

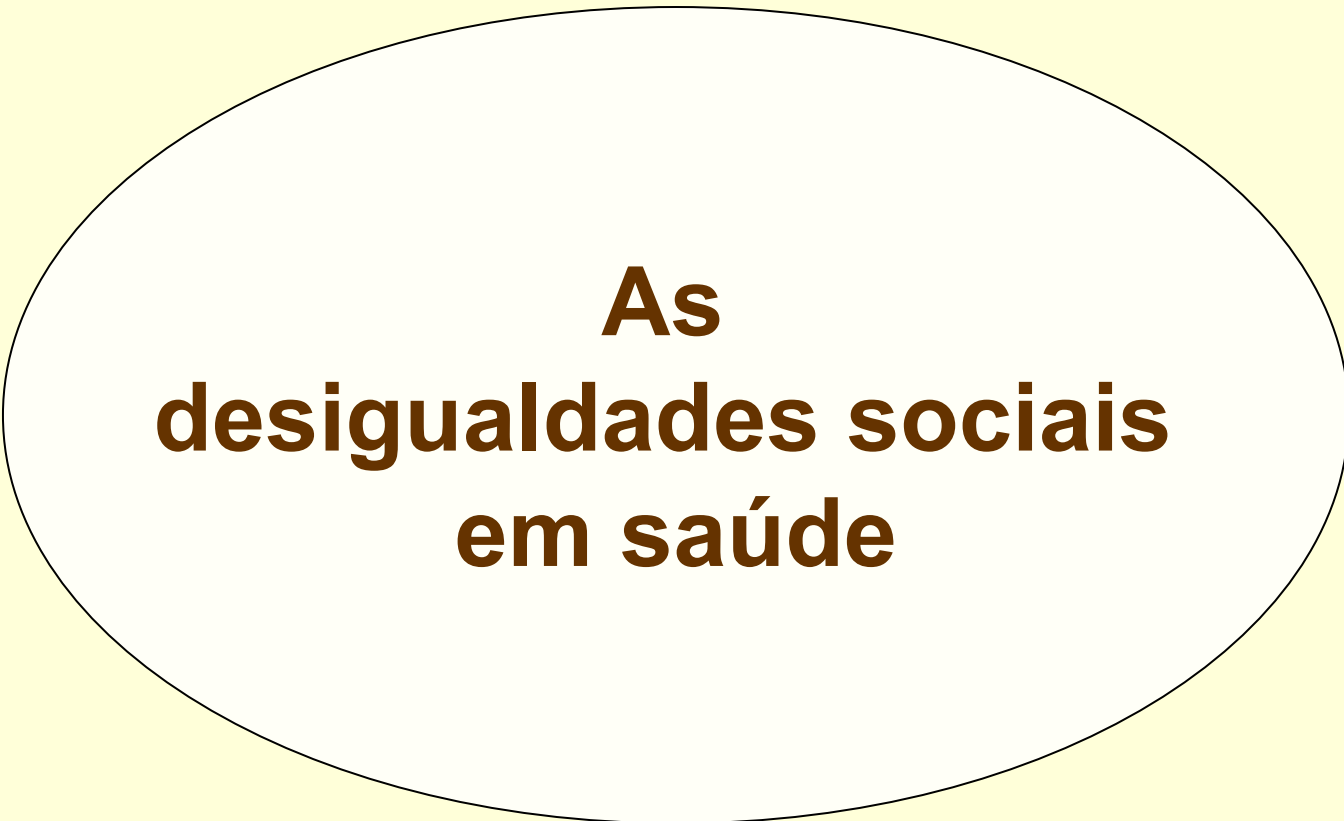
Eqüidade em saúde

contribuições da epidemiologia

Marilisa Berti A. Barros

CCAS-DMPS-FCM-UNICAMP

Ciclo de Estudos da SVS - 13 julho de 2007



**As
desigualdades sociais
em saúde**

Brevíssimo Histórico

- **No século XIX acumulam-se observações sobre diferentes ocorrências dos eventos de saúde segundo área de moradia, ocupação, condições de vida...: Villerme, Virchow, Engels, Snow, Quetelet...**

		Mortalidade
Ruas de 1ª Classe: imóveis	1ª classe	1 em 51
	2ª classe	1 em 45
	3ª classe	1 em 36
Ruas de 2ª Classe: imóveis	1ª classe	1 em 55
	2ª classe	1 em 38
	3ª classe	1 em 35
Ruas de 3ª Classe: imóveis	1ª classe	falta
	2ª classe	1 em 35
	3ª classe	1 em 25

Engels, F. – A situação da classe trabalhadora na Inglaterra

- No início do séc XX agregam-se análises de Frost, Goldberger, Sydenstricker, Morris, (Brasil) Josué de Castro, entre muitos outros.
- **Identificavam as conseqüências da economia e da política na saúde ou concluíaam que as forças sociais e econômicas modelavam o padrão da saúde-doença das populações (Berkman, 2004).**

Na Inglaterra:

Black Report, 1982

Forte influência no desenvolvimento de estudos nos países europeus.

Desigualdades sociais e equidade em saúde

- Retomada de interesse no tema – contextos econômicos e políticos: globalização
- Mudanças de enfoque e conceitos - participação de diversificadas correntes de pensamento e ação
- Crescimento intenso de publicações e desenvolvimento de desenhos de estudo e métodos e técnicas de análise

Década de 90: Iniciativas de agências, fundações e países

OMS – força tarefa com iniciativa de 1996

OPAS –destaque para iniquidades em várias reuniões, financiamento de pesquisas,

ONU , UNICEF, BANCO MUNDIAL, FMI – 1997 - NHP

Fundação Rockefeller – Global health equity initiative

União europeia – prioridade para questões de pobreza e desigualdade – publicações

Estados Unidos – conferências e agenda política

Criação da International Society for Equity in Health (ISEqH) em junho de 2000, em Havana.

Equity in health and health care: a WHO initiative (WHO, 1996)

- ❖ **As diferenças sociais em saúde são inaceitavelmente amplas e mostravam-se crescentes em vários países.**
- ❖ **Informações de rotina não detectavam essas desigualdades.**
- ❖ **Contexto: Os gastos sociais em saúde vinham sendo restringidos.**
- ❖ **Eqüidade em saúde precisa fazer parte das agendas políticas dos governos de todos os países**

Na América Latina

- ✓ Tema das desigualdades sociais em saúde – anos 70 e 80.
- ✓ Movimentos sociais de enfrentamento às ditaduras militares
- ✓ Movimento na saúde de Medicina Social, Saúde Coletiva, Reforma Sanitária, epidemiologia social e epidemiologia crítica (Almeida-Filho et al, 2004; Tajer, 2003; Krieger, 2003).

No Brasil o tema é muito trabalhado (**Tema do 1o. cong de Epidemiologia: Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século..**) especialmente na década de 90 com novos contornos e ênfases (Barata, 1997; Duarte et al, 2002; Nunes et al 2001).

As mudanças de enfoques e conceitos

Desigualdade social → **Eqüidade**

Estrutura social – Estratificação Social
→ **Justiça social**

Whitehead, 1992:

Iniquidades em saúde são diferenças que além de evitáveis são também injustas.

Diferenças, diversidade, disparidades, distinção, desigualdades e iniquidades
(Silva e Almeida Filho, 2000; Breilh, 1998)

International Society for Equity in Health (ISEqH) - 2000

Eqüidade corresponde a ausência de diferenças sistemáticas, potencialmente modificáveis, em um ou mais aspectos da saúde entre grupos ou subgrupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente.

(Macinko & Starfield, 2002)



**Desigualdades sociais
e epidemiologia**

Críticas à Epidemiologia Moderna

- **Reduccionismo biofisiológico**
- **Absorção pela biomedicina**
- **Ausência de teoria sobre padrões de ocorrência da doença em populações**
- **Desconsideração do contexto histórico e social**
- **Labirinto de fatores de risco**
- **Dogmatismo sobre desenhos de estudos**
- **Culpa a vítima**

Pearce N, AJPH, 1996.

O desenvolvimento da Epidemiologia Social

Epidemiologia social

O termo aparece em artigo de **Alfred Yankauer** (editor do Am J Public Health), American Sociological Review, **1950**: The relationship of fetal and infant mortality to residential segregation: an inquiry into **social epidemiology**.

Livro de **Gartly Jaco** publicado em **1960**: The social epidemiology of mental disorders: a psychiatric survey of Texas.

Leo G Reeder: **Social epidemiology**: an appraisal, **1969**, Am. Sociological Association.

Epidemiologia Social

Tendências teóricas atuais: Krieger (2001)

1. Teoria psicossocial

Estresse físico e psíquico - vulnerabilidade à doença. Fatores psicossociais gerados pela interação humana afetando funções neuroendócrinas (John Cassel, 1976).

2. Produção social da doença – Economia política da saúde.

Década de 60 e 70-

Vicente Navarro (Int J Health Service-1971), Lesley Doyal, Jaime Breilh, Laurell (nexo bio-psico-social, desgate)...

3. Teoria ecosocial e perspectivas dinâmicas multi-nível.

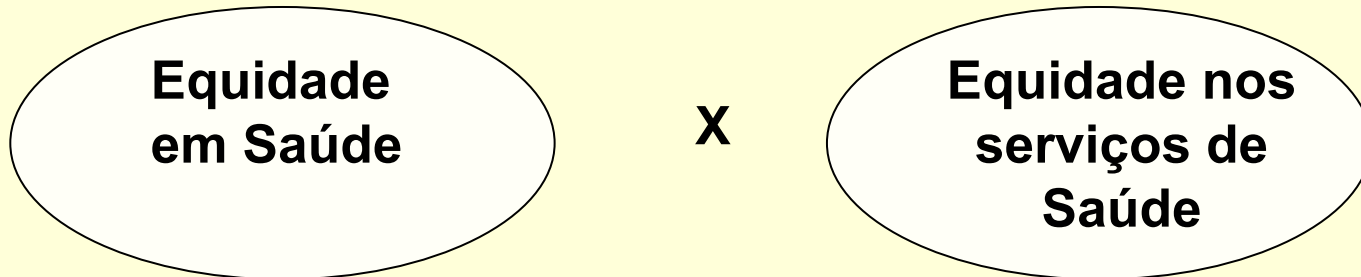
- a. Teoria ecosocial – (Krieger, 1994)**
- b. Eco-epidemiologia – Susser, 1996**
- c. Perspectiva dos sistemas sócio ecológicos – McMichael, 1999.**

Correntes de pensamento e ação

(Gwatkin, 2000) :

- ❖ **Pobreza e saúde**
- ❖ **Desigualdades em saúde**
- ❖ **Iniquidades em saúde**

DIMENSÕES TRATADAS



Eqüidade Horizontal X Eqüidade Vertical
(acesso baseado na necessidade)

(Silva & Iriart, 2002; Mooney & Jan, 1997)



**Desenvolvimentos
metodológicos**

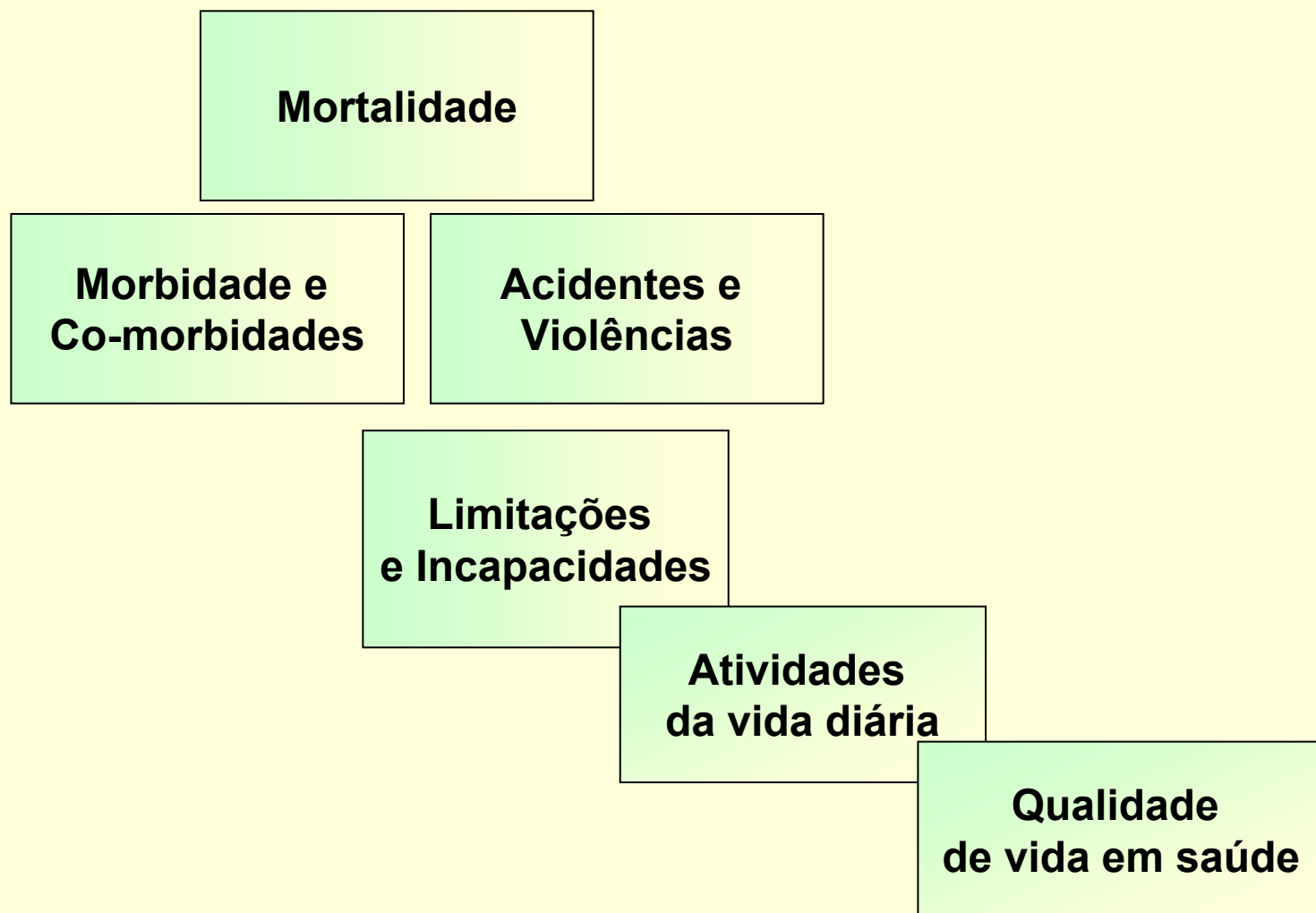
Tópicos de desenvolvimento

- ❖ **Diversificação dos objetos/ eventos de saúde que são submetidos à análise das desigualdades sociais**
- ❖ **Diversificação dos grupos/segmentos sociais cujos diferenciais em saúde são analisados**
- ❖ **Aprimoramento e diversificação dos desenhos de estudo com desenvolvimento de novas linhas de investigação, métodos e técnicas de análise.**
- ❖ **Desenvolvimento de novas medidas de mensuração das disparidades**

Os eventos (objetos) da saúde

- ❖ Ampliação do **espectro** de objetos da saúde sob análise escrutinando padrões de desigualdade.
- ❖ Objetos **circunscritos** com maior especificidade

Ampliação do espectro de objetos dos estudos de desigualdade



A mortalidade como objeto

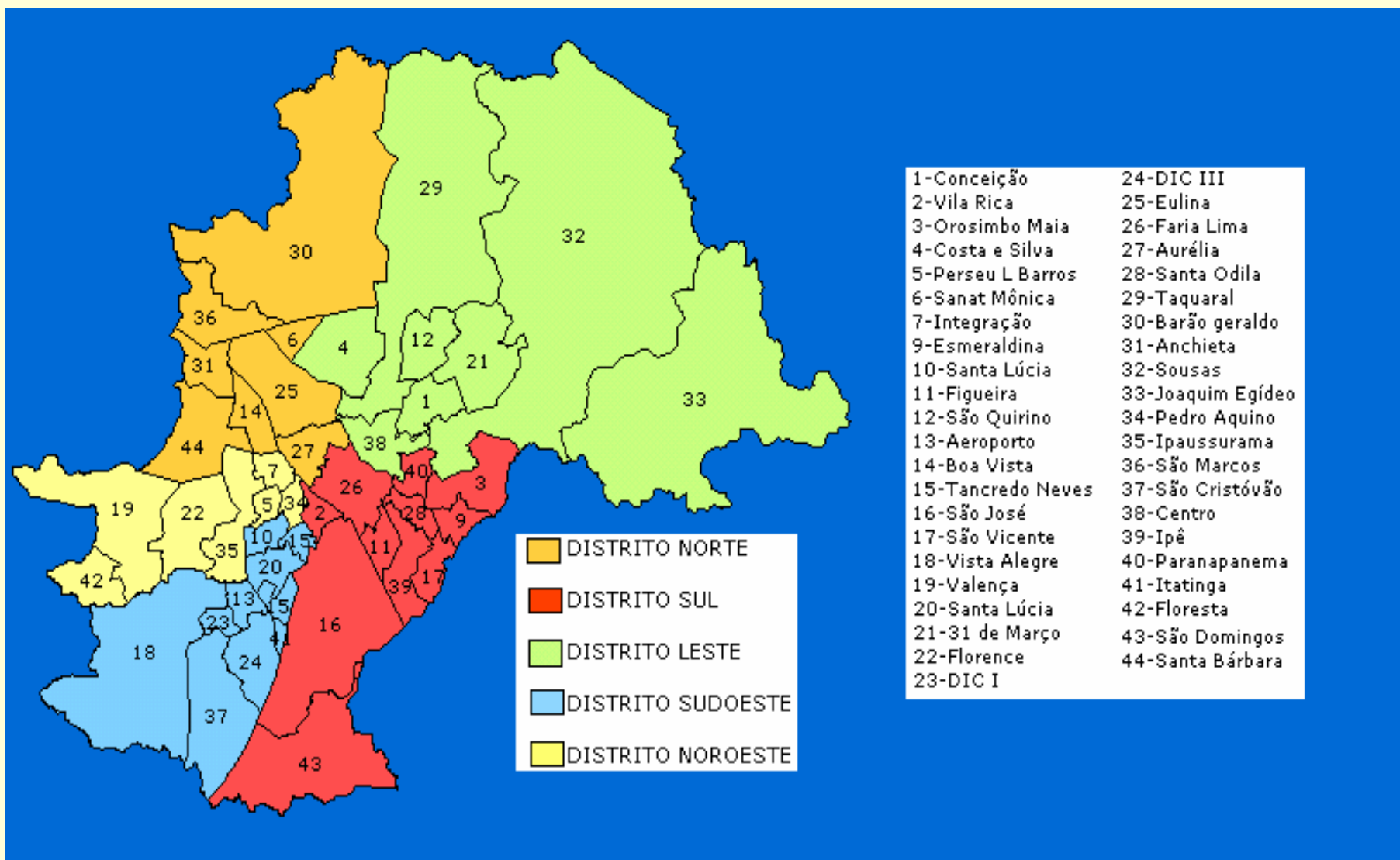
Mortalidade:

