenças do aparelho circulatório (DAC); 4) doenças infecciosas e parasitárias (DIP).

A mesma estratificação das ZIs através do ICV obtida com os dados censitários de 1991 foi adotada para o ano de 1994, não com o objetivo de se observarem tendências, mas pretendendo monitorar a situação de saúde das distintas áreas da cidade segundo condições de vida, estabelecidas no início da década. Conseqüentemente, cada subconjunto de ZIs que compôs os estratos teve seus indicadores de saúde calculados para ambos os anos do estudo.

Para a análise dos diferenciais intra-urbanos, procedeu-se à padronização de taxas de mortalidade “específica”, através do método di-

reto,³¹ tomando a população de Salvador de 1994 como referência. Os dados foram digitados e consolidados através do programa EPI-INFO.

RESULTADOS

Observa-se no cartograma (FIGURA 1) que, em geral, as áreas de melhores condições de vida (ICV de 18 a 60) encontram-se ao sul da cidade de Salvador e no extremo do seu litoral-norte (Praias do Flamengo). Já o estrato de muito baixas condições de vida (ICV de 147 a 219) está constituído por ZIs situadas ao norte da cidade (incluindo Itapuã), pelo Subúrbio Ferroviário, além de Alto da Pombas/Federação (ZI 11), Nordeste de Amaralina (ZI 7) e Pernambués (ZI 30), localizadas mais ao sul. Verificam-se ainda baixas condições de vida (ICV de 108 a 146) nas ZIs que integram o chamado “miolo” de Salvador, parte do Subúrbio Ferroviário, e mais Cosme de Farias (ZI 27), Boca do Rio (ZI 31) e Pituaçu (ZI 37). Todas as ZIs classificadas como de condições de vida “intermediárias” (ICV de 61 a 107) encontram-se localizadas na parte sul da cidade, próximas às áreas de elevadas condições de vida.

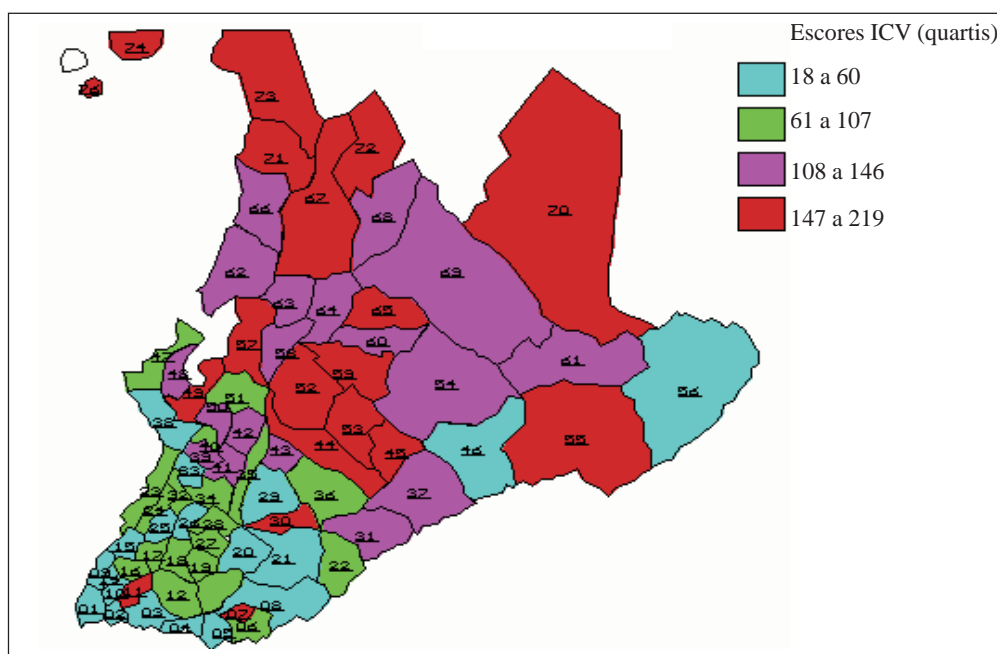


FIGURA 1 – Zonas de informação segundo Índice de Condições de Vida (ICV) Salvador, 1991