- **Índices de mortalidade proporcional**
- **Taxas de mortalidade padronizadas por idade**
- **Taxas específicas por idade, gênero e por causas específicas de morte**
- **Probabilidades de morte/ sobrevivência/ letalidade**

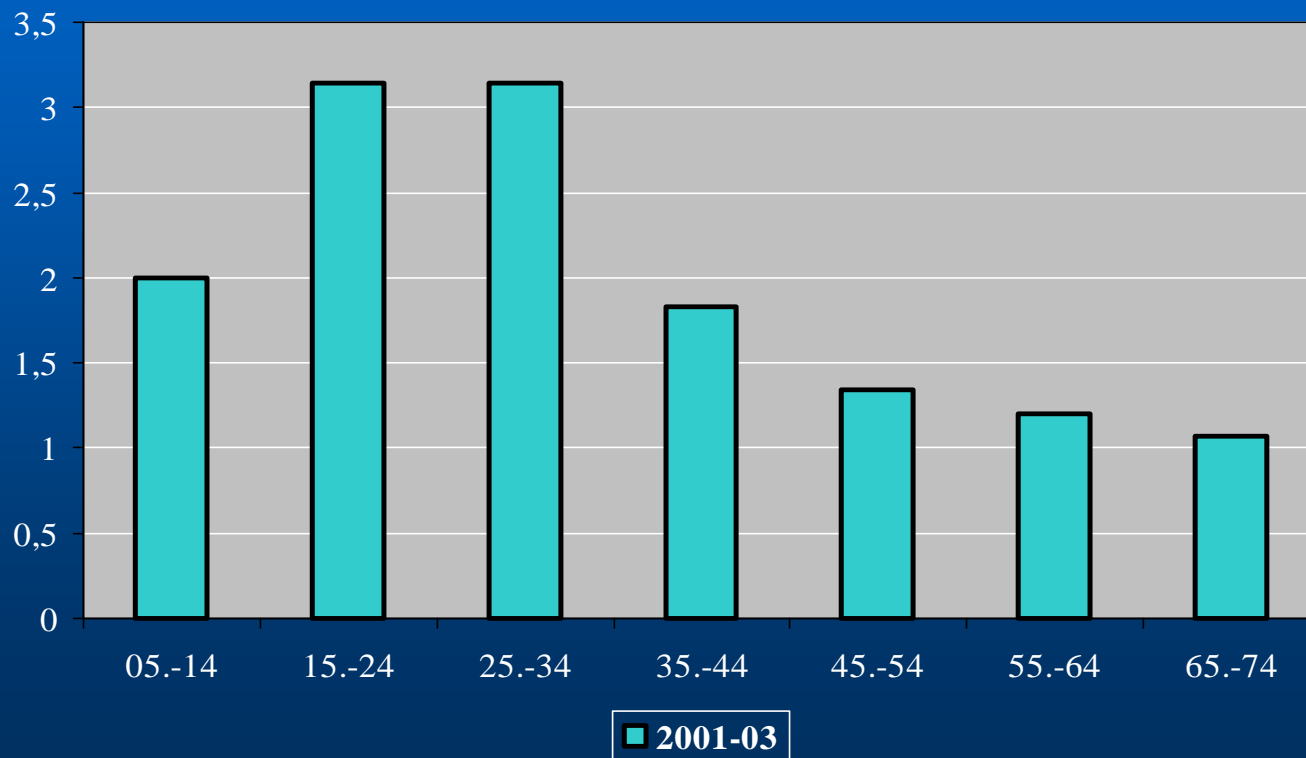
Novos conceitos/ novos indicadores:

- **Mortes prematuras - APVP**
- **Mortes excessivas – gap, brechas...**
- **Mortes evitáveis**

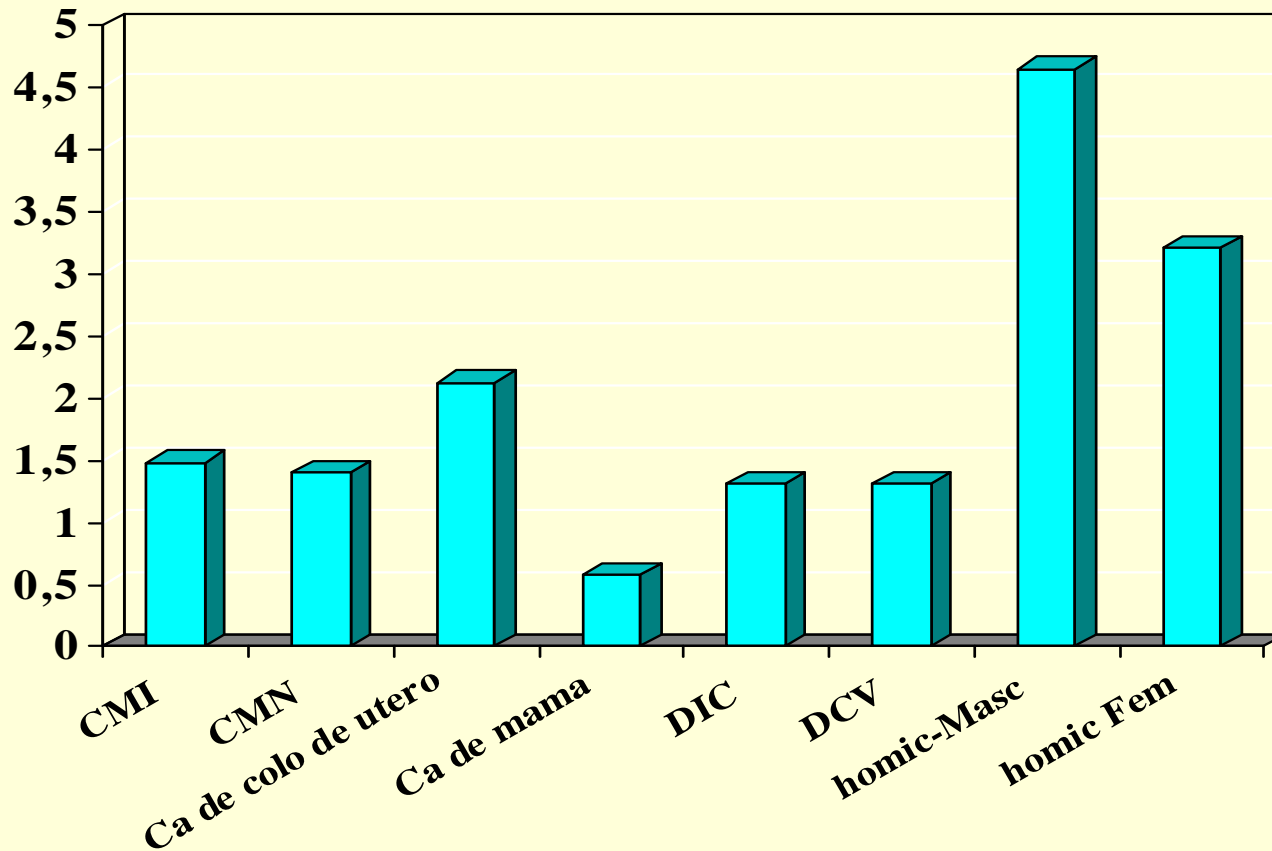
Áreas de abrangência das unidades básicas dos serviços de saúde e Distritos de Saúde. Campinas, 2003.



RAZÃO ENTRE AS TAXAS DE MORTALIDADE DO ESTRATO 4 EM RELAÇÃO AO 1, SEGUNDO IDADE NO SEXO MASCULINO. Campinas, 2001-03



Razões entre taxas de mortalidade do estrato 4 em relação ao estrato 1 segundo causas de óbito. Campinas, 2001-03





Morbidade

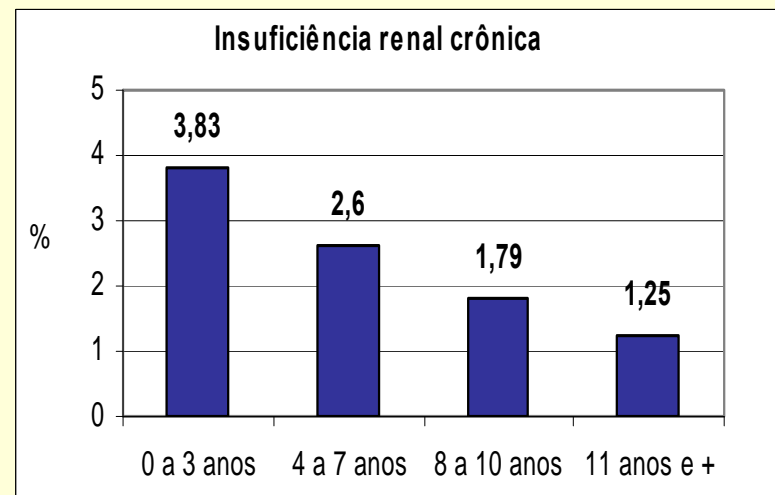
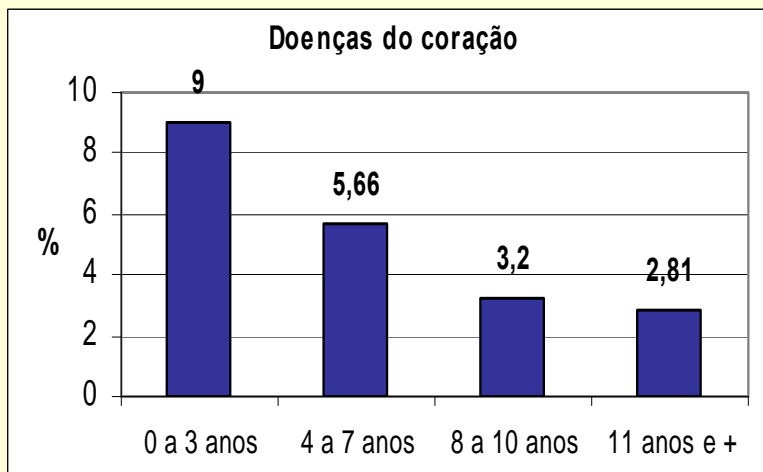
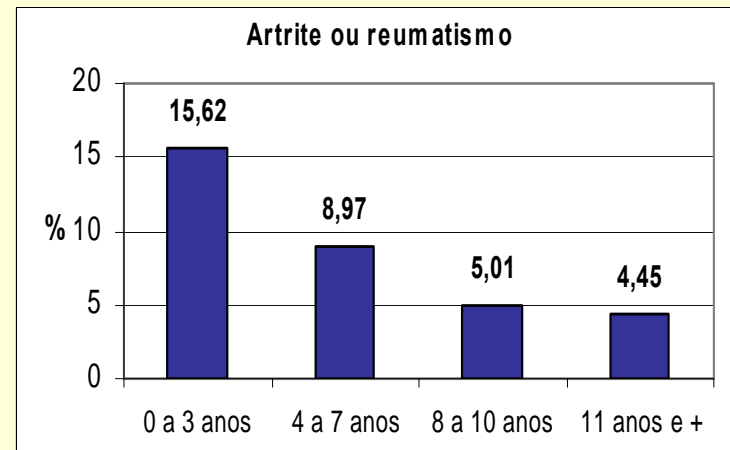
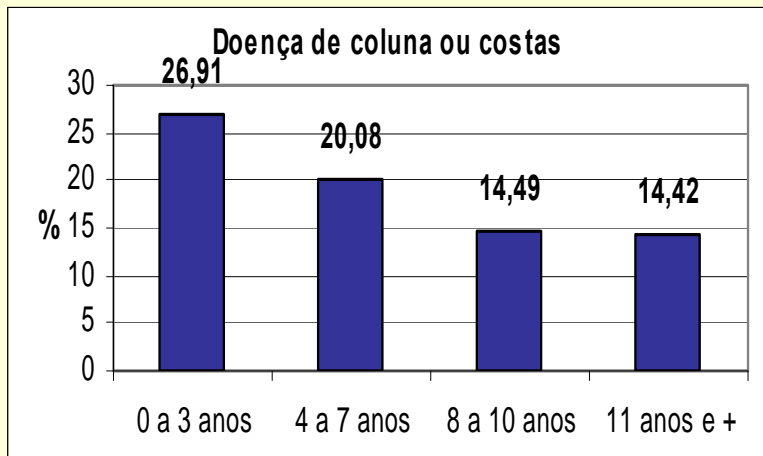
➤ **Morbidade:** doenças letais e não letais, presença de várias doenças, índices de comorbidade, (interação entre quadros clínicos), episódios agudos e condições crônicas, doenças mentais.

➤ **Lesões:** (acidentes e violências)

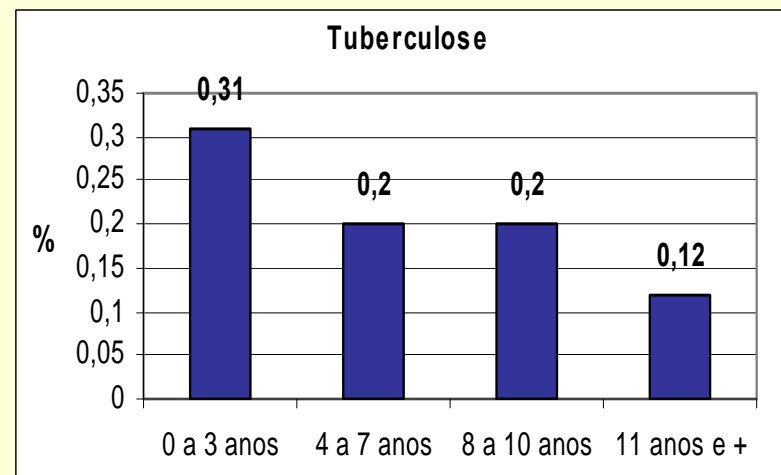
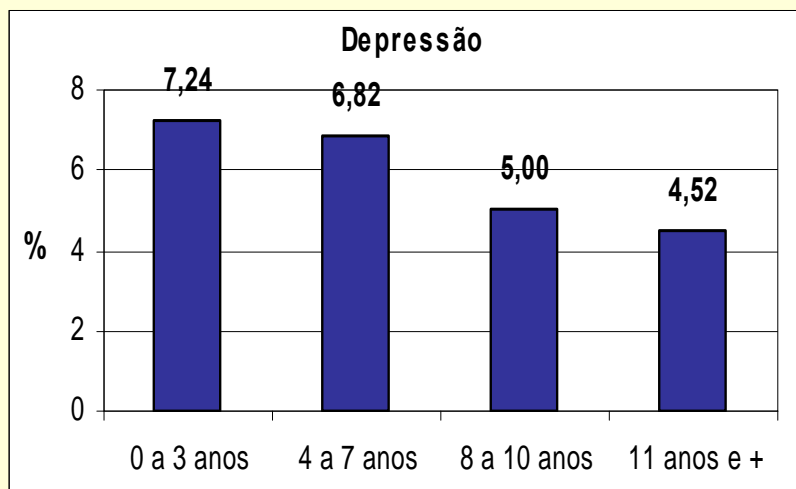
➤ **Deficiências Físicas**

➤ **Indicadores compostos:** carga da doença (DALY - AVAI)

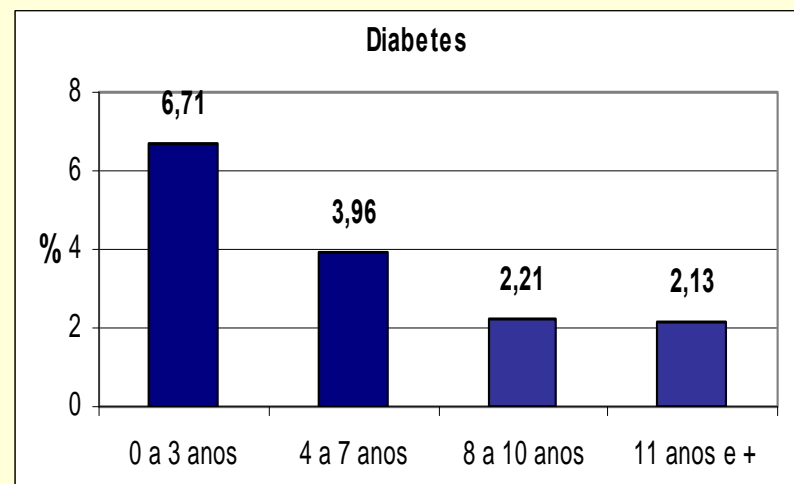
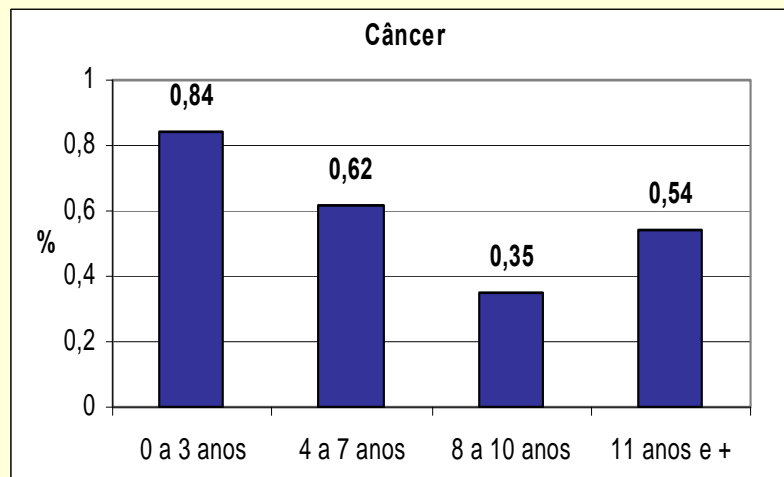
Prevalência de doenças crônicas segundo escolaridade PNAD, 2003