Mortalidade infantil proporcional e mortalidade proporcional de 50 anos e mais

A mortalidade infantil proporcional (MIP) e a mortalidade proporcional de 50 anos e mais (Indicador de Swaroop-Uemura) mostram-se crescendo e decrescendo, respectivamente, do primeiro ao quarto estrato, sugerindo uma relação consistente com as condições de vida de suas respectivas populações em ambos os anos de estudo. Salvador experimenta, no período do estudo, um crescimento da MIP, que passou de 10,7% para 12,7%, e um decréscimo de 56,2% para 55,4% da mortalidade proporcional de 50 anos e mais (TABELA 1). Ao mesmo tempo, verifica-se um aumento desse último indicador em todos os estratos de diferentes condições de

TABELA 1

Mortalidade Infantil Proporcional (MIP) e Razão de Mortalidade Proporcional (RMP) das zonas de informação estratificadas segundo o Índice de Condições de Vida (ICV) Salvador, 1991 e 1994

ICV	MIP		RMP	
	1991	1994	1991	1994
Elevado	5,3	4,8	69,8	72,9
Intermediário	7,2	5,4	64,0	67,3
Baixo	10,0	8,9	52,6	54,3
Muito baixo	13,0	11,7	47,6	48,5
Salvador	10,7	12,7	56,2	55,4

vida e um discreto aumento das desigualdades entre os quartis extremos. Assim, a diferença entre a mortalidade proporcional de 50 anos e mais do quartil de elevadas condições de vida e do de muito baixas foi de 22,2%, em 1991, e de 24,4%, em 1994.

Paradoxalmente, nota-se um decréscimo da MIP em todos os estratos de condições de vida, em virtude de terem deixado de ser incluídas, nos estratos de ICV, 460 (35,2%) declarações de óbitos de menores de um ano em 1994, que não apresentavam o registro do endereço do falecido ou este estava incompleto, inviabilizando, assim, a sua classificação por ZIs, e, conseqüentemente, a análise da mortalidade infantil por estratos de ICV para o referido ano.

Mortalidade específica por alguns grupos de causas segundo condições de vida

Causas externas

Na Tabela 2, percebe-se um discreto aumento do coeficiente de mortalidade por causas externas em Salvador, que passou de 76,3, em 1991, para 78,0 por 100 mil habitantes, em 1994. Verifica-se, em ambos os anos, um decréscimo desse indicador do primeiro (“elevado”) para o segundo estrato (“intermediário”) do ICV e um crescimento dos coeficientes a partir daí. Assim, os valores das taxas observa-

TABELA 2

Coeficiente de mortalidade por alguns grupos de causas de mortalidade das zonas de informação estratificadas segundo o Índice de Condições de Vida (ICV) Salvador, 1991 e 1994

Grupo de causas ICV	Causas externas		Neoplasias		Doenças infecciosas e parasitárias		Doenças do aparelho circulatório	
	1991	1994	1991	1994	1991	1994	1991	1994
Elevado	75,5	59,3	106,1	100,8	37,9	36,4	238,5	213,5
Intermediário	55,1	28,9	63,3	39,2	29,8	18,2	133,4	106,6
Baixo	83,6	93,2	56,0	55,7	37,4	44,5	130,1	162,9
Muito baixo	86,9	83,2	47,6	43,3	48,9	49,5	119,7	123,8
Salvador	76,3	78,0	63,3	55,0	43,2	41,9	139,7	152,8

dos nos estratos de baixas e de muito baixas condições de vida são superiores àqueles dos primeiros estratos (TABELA 2).

Ao serem padronizados os coeficientes (TABELA 3), não se notam mudanças signifi-

cativas desse padrão, embora se perceba um crescimento progressivo dos coeficientes a partir do estrato “intermediário” em 1991, enquanto, em 1994, o coeficiente do terceiro estrato (“baixo”) é superior aos dos demais. Comparando-se a va-

TABELA 3
Coeficientes padronizados de mortalidade por grupo de causas (selecionados)
das zonas de informação estratificadas segundo o Índice de Condições de Vida (ICV)
Salvador, 1991 e 1994

Grupo de causas	Causas externas		Neoplasias		Doenças infecciosas e parasitárias		CDACp	
	1991	1994	1991	1994	1991	1994	1991	1994
ICV								
Elevado	68,7	53,9	70,6	67,1	33,0	30,9	151,8	134,4
Intermediário	52,7	27,4	52,2	32,4	27,9	16,7	106,6	84,2
Baixo	86,1	96,1	64,4	65,0	39,2	46,4	154,0	192,7
Muito baixo	92,4	88,2	63,5	57,7	51,7	52,8	164,7	171,4

riação dos coeficientes entre 1991 e 1994 para cada estrato, constata-se que houve um decréscimo, exceto para o estrato 3.