Prevalência de doenças crônicas segundo escolaridade PNAD, 2003

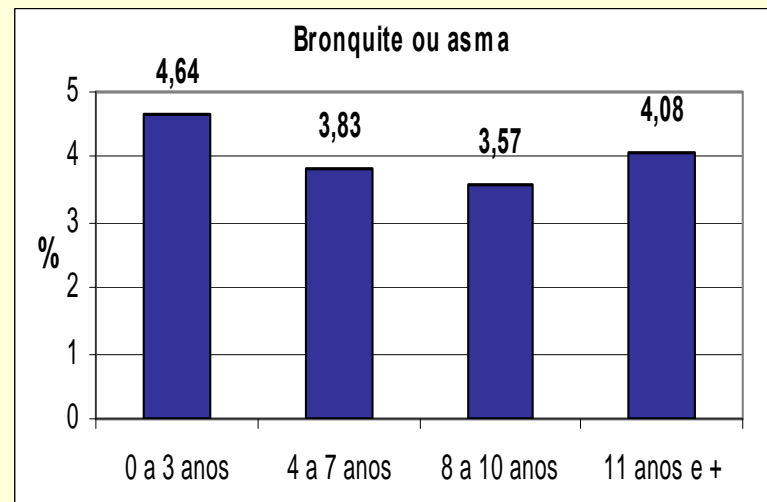
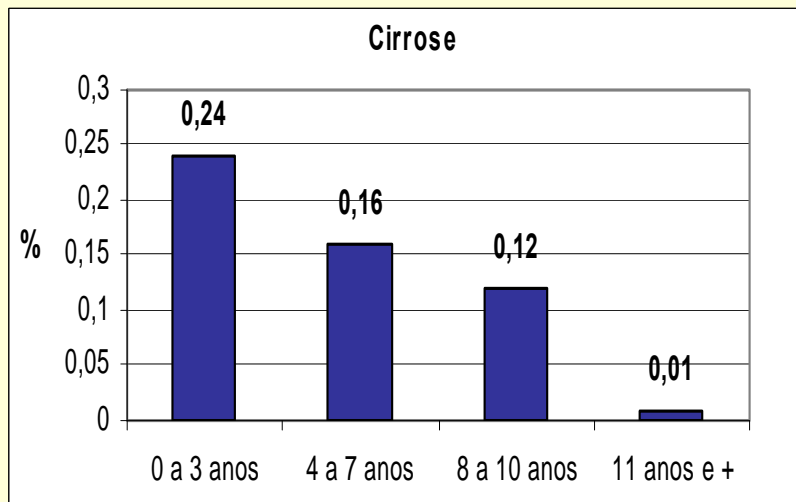
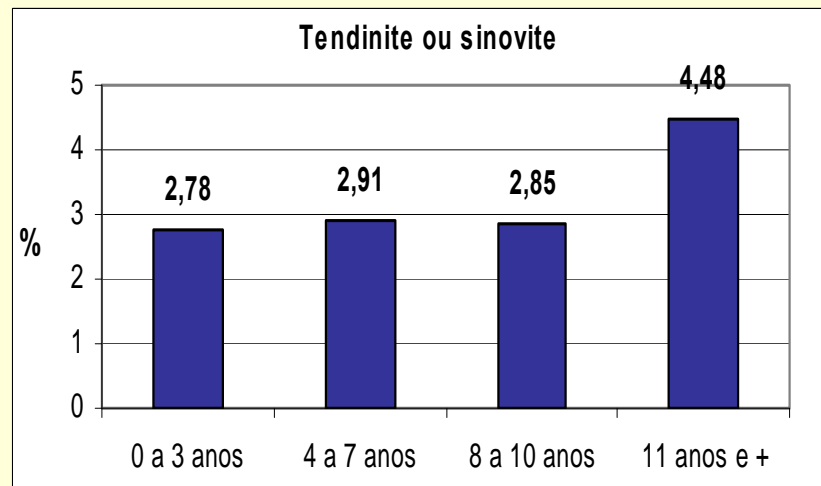
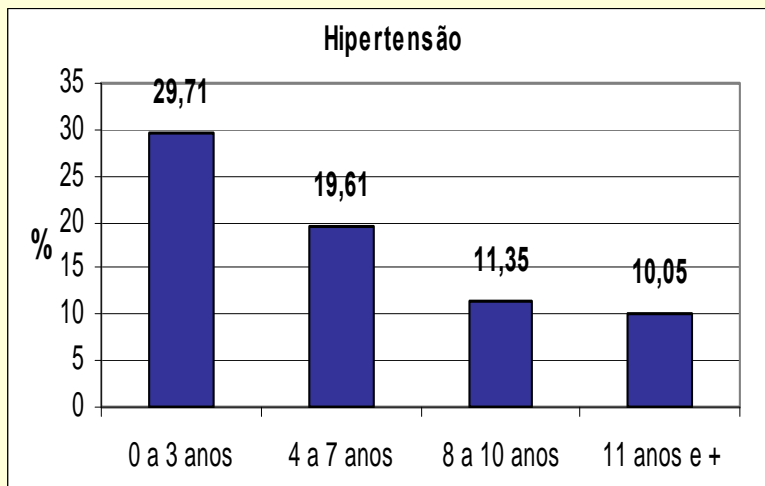


RPa=3,23



Prevalência de doenças crônicas segundo escolaridade PNAD, 2003

RPa=2,90



Saúde auto-percebida (indic. subjetivos)

Impacto da doença nas atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, no grau de independência e de autonomia.

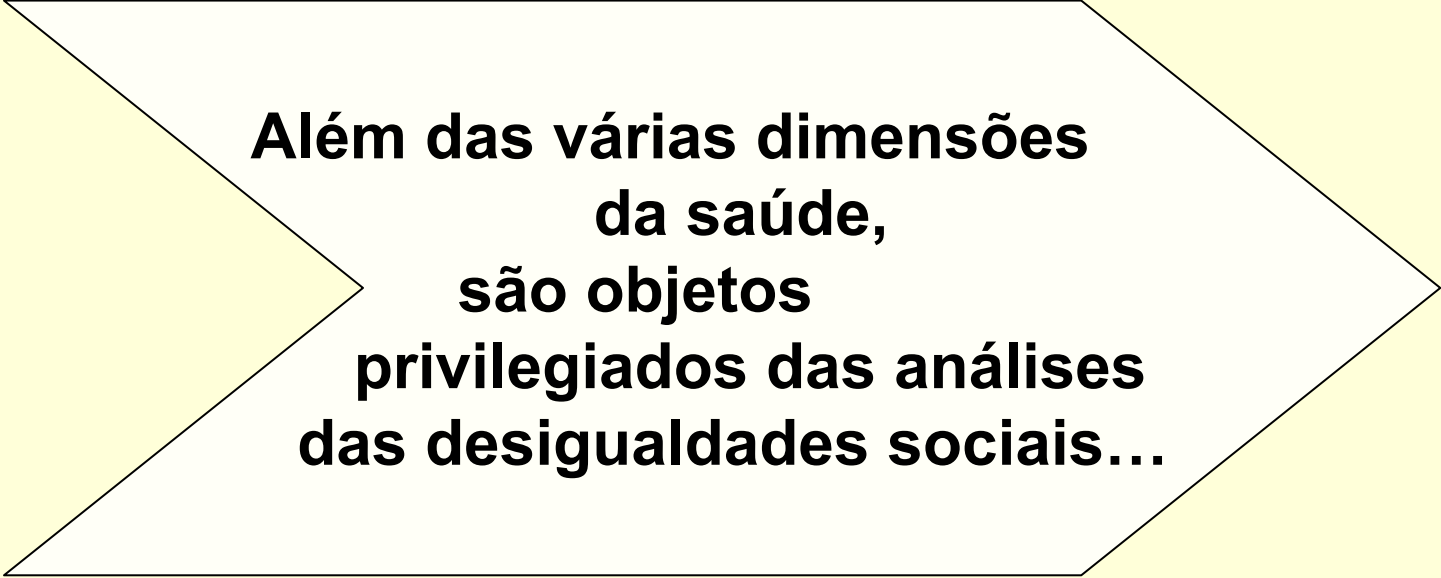
Auto-avaliação da saúde (Subramanian & Kawachi, 2003)

Qualidade de Vida em Saúde: dor, autonomia, saúde mental, vida social, suporte social, bem estar... (McDowell & Newell, 1996)

Qualidade de vida relacionada a Saúde

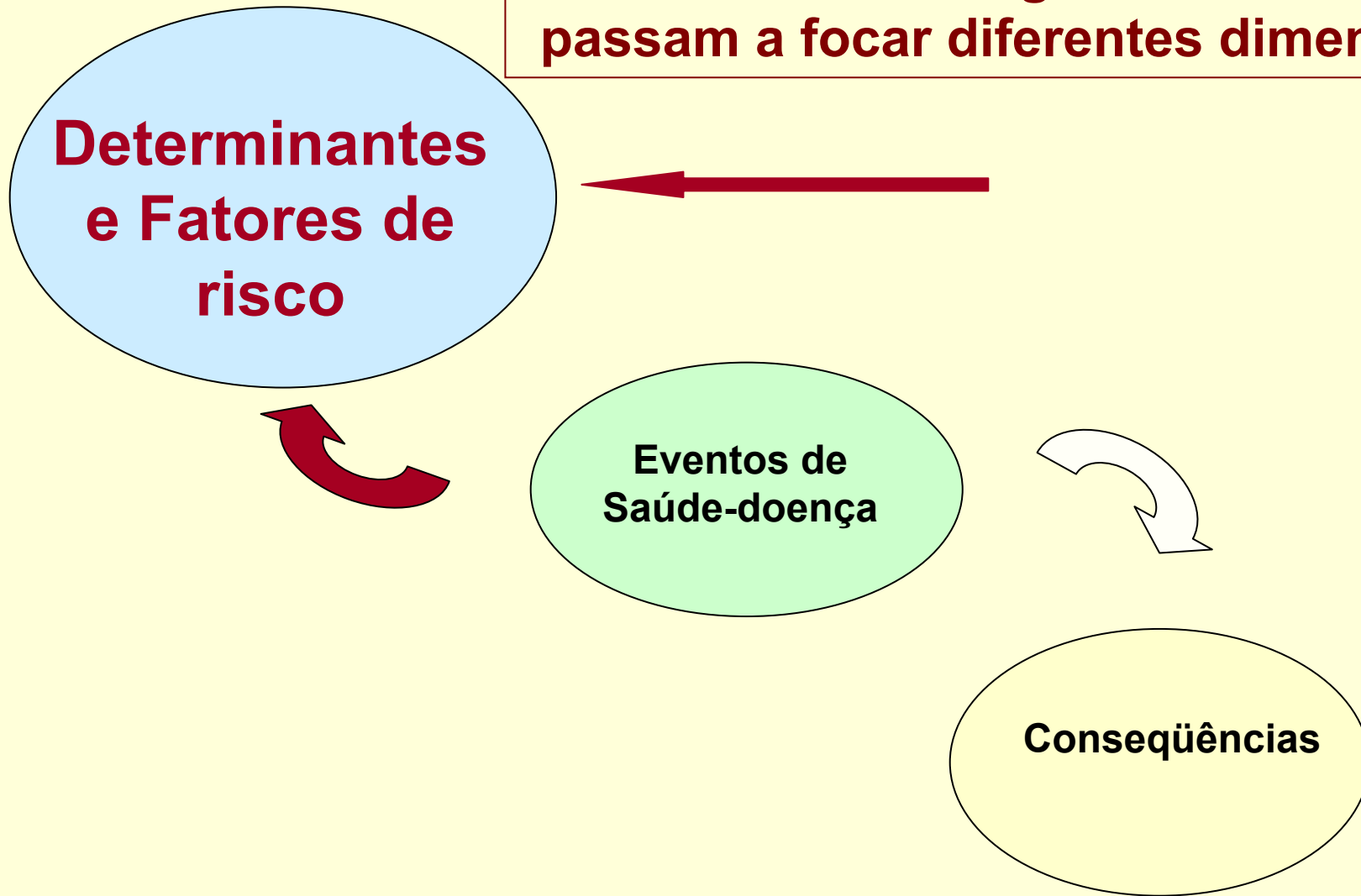
Medindo a Saúde - McDowell & Newell,1996.

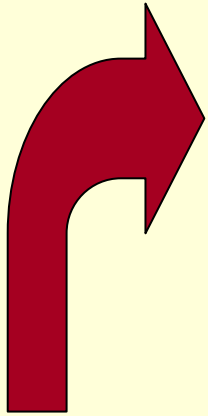
- - **Limitações e Incapacidades Físicas**- Activities of daily living (ADL:7) e IADL (8)
- - **Saúde social**: suporte, ajustamento, papéis sociais (13)
- - **Bem estar psicológico** : 10
- - **Depressão**: 8
- - **Estado Mental** : Cognição , Demência (11)
- - **Dor**: 9
- - **Estado geral de saúde** e Qualidade de vida em saúde (21)



**Além das várias dimensões
da saúde,
são objetos
privilegiados das análises
das desigualdades sociais...**

**As análises de desigualdade em saúde
passam a focar diferentes dimensões**





Serviços de saúde:

- **acesso**
- **uso**
- **qualidade**
- **gastos**

Evidências do efeito dos SS na redução do impacto das desigualdades sociais.

Os segmentos sociais enfocados

Equidade ~ grupos sociais

NSE e classe social →

Gênero

Etnia

Região geográfica

Grupos religiosos

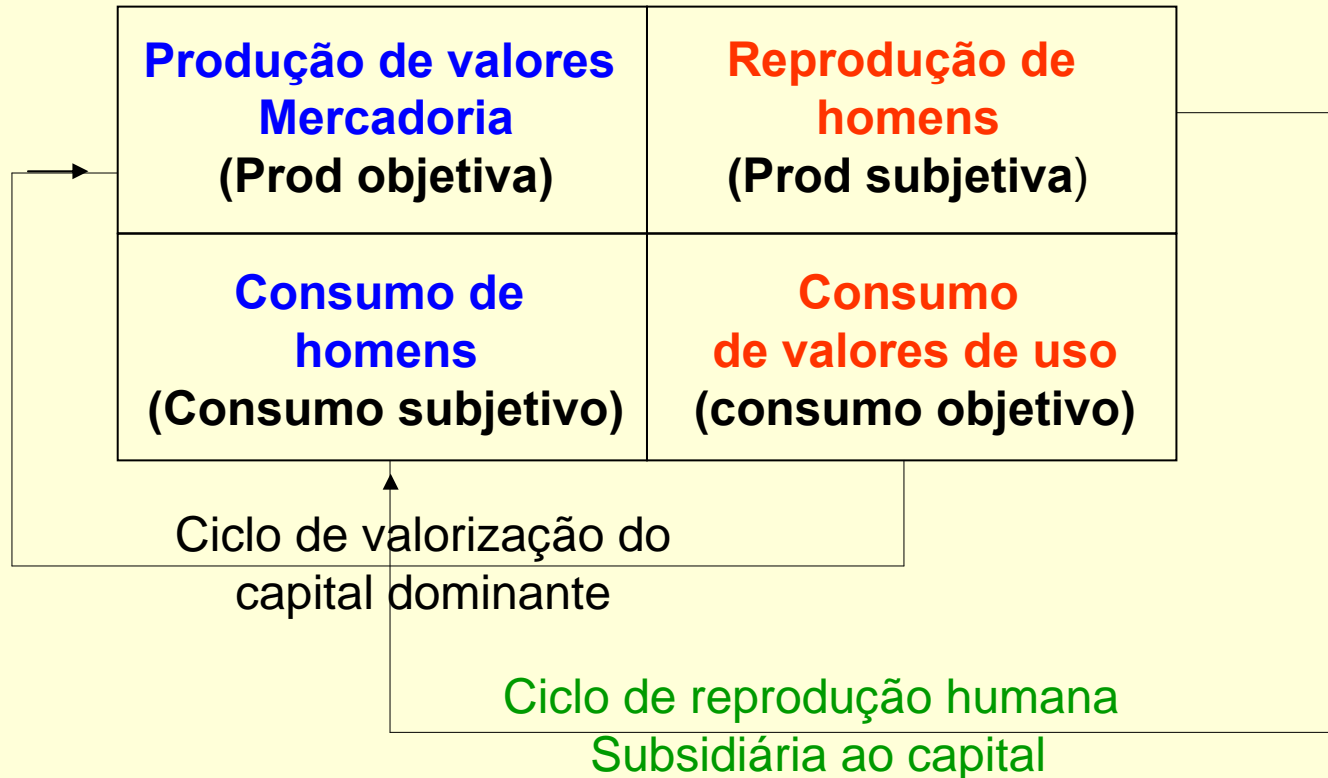
Área de moradia...

Razão de Mortalidade Padronizada para algumas causas de óbitos – 15 a 64 anos. Inglaterra e Gales, 1970-72.

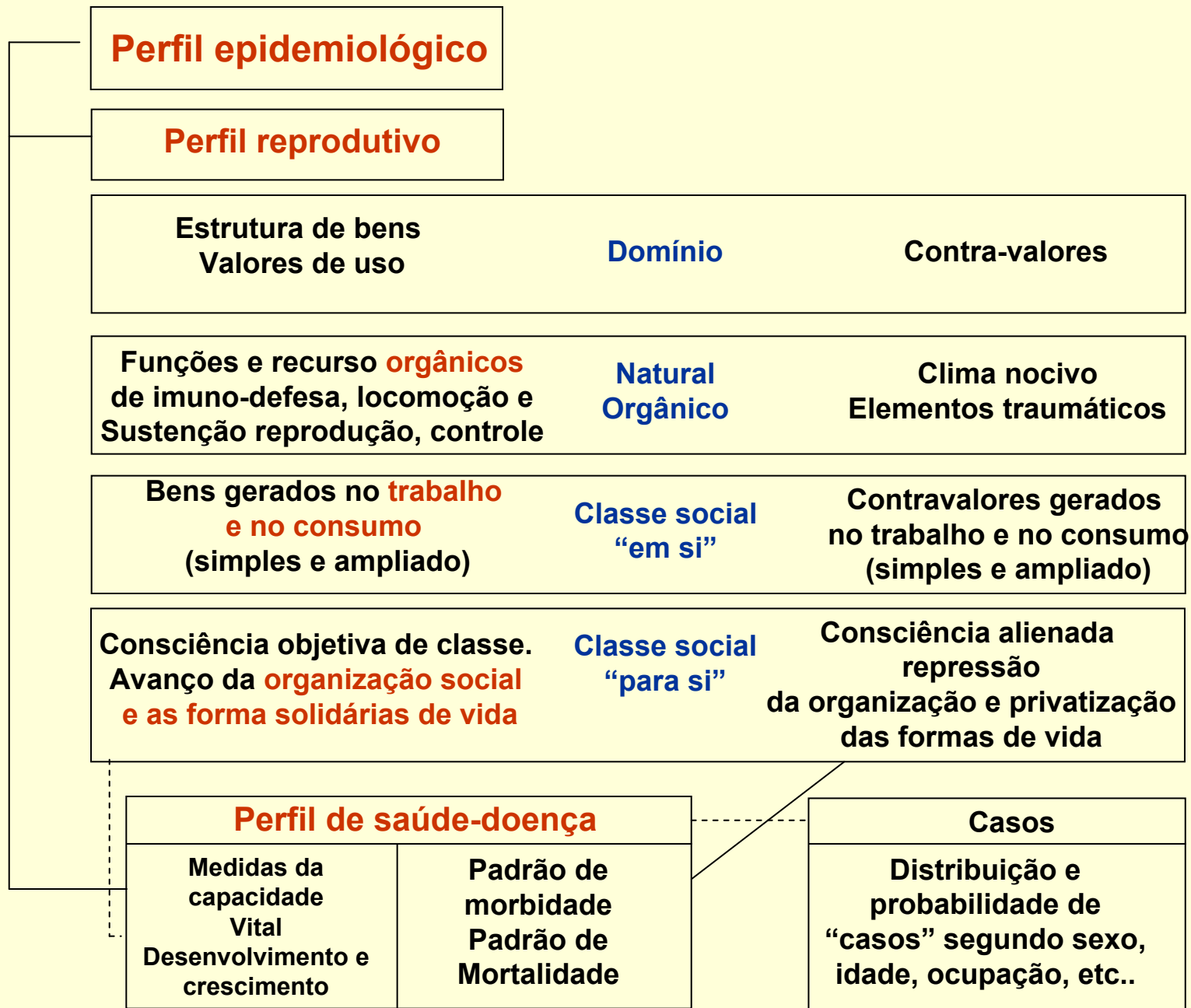
Causa	Burguesia (camadas médias e altas)	Operários não qualificados
Câncer	75	130
D. End., Met. e Nutr.	90	130
D. Sangue e O. Hemat.	65	110
D. mentais	70	250
D. Sistema Nervoso	60	150
D. Sistema Circulatório	90	110
D. Sistema Respirat.	80	160
D. Sistema Genit.	60	155
D. Infec. e Parasit.	60	200
Ac. Env. e Violência	80	200
Todas as Causas	80	140

**Processo
de
Trabalho**

**Modo
de
Vida**



Fonte: Ortega OM Capitalismo y Enfermedad Obrera
In: Tecla JÁ Enfermedad y Clase Obrera
Inst Polit Nacional México 1982.