Neoplasias

Observa-se uma distribuição irregular dos coeficientes brutos e padronizados de mortalidade específica em ambos os anos, embora haja uma redução desses coeficientes em Salvador e em todos os estratos, à exceção daquele com baixas condições de vida, quando as taxas são padronizadas. Nota-se também que, nos dois anos estudados, o coeficiente de mortalidade por este grupo de causas no estrato de elevadas condições de vida é mais que duas vezes superior ao do estrato de muito baixas condições de vida, e que, à exceção do estrato “intermediário” em 1994, o valor deste indicador decresce do estrato de melhores para o de piores condições de vida (TABELAS 2 e 3).

Doenças infecciosas e parasitárias

No período compreendido entre 1991 e 1994, houve uma discreta redução da taxa de

mortalidade por DIP para Salvador como um todo, passando de 43,2 para 41,9 por 100.000 habitantes. O perfil de distribuição dessa mortalidade (taxas brutas e padronizadas), segundo condições de vida, em ambos os anos de estudo, assemelha-se àquele observado para as causas externas. Assim, os seus valores decrescem do primeiro (“elevado”) para o segundo estrato (“intermediário”), voltando a crescer daí em diante (TABELAS 2 e 3). Constata-se, ainda, uma redução desses coeficientes para os estratos de elevadas e de intermediárias condições de vida e um crescimento dessas taxas para os estratos que reuniam áreas com baixas e muito baixas condições de vida.

Doenças do aparelho circulatório

A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares cresce em Salvador de 139,7, em 1991, para 152,8 por 100.000 habitantes em 1994. Este crescimento realiza-se às custas dos estratos de baixas e de muito baixas condições de vida (TABELAS 2 e 3), não obstante a distribuição dos coeficientes brutos e padronizados nos anos de estudo tenha se mostrado irre-

gular por referência aos quartis utilizados para a estratificação dessas condições.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo reforçam a idéia de que o espaço urbano permite indicar certas relações entre saúde e estrutura social.²² A evolução da mortalidade no período sugere uma queda no nível de saúde em Salvador para os dados agregados quando se consideram os indicadores globais (uma proporção menor de pessoas faleceu com 50 anos ou mais, e uma maior, antes de completar um ano de vida). Quanto aos coeficientes específicos de mortalidade selecionados, apesar de não indicarem relações tão consistentes quanto os globais anteriores, foram capazes de revelar que os estratos de piores condições de vida tiveram um excesso de mortalidade em relação às DIP e às doenças cardiovasculares.

O propósito de monitorar as condições de saúde da população a partir de estratos de distintas condições de vida impõe, todavia, alguns limites para o presente estudo. Assim, mesmo considerando o período relativamente curto de três anos, não há como afirmar que as ZIs permaneceriam nos mesmos estratos de condições de vida, nem como negar a existência de migrações internas dos residentes nas distintas ZIs. A análise da evolução dos indicadores de saúde no período para cada ZI e a discussão das condições sociais e econômicas a partir de dados publicados podem ser um contraponto para os limites mencionados.

No caso das DIP, a análise dos dados desagregados referentes aos grupos de baixas e de muito baixas condições de vida indica uma piora no período, enquanto nos estratos de elevadas e de intermediárias condições de vida constata-se uma redução da mortalidade no período. Houve um aumento das mortes violentas no município, sendo as taxas mais elevadas também encontradas nos estratos de piores condições de vida. No que se refere às mortes pelas doenças do aparelho circulatório, o crescimento do risco deveu-se particularmente aos estratos de “baixo” e de “muito baixo” ICV. Nestes, a

população não dispõe de meios e conhecimentos sobre a prevenção desses agravos, ou não lhe é possível concretizá-los na prática. O acesso à assistência à saúde de boa qualidade é restrito, e são escassos os recursos financeiros para aquisição de medicamentos que, na sua maioria, são caros e de uso contínuo. Já a mortalidade por neoplasias reduziu, tanto na cidade como um todo quanto nos diversos estratos, à exceção do de “baixo” ICV. Todavia, para este grupo de causas, é no estrato de “elevado” ICV que se encontram as maiores taxas de mortalidade, possivelmente, devido sobretudo ao seu maior contingente de idosos e ao menor risco de morte por DIP e outras causas evitáveis por prevenção, diagnóstico e tratamento adequado e oportuno.