Ocupação e classe social:

Kunst, 1997: abordagem hierárquica X abordagens de estrutura de classes (E O Wright (1985); EGP (Erikson & Goldthorpe, 1992)

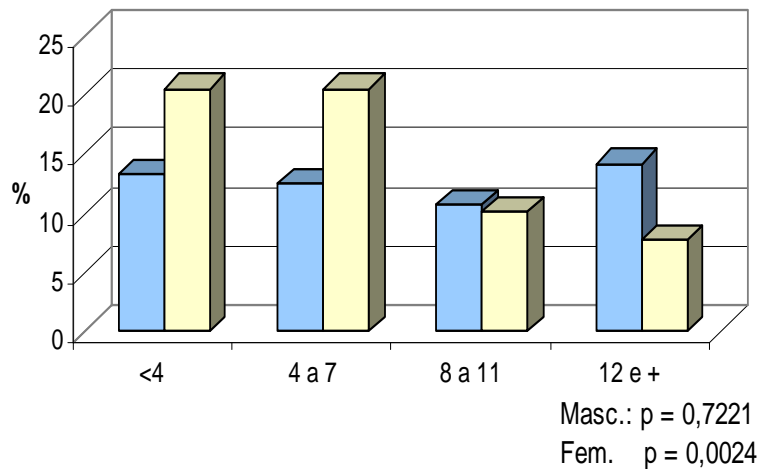
Muntaner et al, 2004, diferencia classe social de estratos sociais (E.O. Wrigth) – posições contraditórias de classe - para analisar doenças mentais

Barbeau et al, 2004: “Working class matters:...” analisa o tabagismo na pop. americana.

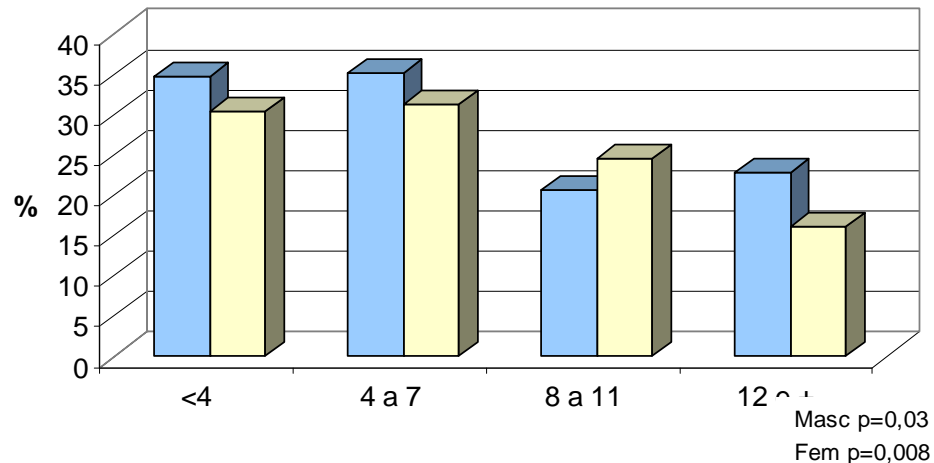
Escolaridade

Obesidade (18 e +)

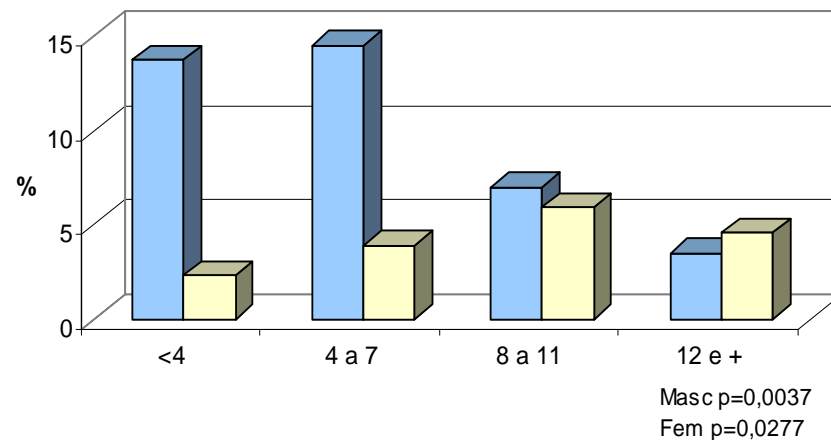
Homens Mulheres



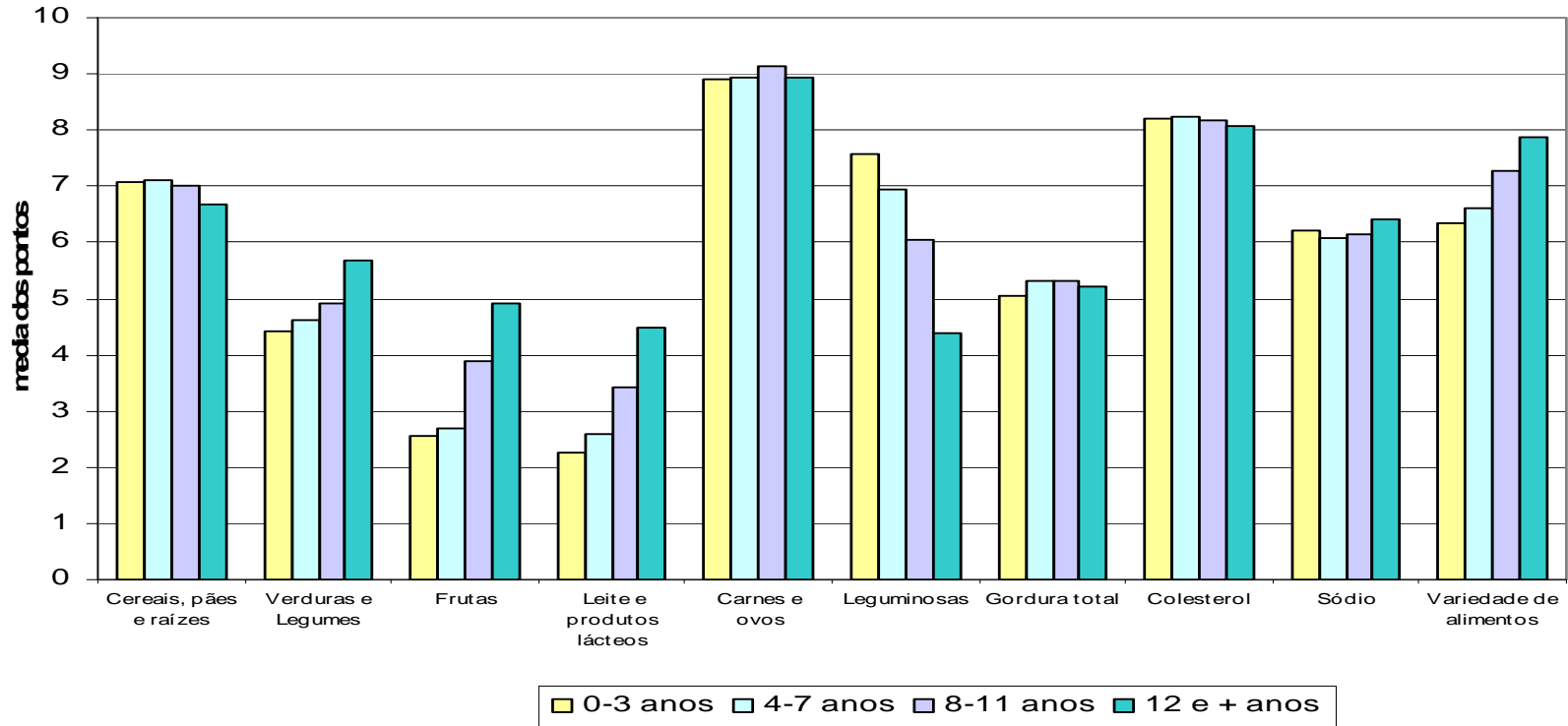
Prevalência de fumantes (20-49 anos)



Cage positivo (18 anos e mais)



Média de pontos dos componentes do IQD segundo escolaridade do chefe da família. ISA-SP, 2002.



Regina Fisberg, FSP-USP

Outras variáveis:

**Condições da moradia, equipamentos,
seguro social, posse de bens, etc**

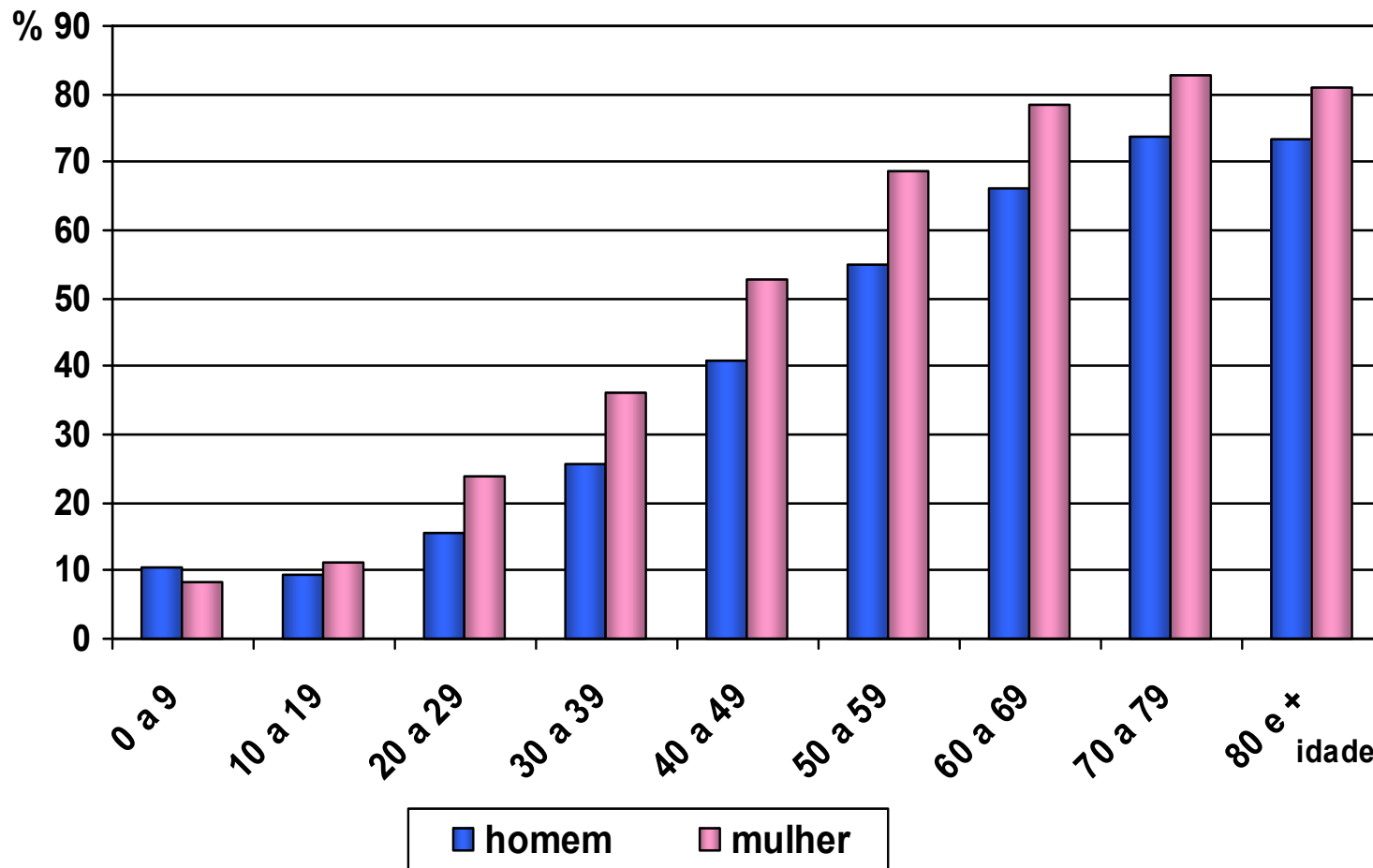
Indicadores compostos:

**NBI, IDH, Índice de privação, de exclusão
social, etc**

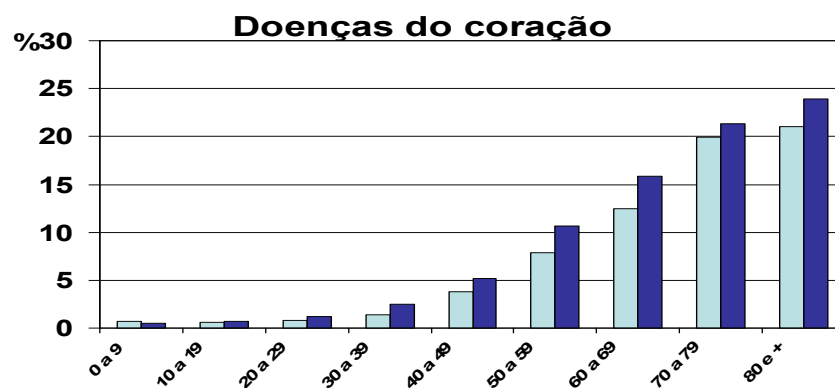
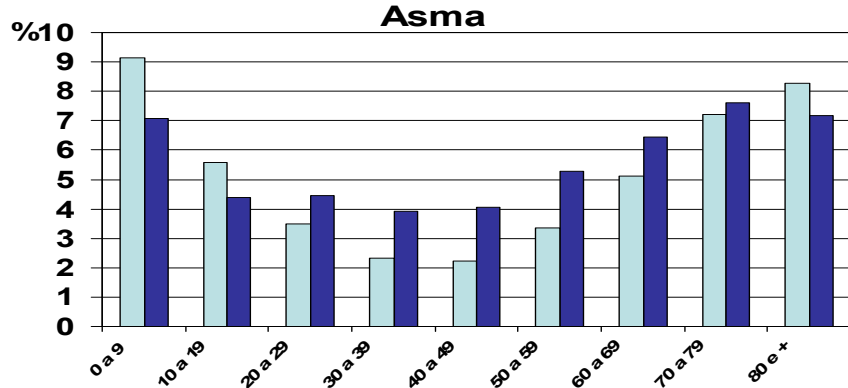
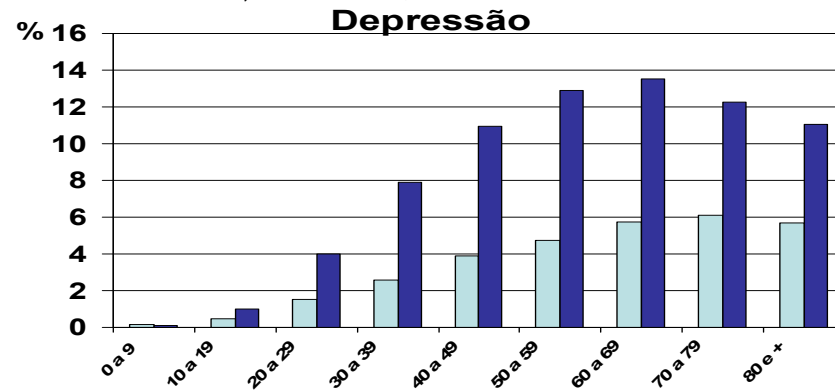
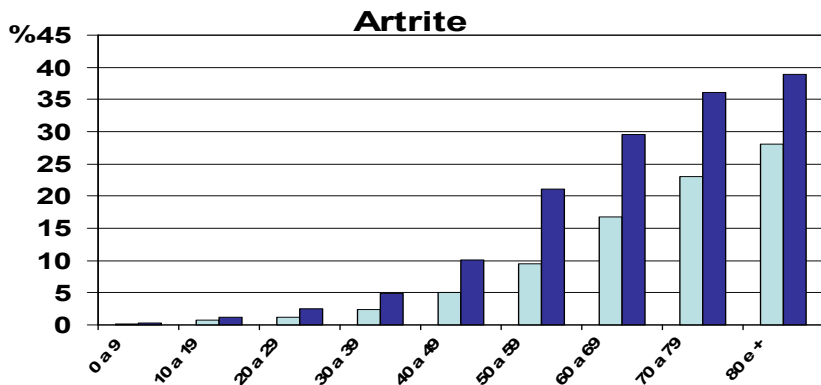
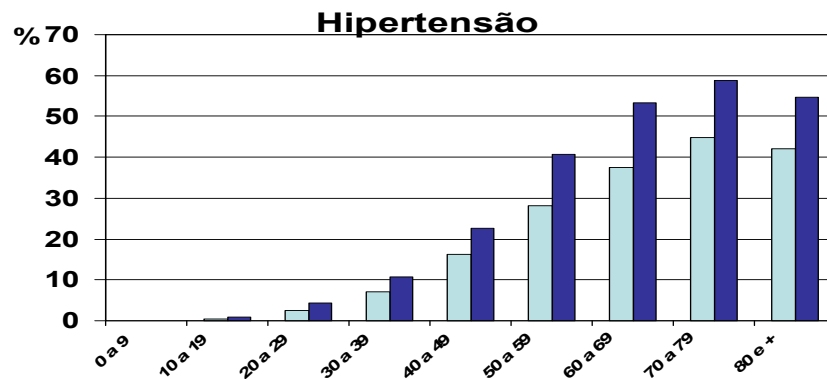
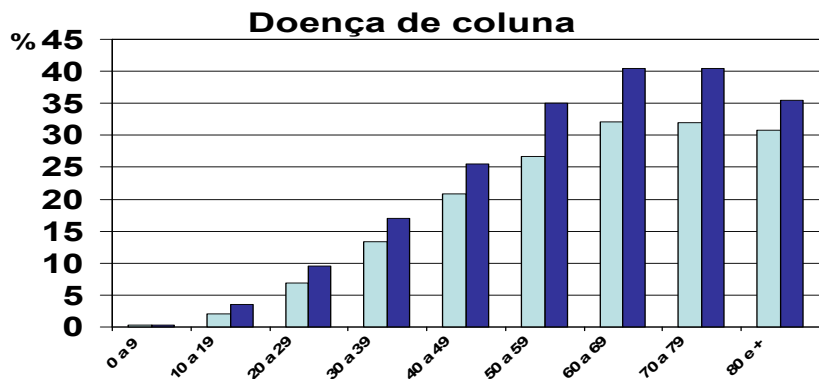
**Indicadores SE de indivíduos e de nível
de agregados**

Gênero, etnia, religião...