Percebe-se, portanto, que a monitorização efetuada revelou uma deterioração das condições de saúde da população afetada por quase todos os indicadores utilizados, excetuando-se os referentes às neoplasias. Daí a pertinência de buscar na sociedade, especialmente no fragmento de conjuntura em questão, possíveis explicações para os resultados observados.

O fato de os segmentos populacionais residirem em localidades pertencentes a estratos distintos certamente não resulta de opções nem de atributos individuais, mas decorre, fundamentalmente, do processo histórico-social de constituição do espaço urbano de Salvador. O exame da formação do município de Salvador torna mais inteligíveis os resultados das estratificações efetuadas para a análise das condições de vida da população. Pode-se, assim, compreender a inclusão nos estratos correspondentes às condições de vida elevadas, das áreas correspondentes a Barra, Graça, Vitória e Campo Grande, voltadas para a Baía de Todos os Santos, a partir da sua ocupação, no século passado, pelos nobres e pessoas mais abastadas, e do seu crescimento vertical, especialmente a partir da década de sessenta, com a especulação imobiliária. Do mesmo modo, novos bairros de classes média alta e alta, constituídos a partir da década de setenta (Parque Nossa Senhora da Luz, Itaipara, Patamares, Praias do Flamengo, entre outros), aproveitando-se dos investimentos públicos na construção das avenidas de vale

e de novas vias, passam a pertencer a tais estratos, apresentando indicadores globais de saúde mais favoráveis. Já as áreas periféricas, especialmente aquelas correspondentes ao Subúrbio Ferroviário, e as integrantes do “miolo” da cidade, os “enclaves” de pobreza e miséria presentes no lado sul da cidade (Nordeste de Amaralina, Cosme de Farias, Pernambués, etc.), bem como as áreas centrais deterioradas e com crescimento negativo (Centro Histórico, Avenida Frederico Pontes, etc.) encontram-se entre os estratos com condições de vida adversas, apresentando indicadores de saúde desfavoráveis.

Desse modo, pode-se supor que os determinantes sociais que explicam a estruturação do espaço urbano e as condições de reprodução da vida das populações definiriam também, em última análise, o padrão e o perfil epidemiológico da população. Embora o espaço geográfico e o espaço social não coincidam completamente, muitas das diferenças observadas no primeiro são resultantes de posicionamentos distintos e do jogo de relações do espaço social³² que permite a exploração das relações entre essas duas dimensões da realidade.

Em um período de crise econômica, com recessão, redução dos gastos públicos, inflação elevada e concentração de renda, associadas à adoção de políticas de ajuste macroeconômico, a reprodução social se vê afetada no que se refere às condições de existência de grandes segmentos da população, repercutindo negativamente sobre os níveis de saúde da coletividade. Enquanto tentativa de ilustrar certas mediações entre a inserção infra-estrutural de classe e o perfil epidemiológico da população,³³ a análise das condições de vida considerando a renda e o acesso a bens de consumo coletivo, a partir de

uma estratificação de áreas com base no ICV, sugere formas perversas de reprodução social.

Ao se empregarem taxas padronizadas, foi possível apresentar resultados que revelam uma penalização maior das populações residentes em zonas com baixas e muito baixas condições de vida, como foi o caso das causas externas, das DIP e das doenças cardiovasculares. Cabe assinalar, no entanto, que esses grandes grupos de causas da CID reúnem diferentes doenças e agravos passíveis de se relacionarem direta ou inversamente com as condições de vida. Assim, no âmbito das neoplasias, encontram-se óbitos por câncer de colo uterino associado a baixas condições de vida e por câncer da mama que não exibe claramente tal relação. No caso das causas externas, encontram-se os homicídios e os suicídios, as mortes por atropelos e por acidentes de transporte dos condutores e passageiros, possivelmente com determinantes distintos no que se refere às condições de vida.