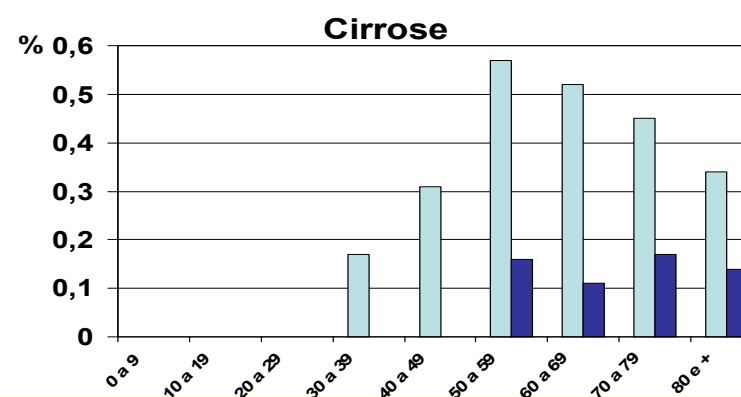
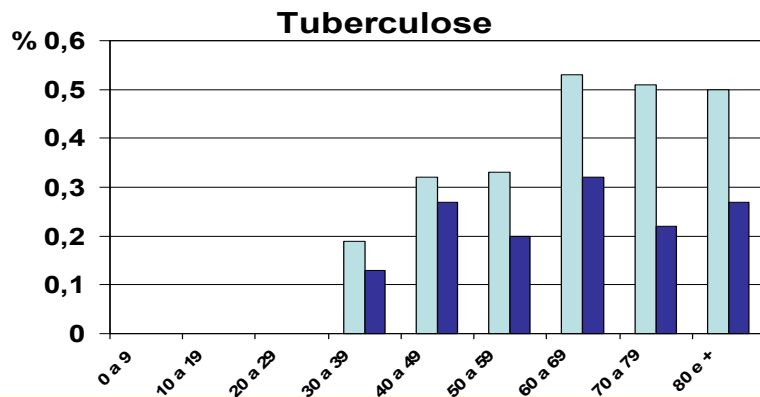
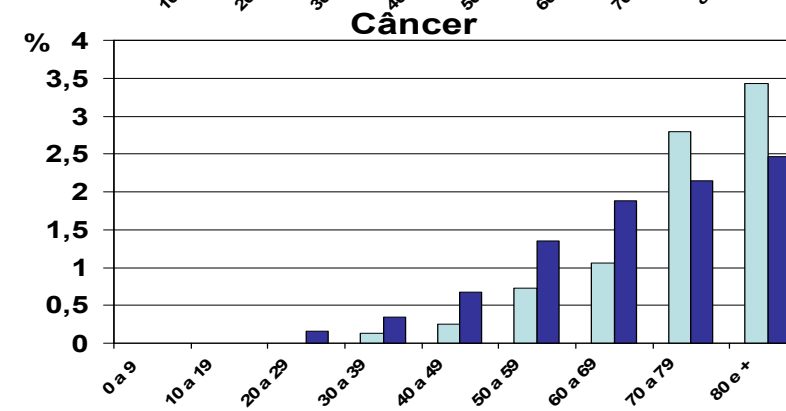
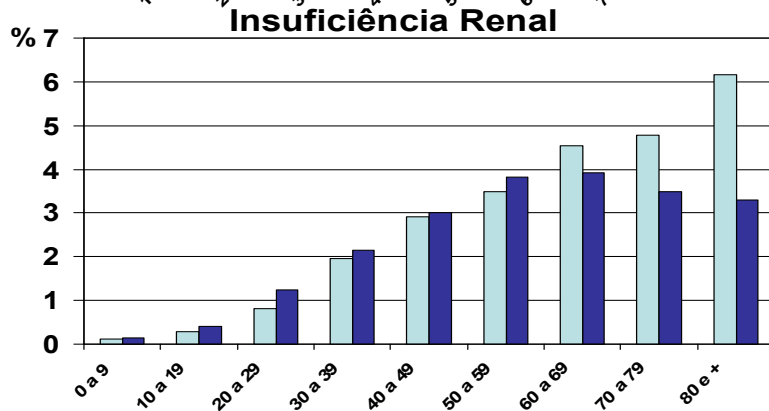
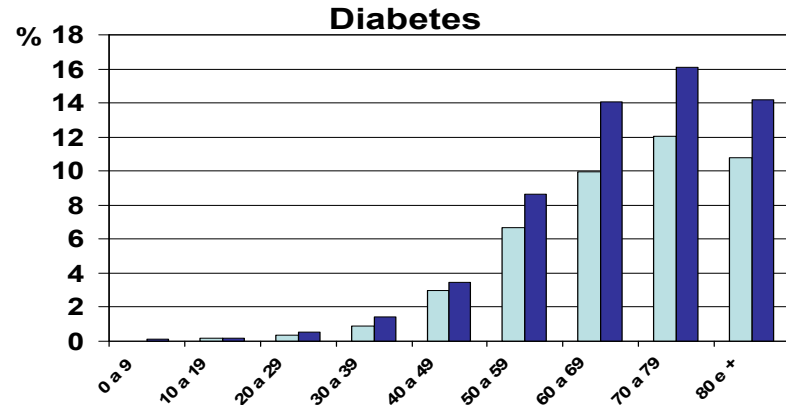
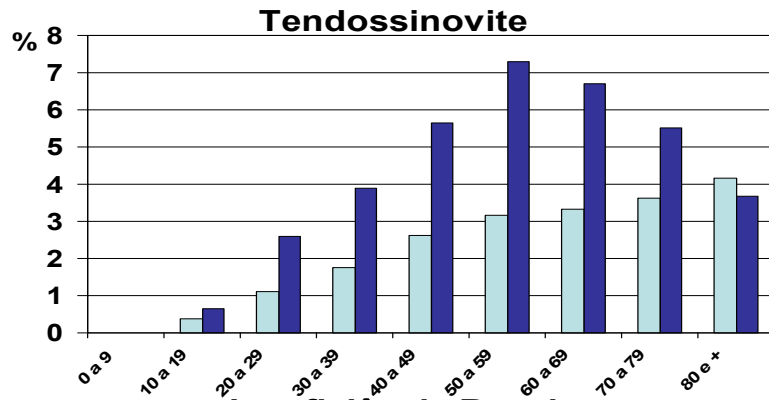
Figura 2 - Prevalência de pelo menos uma doença crônica segundo idade e gênero. PNAD, 2003.



Prevalência de Doenças crônicas segundo faixa etária PNAD, 2003

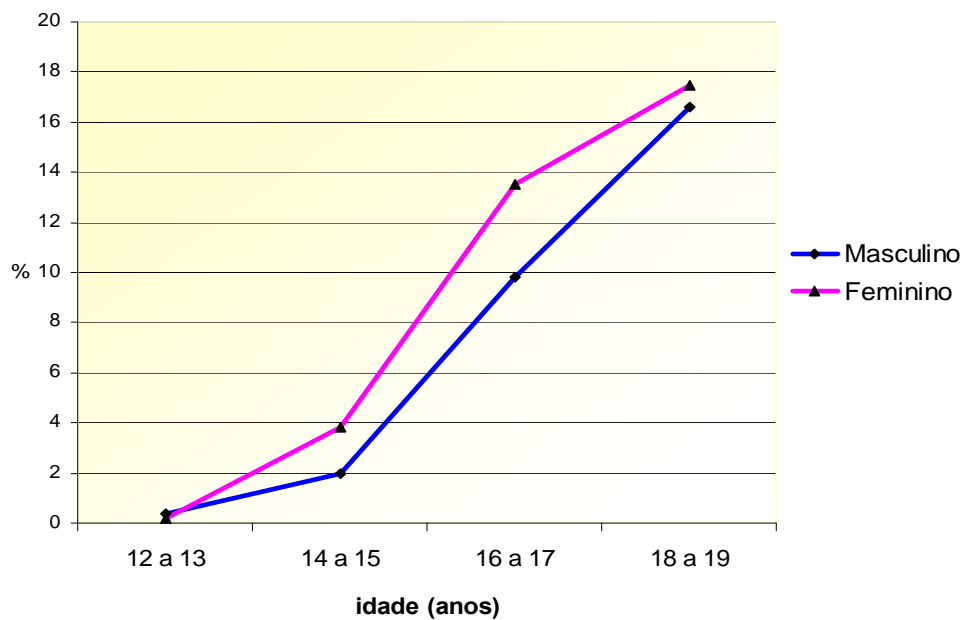


Prevalência de Doenças crônicas segundo faixa etária PNAD, 2003

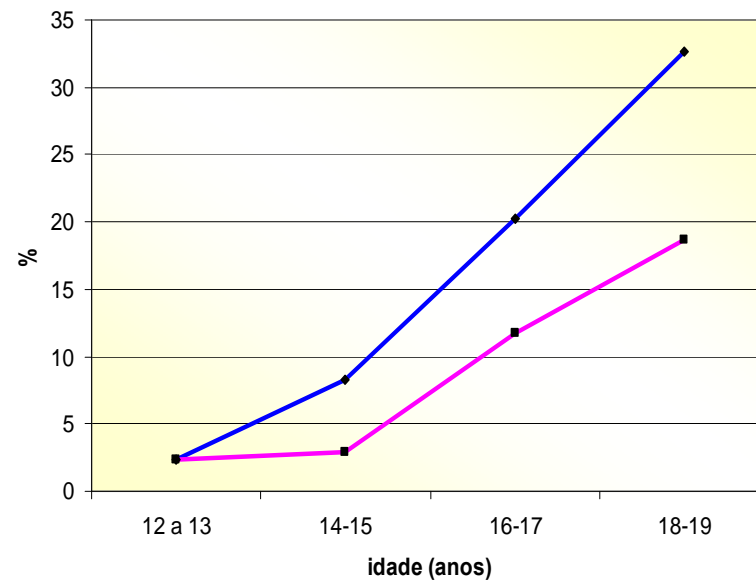


Adolescentes

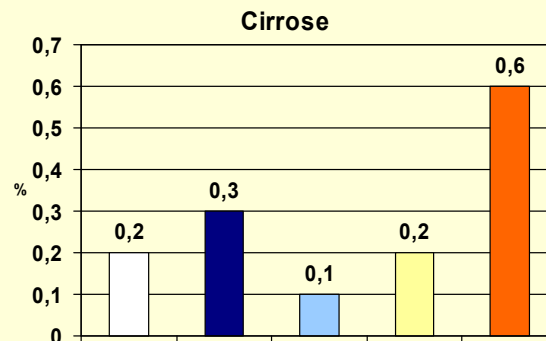
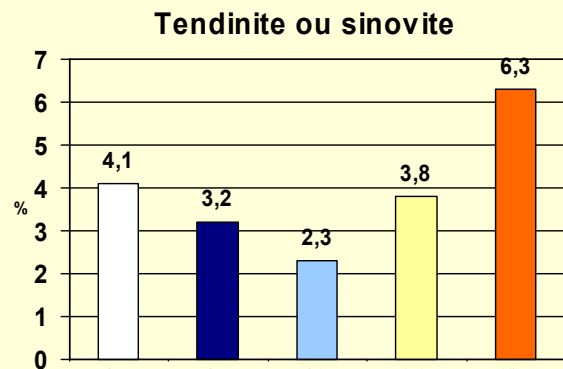
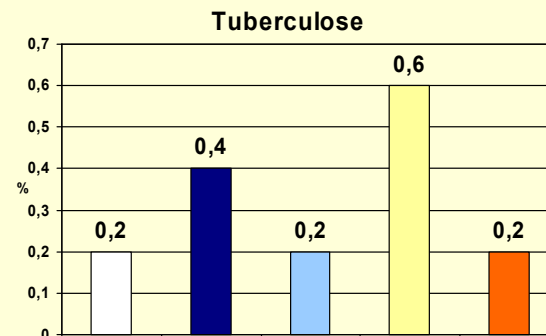
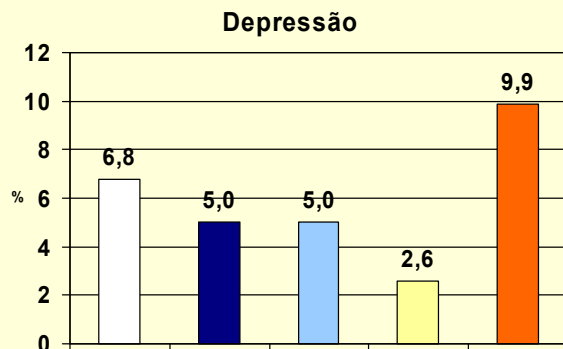
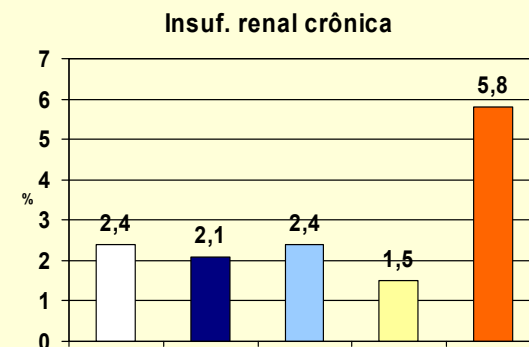
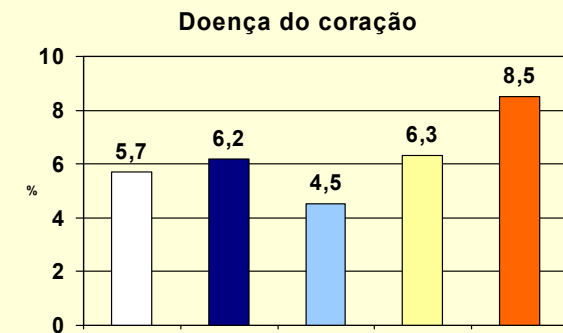
Prevalência de fumantes



Ingestão semanal de bebida alcoólica

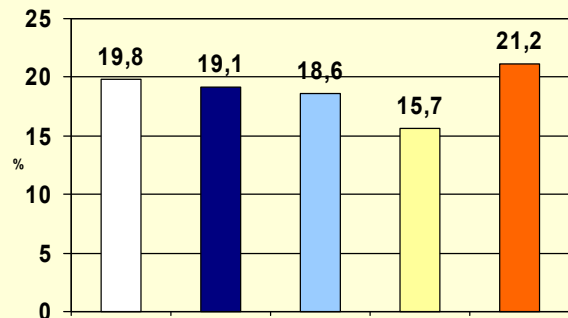


Prevalência de doenças crônicas, segundo raça/cor. PNAD/Brasil, 2003.

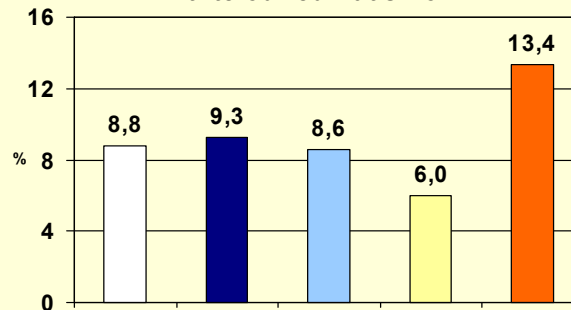


Prevalência de doenças crônicas, segundo raça/cor. PNAD/Brasil, 2003.

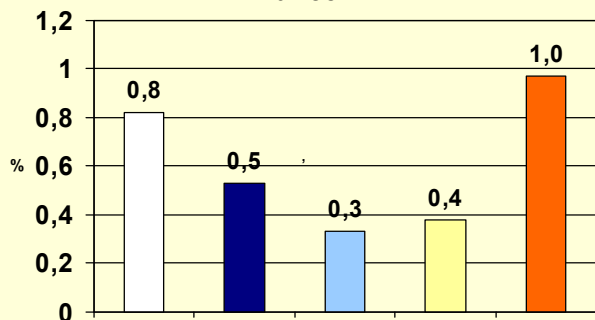
Doença de coluna ou costas



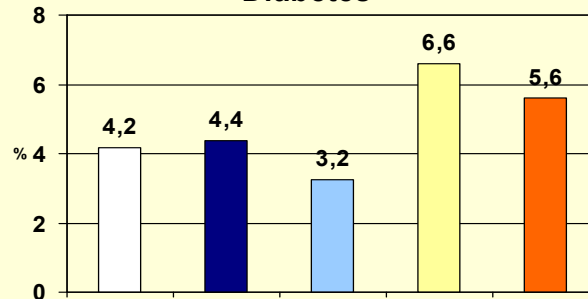
Artrite ou reumatismo



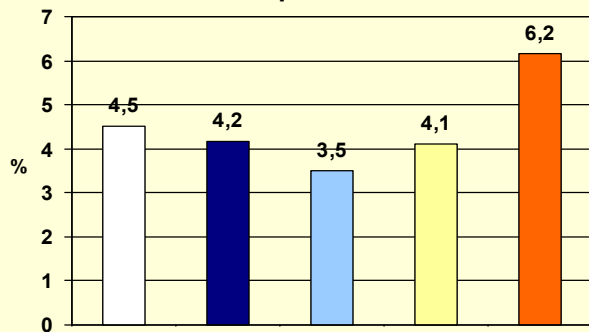
Câncer



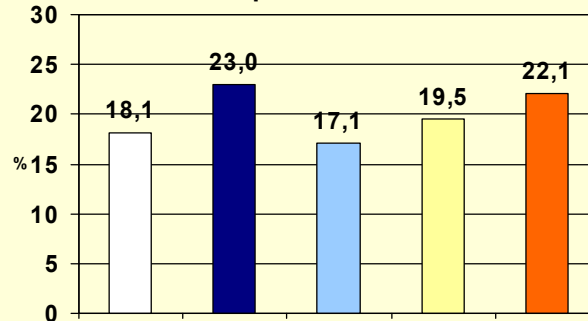
Diabetes



Bronquite ou asma

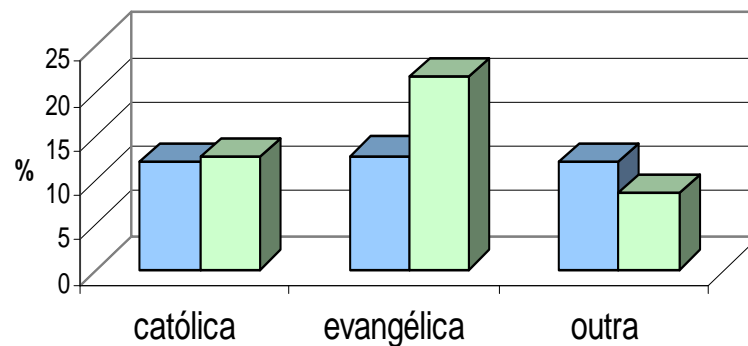


Hipertensão



Religião

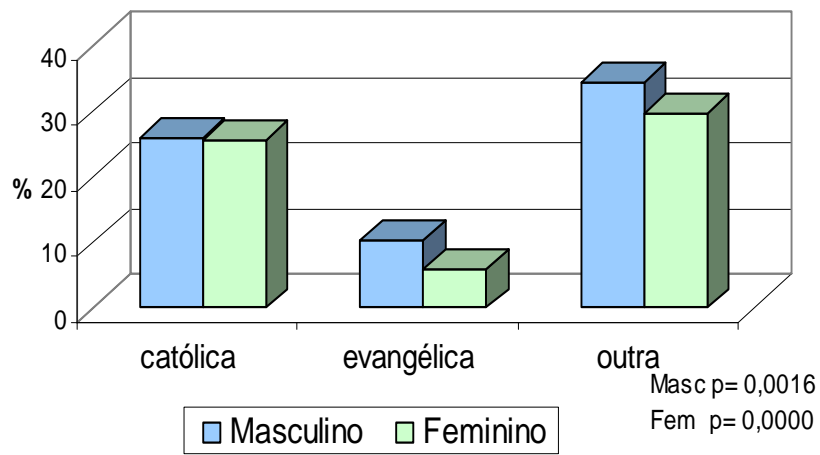
Obesidade



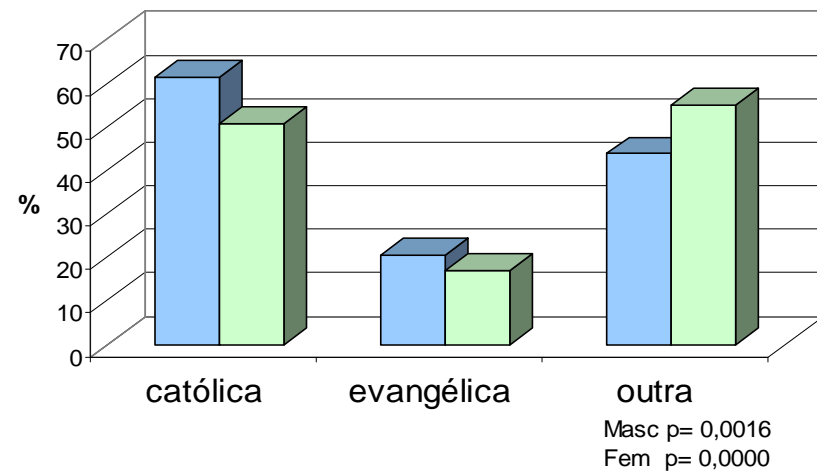
Masc p = 0,9806

Fem p = 0,0218

Prevalência de fumantes (18 anos ou mais)



Consome álcool ao menos 1 vez/semana



Medidas da magnitude das desigualdade sociais em saúde

Índices que resumizam as diferenças:

- **Diferenças relativas e absolutas (RR e RA)**
- **Índices de efeito e de impacto total**
- **Medidas cruas ou modeladas**

(15 tipos de medidas)

(Kusnt, A., 1997; Schneider et al, 2002)

Pan Am J Public Health, 12 (6) (2002) –editor: Carlos Castillo-Salgado

Desenhos de Estudos

(Borrel, 1997; Kunst, 1997)

Base Individual

**transversais e longitudinais
desenvolvimento de técnicas de
linkage**

Estudos de agregados – Ecológicos

Variáveis ecológicas ou de contexto

Desenvolvimento de métodos e linhas de investigação

Análise espacial: diferencias intra-urbanos, georeferenciamento, monitoramento das disparidades pelos serviços de saúde.

Análises de séries temporais: mais recursos para detectar diferenças nas tendências de eventos de saúde entre grupos sociais.

Abordagens de **curso da vida** (Life-course Epidemiology): Estudos longitudinais: efeitos de condições intra-útero ou na infância sobre resultados na saúde do adulto (Galobardes et al, 2004).

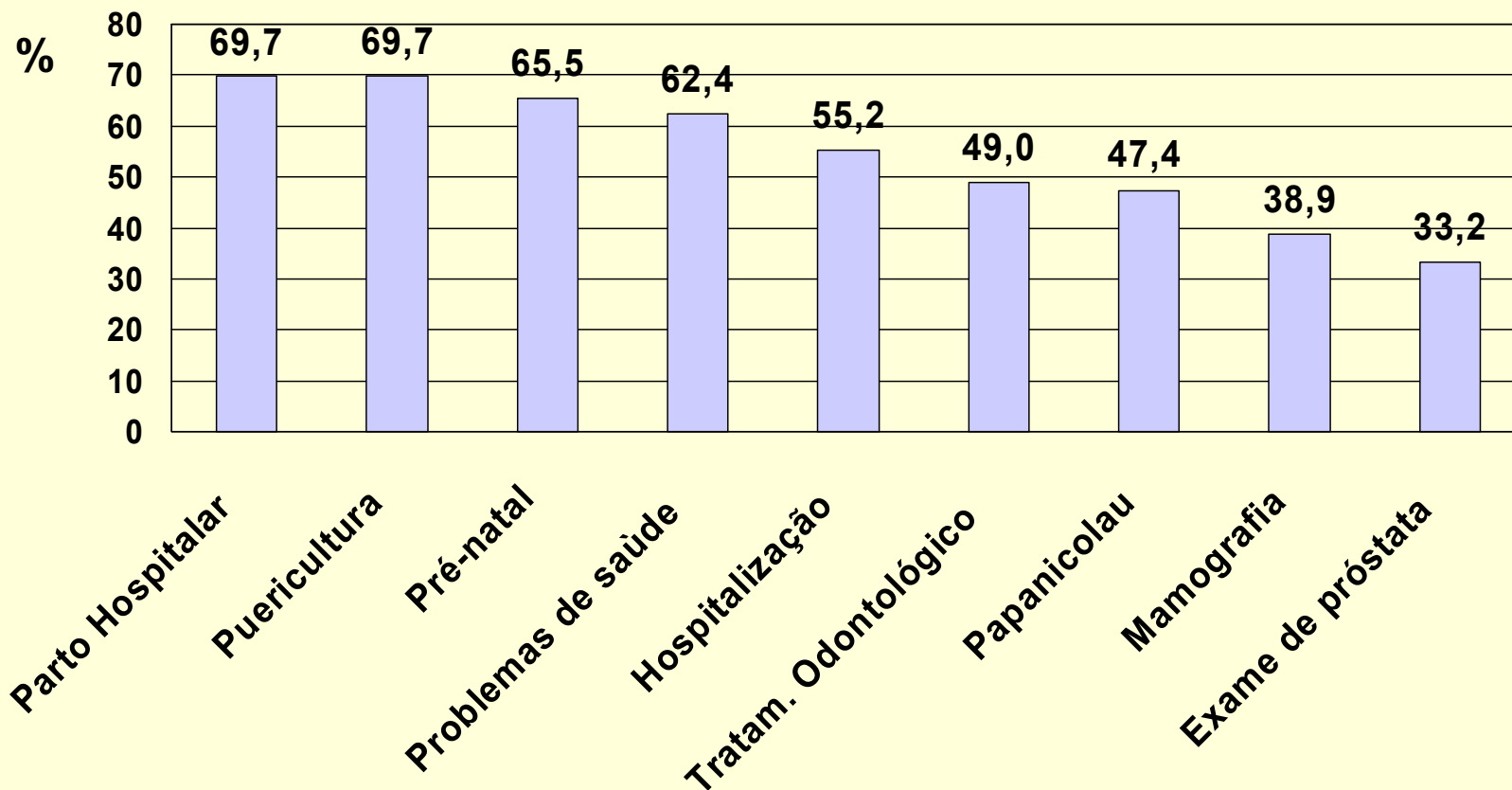
Desenhos e análise multinível

Fatores de nível de grupo, de vizinhança ou populacional: importantes para análise populacional, mas também para entender causas das doenças nos indivíduos. Diez Roux (2004): hierarquia de níveis; sistemas de múltiplos níveis de organização (da sociedade às moléculas).

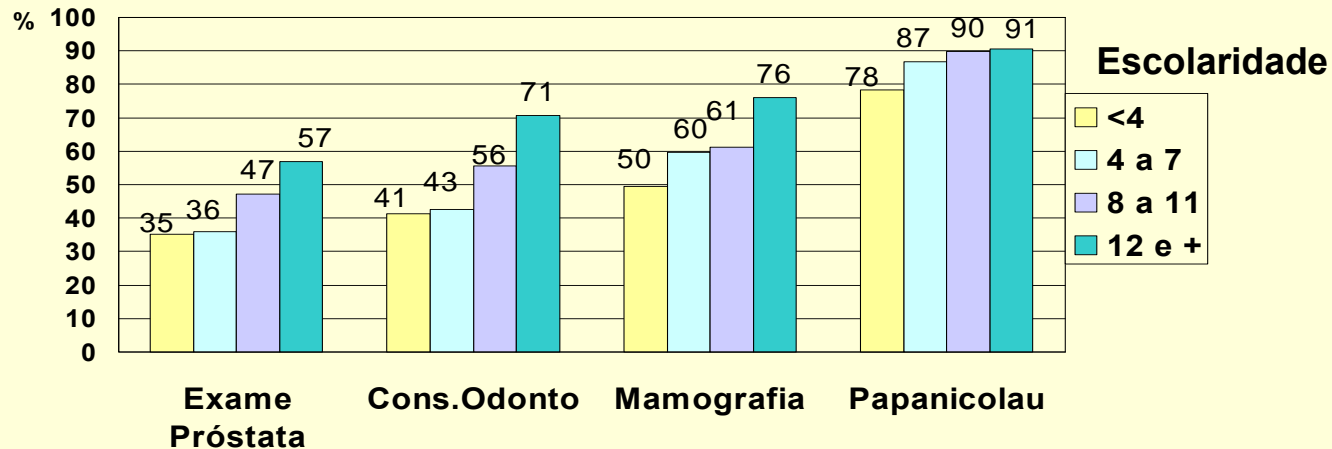
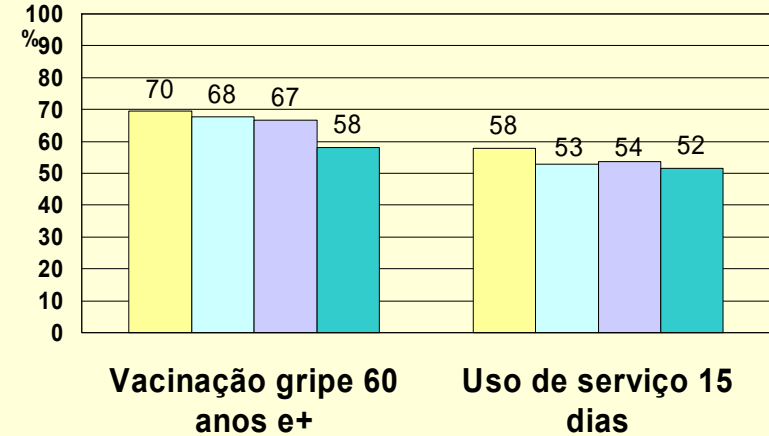
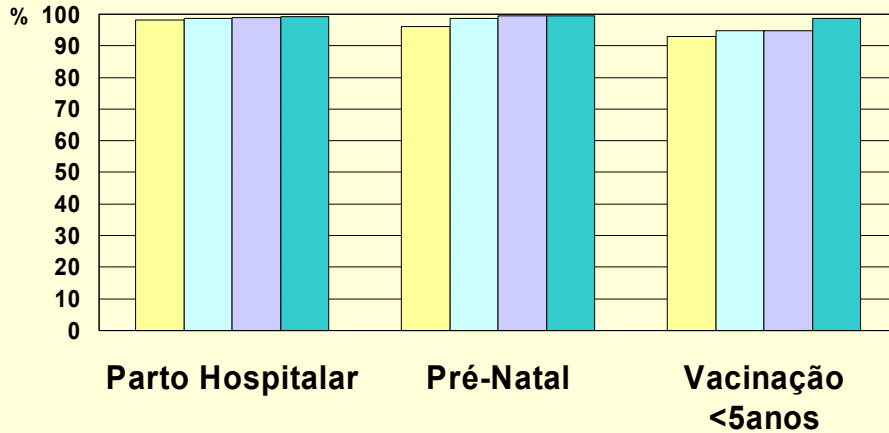
Análise do impacto da desigualdade social (do grau de concentração de riqueza) sobre a saúde. Carência relativa, exclusão, segregação, coesão social...(Subramanian & Kawachi, 2004) (Wilkinson, Kawachi, Subramanian, Linch...)

Equidade e serviços de saúde

Cobertura de ações de saúde pelo SUS. ISA-SP, 2002.



Uso de serviços de saúde segundo escolaridade do chefe de família, ISA-SP, 2002.



Condutas de hipertensos (em %) com 60 anos ou mais segundo anos de escolaridade. ISA-Campinas, 2002.

Conduta	Total	0 - 4	5 e +
Visita regularmente o médico	71,6	69,7	79,0 NS
Porque não?			
Não achou necessário	66,7	69,5	52,1
Participa de atividade de grupo de hipertenso	1,7	1,5	2,4
O que faz para controlar a HA?:			
Toma medicamento de rotina	86,7	87,6	83,0 NS
Faz dieta sem sal	22,4	23,0	20,2
Faz atividade física	7,9	4,1	22,4 S
Faz regime para perder peso	3,3	1,7	9,0 S

Zaitune et al, 2006

Cad S Pública 22(2):285-94

Fatores associados à hipertensão arterial em idosos. Campinas, ISA-SP

Naturalidade : não natural do Estado de São Paulo → OR= 1,58 (1,01-2,48)

Escolaridade: 0-4 anos de estudo

OR = 1,67 (1,09-2,57)

IMC: $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ → OR= 1,57 (1,02-2,40)

Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. Campinas, ISA-SP

- **Menor nível socioeconômico**
- **Fumantes**
- **Transtorno mental comum**
- **Sexo feminino**

Fatores associados à não realização do exame de **Papanicolaou**. Campinas, ISA-SP

Idade < 60 RP = 2,01 (1,17-3,45)

Escolaridade: 0-4 anos de estudo

RP = 2,77 (1,07-7,12)

Cor/raça: parda/preta → RP = 2,35 (1,13-4,87)

Papanicolaou **coberto pelo SUS: 43,2%** → 56,8% cobertos pelo privado

Cobertos pelo **setor privado** em Campinas: Pré-natal: **46,8%**

Parto: 41,9% (Almeida e Barros, rev Panam salud Publica, 2005)

Fatores associados ao uso da vacina contra influenza em idosos, ISA-SP

Idade ≥ 70 OR= 1,47 (1,09-1,99)

Escolaridade: ≥ 9 anos de estudo

OR = **0,64** (0,41-0,98)

Hipertensão: OR= 1,39 (1,03-1,87)

Eqüidade e atenção à saúde da gestante

Inquérito em amostra de 248 gestantes (270 sorteadas) no município de Campinas em 2002. Comparação -> renda familiar per capita (inferior e superior a 1 salário mínimo)

Intensas diferenças sociais: no estrato de menor renda predomínio de gestantes **mais jovens, pretas ou pardas, com baixa escolaridade, sem atividade econômica e morando sem companheiro e em maior proporção não planejaram a gravidez; menor número de consultas e iniciaram mais tardiamente o pré-natal.**

Apesar das grandes diferenças sociais não houve referência de maior morbidade do RN de pior NSE e as diferenças nos percentuais de BP e de prematuros não foram significantes.