De qualquer modo, o que importa no presente estudo não é demonstrar relações causais definitivas entre condições de vida e saúde, mas, sendo validadas, pelos indicadores de saúde, certas estratificações do espaço urbano, poder contribuir com a formulação de políticas públicas transeitoriais que possibilitem intervenções mais justas sobre as condições de vida e de saúde. Ao tempo em que informa sobre a distribuição espacial das principais causas de mortalidade em Salvador, orientando intervenções setoriais específicas sobre tais problemas, aponta também para as desigualdades das condições de vida das populações residentes nos distintos espaços da cidade, que demandam intervenções sociais organizadas na perspectiva da equidade, da qualidade de vida e da saúde.

Health inequalities in relation to life conditions in Salvador, a Northeastern city of Brazil

Abstract

The aim of the present study was to analyse the health situation of Salvador inhabitants in relation to their life conditions. The urban area was divided into 75 zones, which were put into four groups according to the Life Condition Indicator – Índice de Condições de Vida. The health conditions were evaluated by the Proportionate Infant Mortality, the Swaroop-Uemuna Rate and specific coefficients of Mortality Ratios for Cardiovascular Diseases, Cancer, Infectious Disease, and Violent

Death causes. The increase in the Proportionate Infant Mortality, in The Mortality Coefficient caused by circulatory diseases and in The Mortality Coefficient by external causes were observed from 1991 to 1994, at levels which ranged from 2,2 to 25,2 percent. The findings also pointed out that people living in the poorest social strata had higher infant mortality ratios caused by certain groups of diseases. The authors discuss those results based on an approach that analyses the historic formation of the urban area of Salvador and its influence on people's life and health.

Keywords: *Inequalities. Mortality. Life conditions.*

REFERÊNCIAS

- 1 BLACK, D.; MORRIS, J. N.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. **Inequalities in health: the black report.** New York: Pelikan, 1982.
- 2 BACKLUND, E.; SORLIE, P. D.; JOHNSON, N. J. The shape of the relationship between income and mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. **Ann. Epidemiol.**, v.6, p.12-20, 1996.
- 3 PAPPAS, G. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 e 1986. **New England J. Med.**, v.329, p.103-109, 1993.
- 4 BORRELL, C.; ARIAS, A. Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. **J. Epidemiol. Community Health**, v.49, p.460-465, 1995.
- 5 REGIDOR, E.; GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; RODRIGUEZ, C. Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces. **Soc. Sci. Med.**, v.41, p.801-807, 1995.
- 6 WESTERLING, R.; GULBER, G. A.; ROSEN, A. M. Socioeconomic differences in "avoidable mortality" in Sweden (1986-1990). **Int. J. Epidemiol.**, v.25, p.560-567, 1996.
- 7 KUNST, A. E.; MACKENBACH, J. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. **Am. J. Public Health**, v.84, p.932-937, 1994.
- 8 BREILH, J. Pobreza urbana y la salud: una mirada desde la epidemiología crítica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Campinas. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p.281-302.
- 9 LOUREIRO, S. Brasil, desigualdade social, doença e morte. In CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Campinas. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p.63-80.
- 10 LOZANO, R. I. C.; SCHLAEPFER, L.; FRENK, J. **Desigualdad, pobreza y salud en México.** México: El Nacional, 1993.
- 11 DURKIN, M. S. et al. Measures of socioeconomic status for child health research: comparative results from Bangladesh and Pakistan. **Soc. Sci. Med.**, v.38, p.1289-1297, 1994.
- 12 WILKINSON, R. G. **Unhealthy societies: the afflictions of inequality.** London: Routledge, 1996.
- 13 SMITH, G. D. Socioeconomic differential in wealth and health: widening inequalities in health - the legacy of the Thatcher years. **BMJ**, v.307, p.1085-1086, 1993.
- 14 BLANE, D. Social determinants of health - socioeconomic status, social class, and ethnicity. **Am. J. Public Health**, v.85, p.903-905, 1995.
- 15 LYNCH, J. Social position and health. Editorial. **Ann. Epidemiol.**, v.6, p.21-23, 1996.
- 16 MORRIS, A. A desigualdade e a saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v.31, p.543, 1997.
- 17 OPS. Análisis de mortalidad - nuevos usos para indicadores antiguos. **Bol. Epidemiol.**, v.10, p.1-6, 1989.
- 18 OPS. Metodología para el estudio de desigualdades en la situación de salud. **Bol. Epidemiol.**, v.12, p.7-10, 1992.
- 19 PAHO. Surveillance of living conditions and the health situation. **Epidemiological Bulletin**, v.12, p.7-10, 1991.
- 20 WHO. **Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative.** Switzerland: World Health Organization, 1996.
- 21 CANADA. Minister de la Santé. **La santé au Canada: un heritage à faire fructifier.** Ottawa: Forum National de la Santé, 1996. p.3-64.