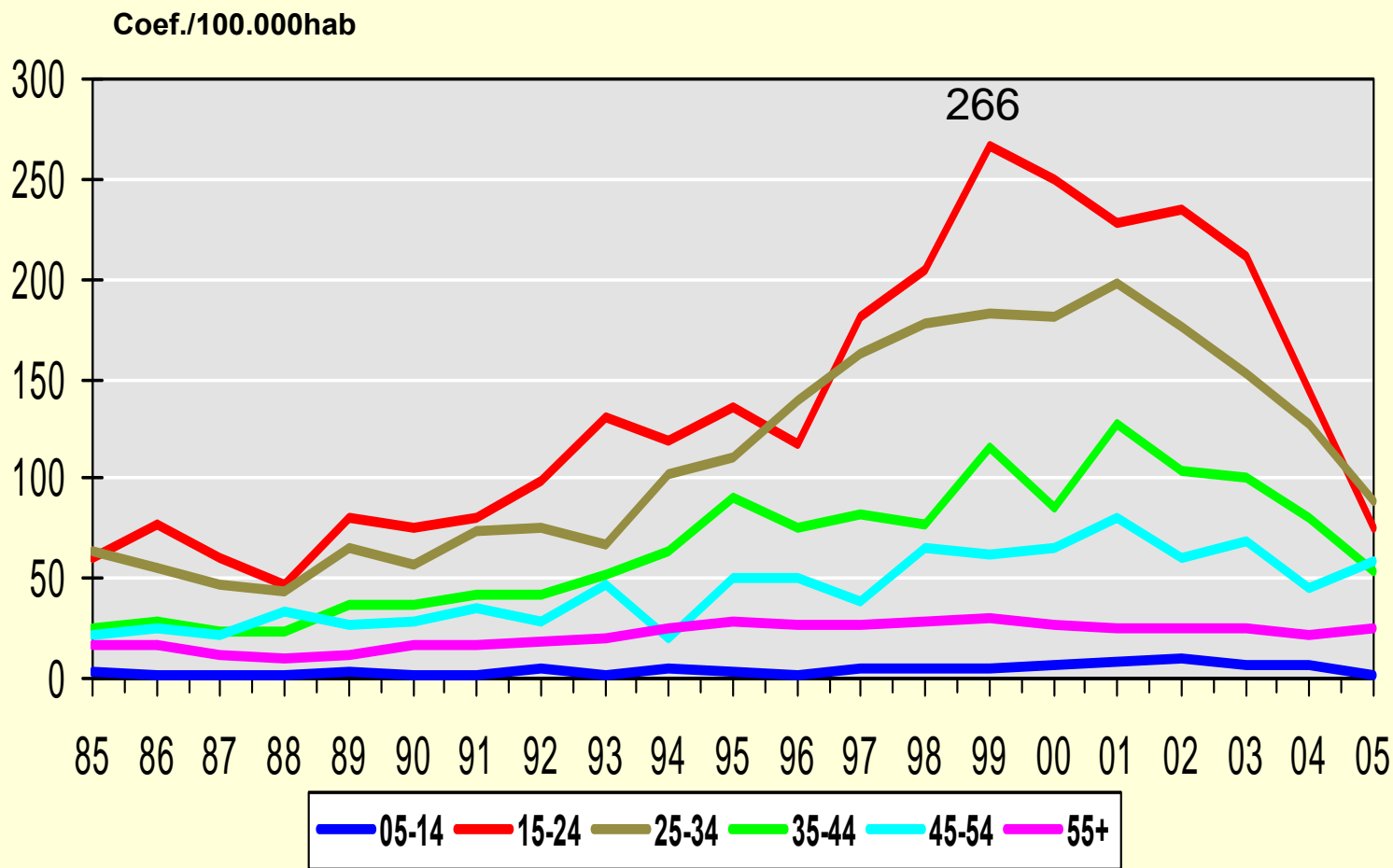
Além disso, alguns indicadores de qualidade da atenção, mostraram-se mais adequados nas gestantes de menor renda (usuárias dos serviços públicos): teste HIV, parto normal, exames de rotina e alojamento conjunto.

- A capacidade do SUS, numa rede de serviços bem organizada, de reduzir o impacto das inequidades sociais.



**As desigualdades sociais no
espaço urbano**

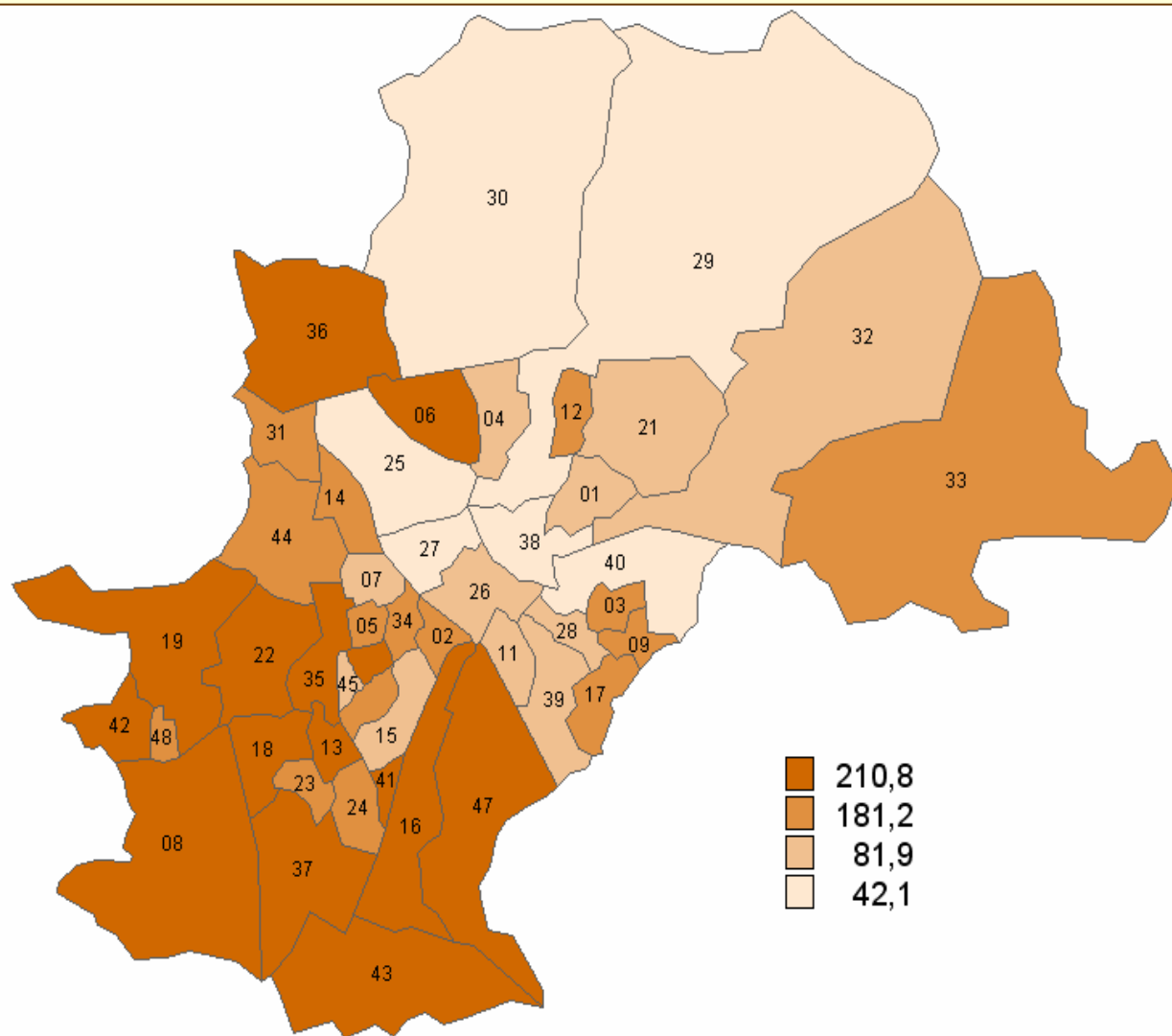
Taxas de homicídios em homens, segundo faixa etária. Campinas 1980 a 2005 .



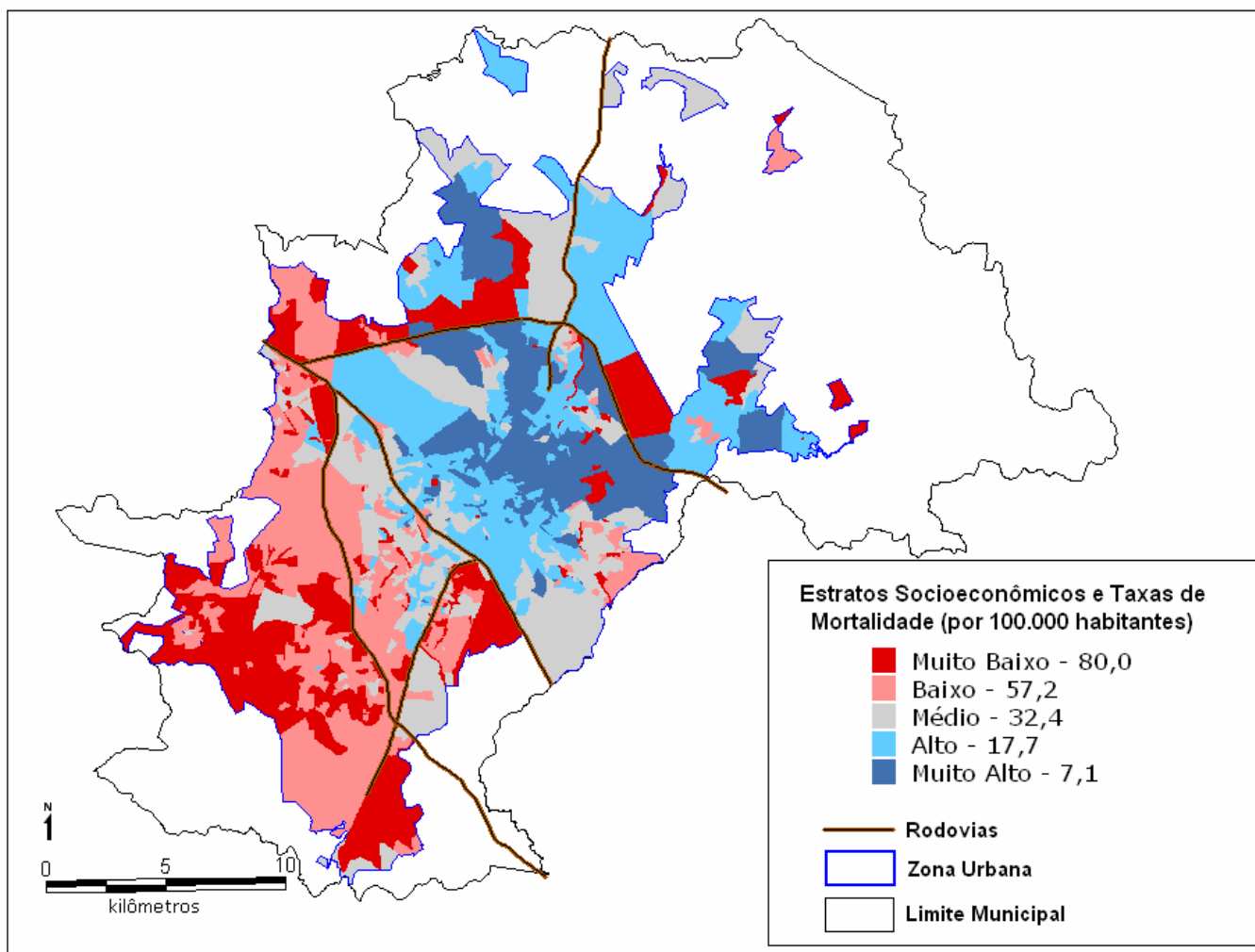
Fontes: Datasus/MS 1985–2003, SIM/SMS de Campinas 2004-2005

Figura

Taxas de Homicídios em homens de 15 a 39 anos segundo áreas de abrangência. Campinas, 2002-04.

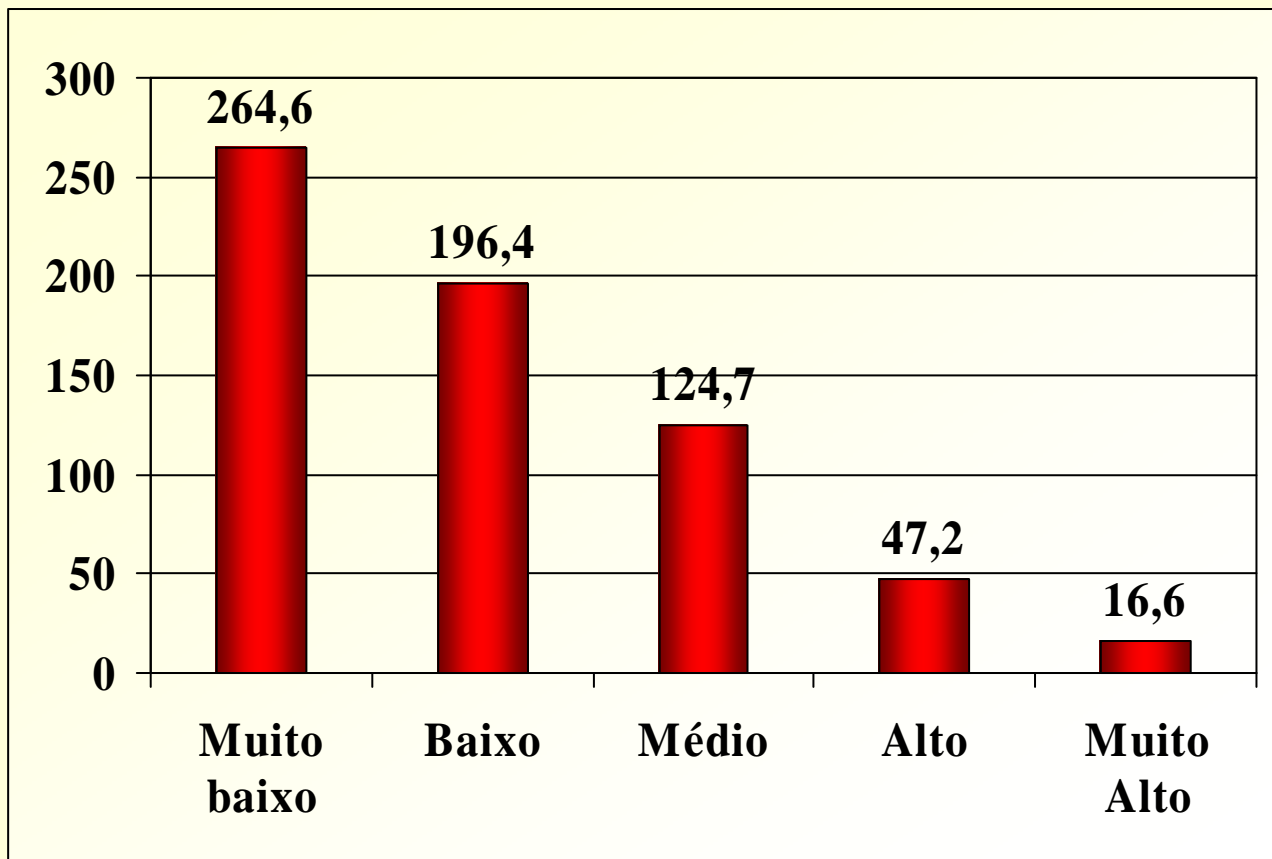


Taxas de homicídios segundo estratos socioeconômicos de setores censitários urbanos. Campinas, 2003-04.

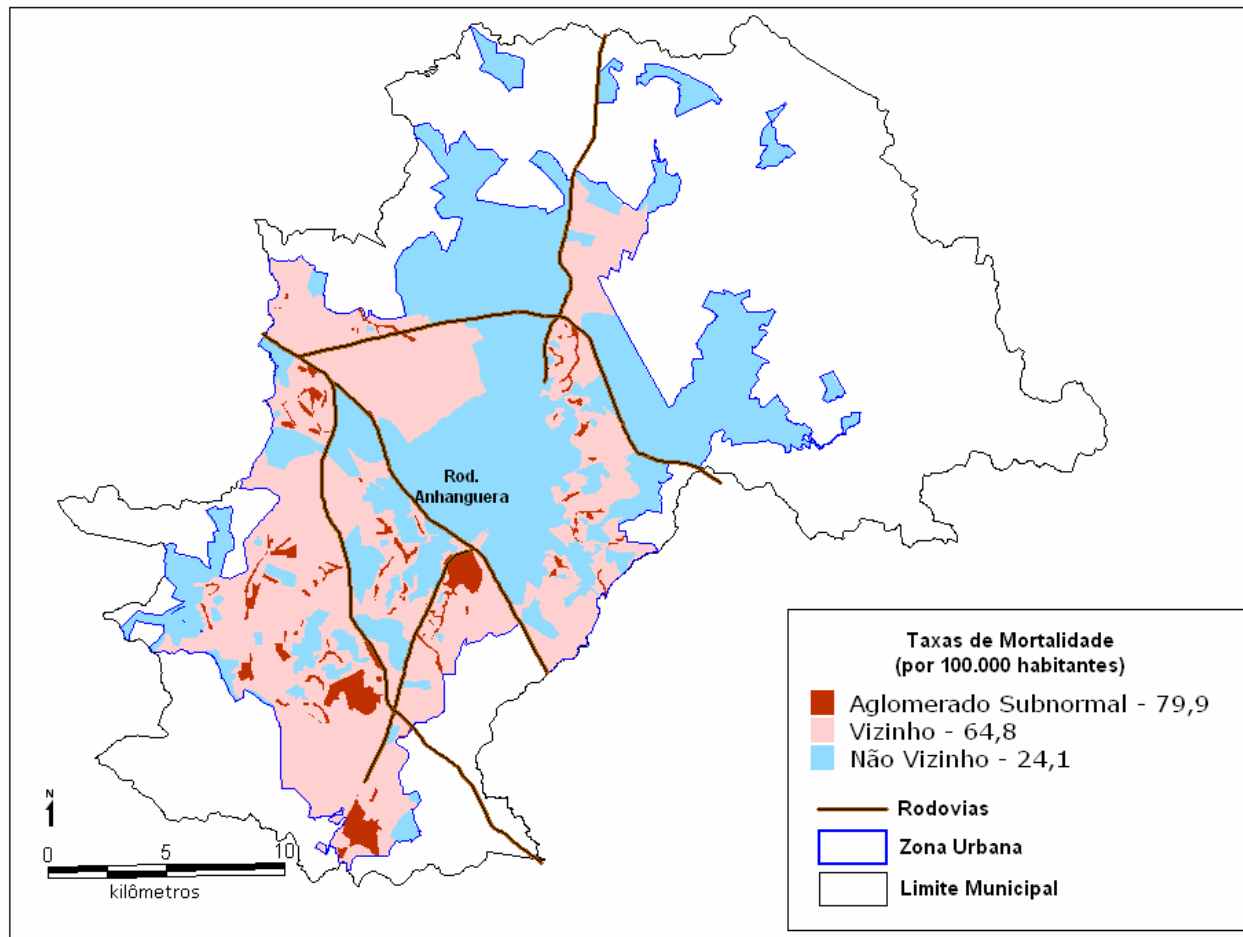


Homicídio segundo estratos SE dos setores censitários. Homens de 15 a 39 anos. (2003-2004)