- 22 ABRASCO/SIAE/ALAMES. CONGRESSO BRASILEIRO, 3.; CONGRESSO IBERO-AMERICANO, 2.; CONGRESSO LATINO-AMERICANO, 1., 1995. 1ª Mostra de Tecnologia em Epidemiologia – EPITEC. **Resumos...** Salvador, 1995.
- 23 PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.7-30.
- 24 CASTELLANOS, P. L. Avances metodológicos en epidemiología. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Campinas. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p.201-216.
- 25 NUÑEZ, N. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida en Venezuela. In: **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia.** Belo-Horizonte: COOPME/ABRASCO, 1994. p.199-217.
- 26 OPS/OMS. **Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.** Medellín: OMS, 1984. 230p.
- 27 PAIM, J. S. Collective health and the challenges of practice. In: PAHO (Ed.). **The crisis of public health: reflections for the debate.** Washington: PAHO, 1992. p.136-150.
- 28 BREILH, J. et al. **Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud.** Quito: Corporación Editora Nacional, 1990.
- 29 UNICEF/IBGE. **Municípios brasileiros: crianças e suas condições de sobrevivência.** Censo Demográfico 1991. Brasília: UNICEF/IBGE, 1994.
- 30 VICTORA, C. G.; GRASSI, P. R.; SCHMIDT, A. M. Situação de saúde da criança em área da região sul do Brasil, 1980-92: tendências temporais e distribuição espacial. **Rev. Saúde Pública**, v.28, n.6, p.423-32, 1994.
- 31 ROUQUAYROL, M. Z.; KERR-PONTES, L. R. S. A medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed.). **Epidemiologia & saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p.23-76.
- 32 BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- 33 POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

Agradecimentos

À OPAS e ao CNPq pelo apoio concedido.

Aos bolsistas de aperfeiçoamento (BAP) e de iniciação científica (BIC) que participaram nas atividades de organização do banco de dados, digitação e análise preliminar dos resultados: Ana Lúcia Monteiro César; Lívia Aragão de Almeida; Cíntia Ceriati; Ana Paula Souza Mangabeira; Adriana Dourado; Alcione Brasileiro Oliveira; Rose Luz Silva Perez; Marcia Helena de Moraes Diniz (BAP); Joane Carla S. Mascarenhas; Sylvana Vianna Pereira; Cláudia D. Macedo; Luiz Cláudio da Silva Félix; Luciano Jatobá Moraes Miranda (*in memoriam*); Sílvia Vianna Pereira; Sérgio Nolasco das Neves; Newmara de Souza Nunes; Bárbara Pontes Cerqueira; Maria José Behrmann Vilas Boas; Anderson Cardoso; Paula Azi; Maria Elisa A. Rosa; Clarissa Barral Araújo; Daniela Almeida Requião; Úrsula Maria Moreira Costa; Cláudio Sobral de Carvalho; Viviane Sampaio Boaventura; Iacira Magalhães Oliveira; Ana Luisa Mota Itaparica; Adelina Sanches de Melo; Déborah Sanches Rezende; Soraya Souza Santo; Monique Gonçalves e Silva; Eny Devay de Freitas; Andrea Maria Gouveia Barbosa; Iara Menezes Lima; Francine Judite Freitas Santos; Ana Paula Santos Martins; Leila Machado Costa; Marcos de Argolo Meyer (BIC).