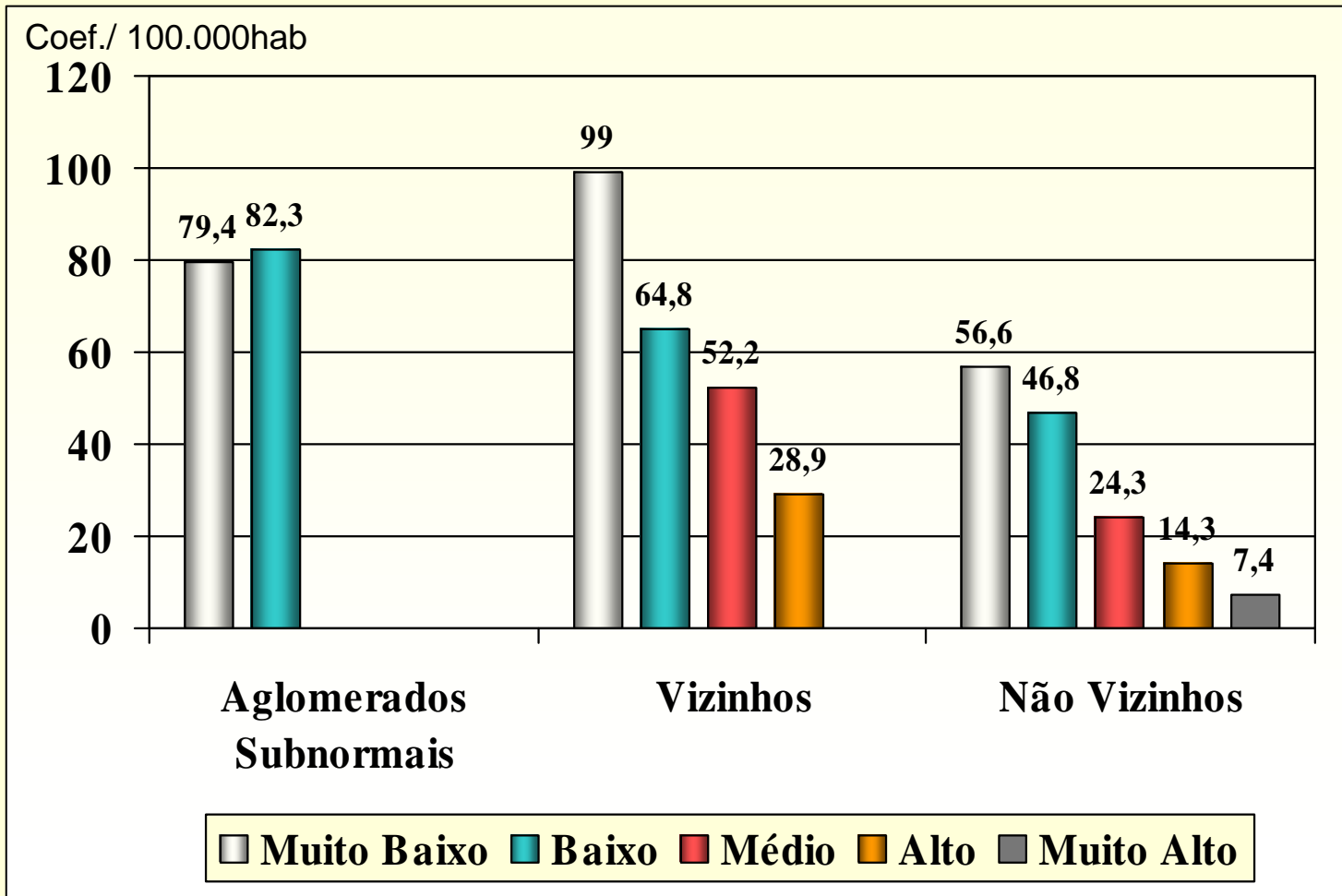
Coef./ 100.000hab



Taxas de mortalidade segundo relação de vizinhança com aglomerados subnormais de setores censitários urbanos. Campinas, 2003-04.



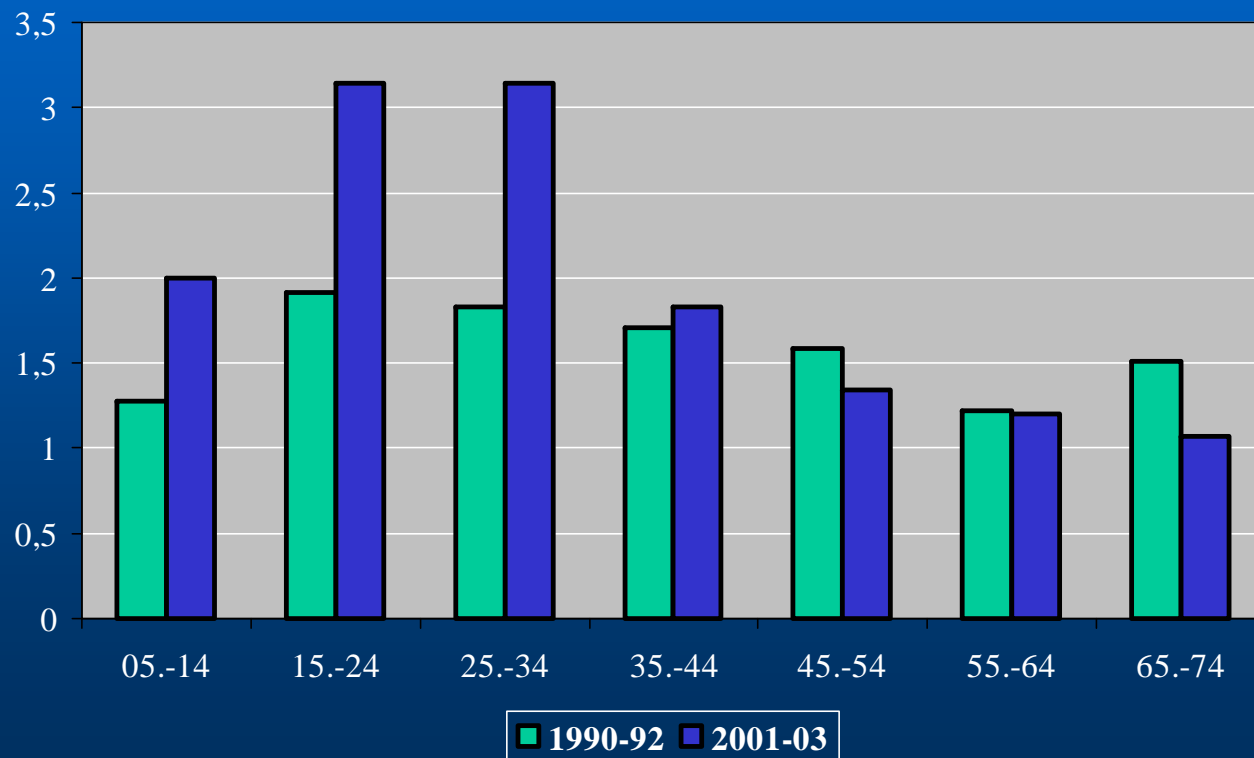
Homicídio segundo estratos SE dos setores censitários e vizinhança com aglomerados subnormais. Homens de 15 a 39 anos.



An orange oval with a black outline, tilted slightly to the right, containing the text "Monitorando as desigualdades sociais" in bold black font.

**Monitorando as
desigualdades sociais**

RAZÃO ENTRE AS TAXAS DE MORTALIDADE DO ESTRATO 4 EM RELAÇÃO AO 1, SEGUNDO IDADE NO SEXO MASCULINO. Campinas, 1990-92 e 2001-03



Razões entre taxas de mortalidade do estrato 4 em relação ao estrato 1 segundo causas de óbito. Campinas, 1991-94 e 2001-03

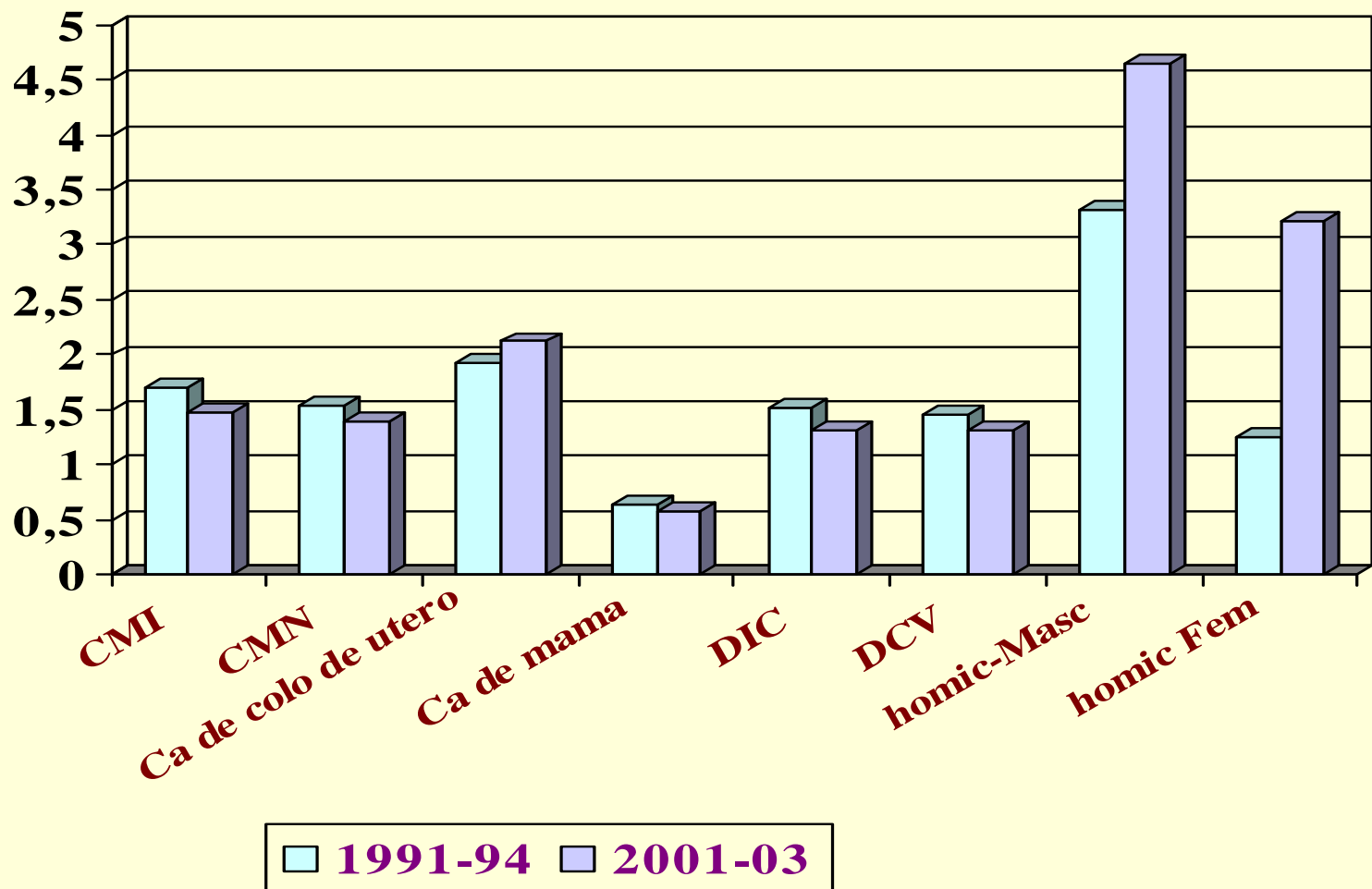
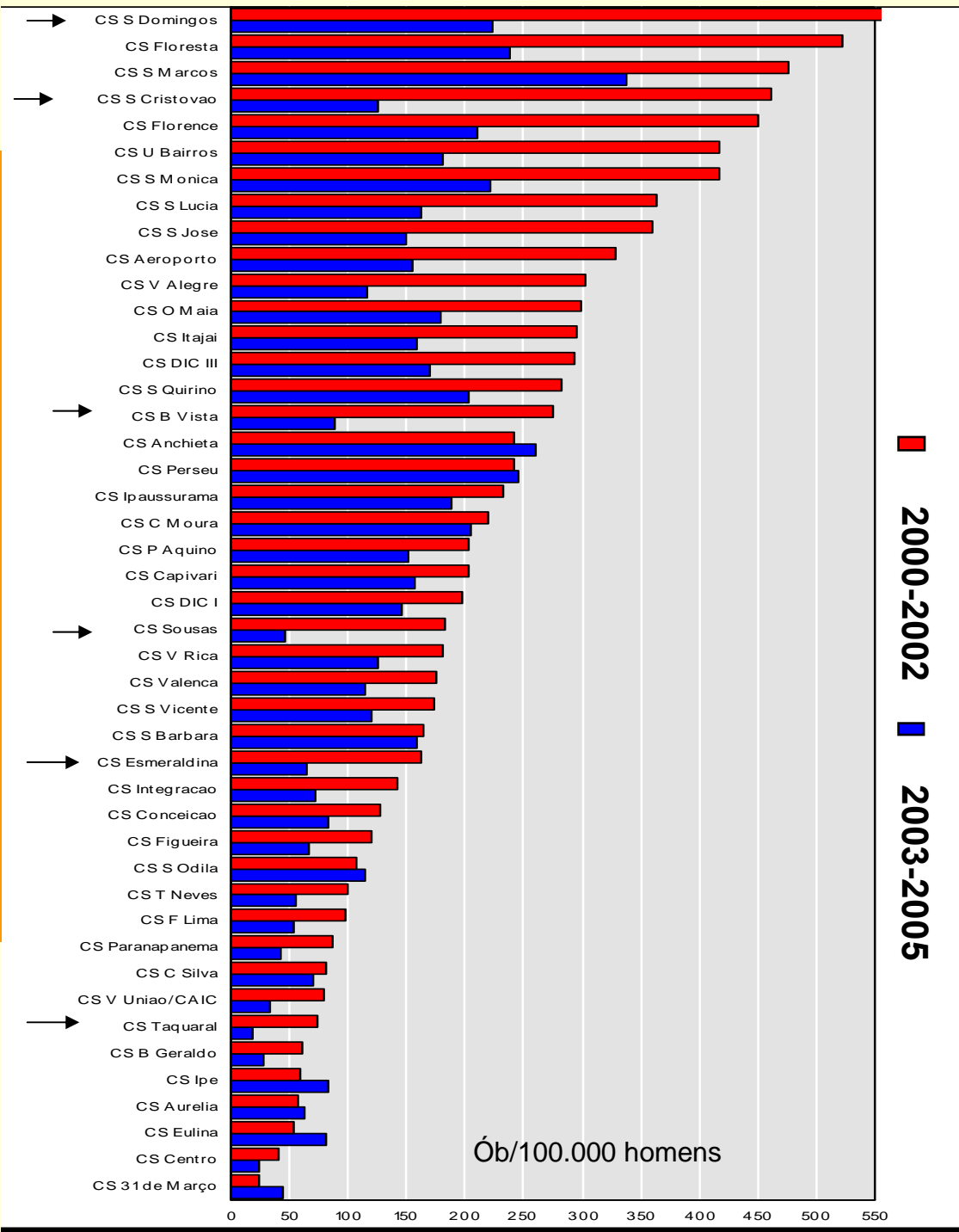


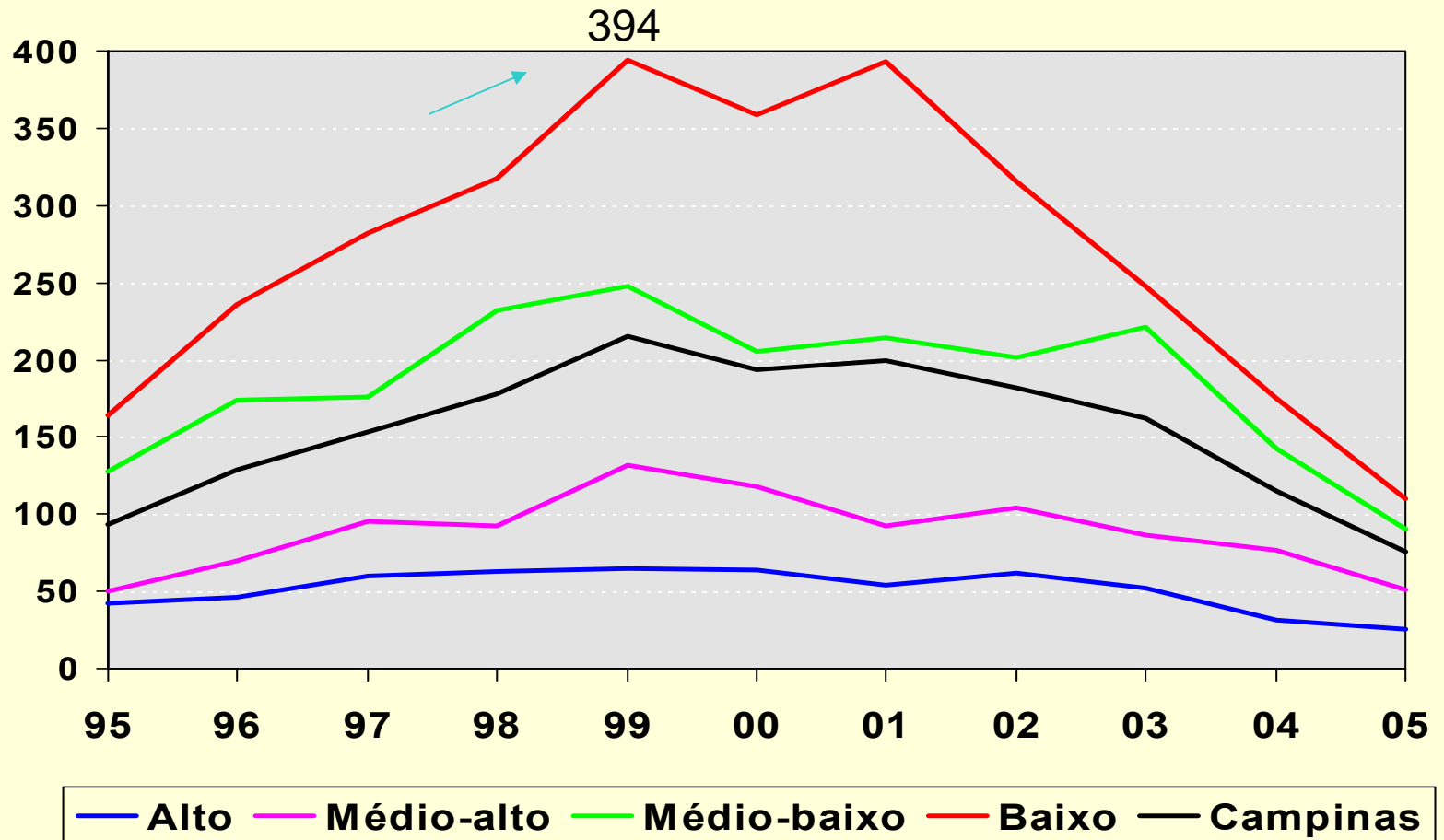
Figura 8

Coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 39 anos, segundo área de abrangência dos Centros de Saúde. Campinas, 2000-2002 e 2003-2005.



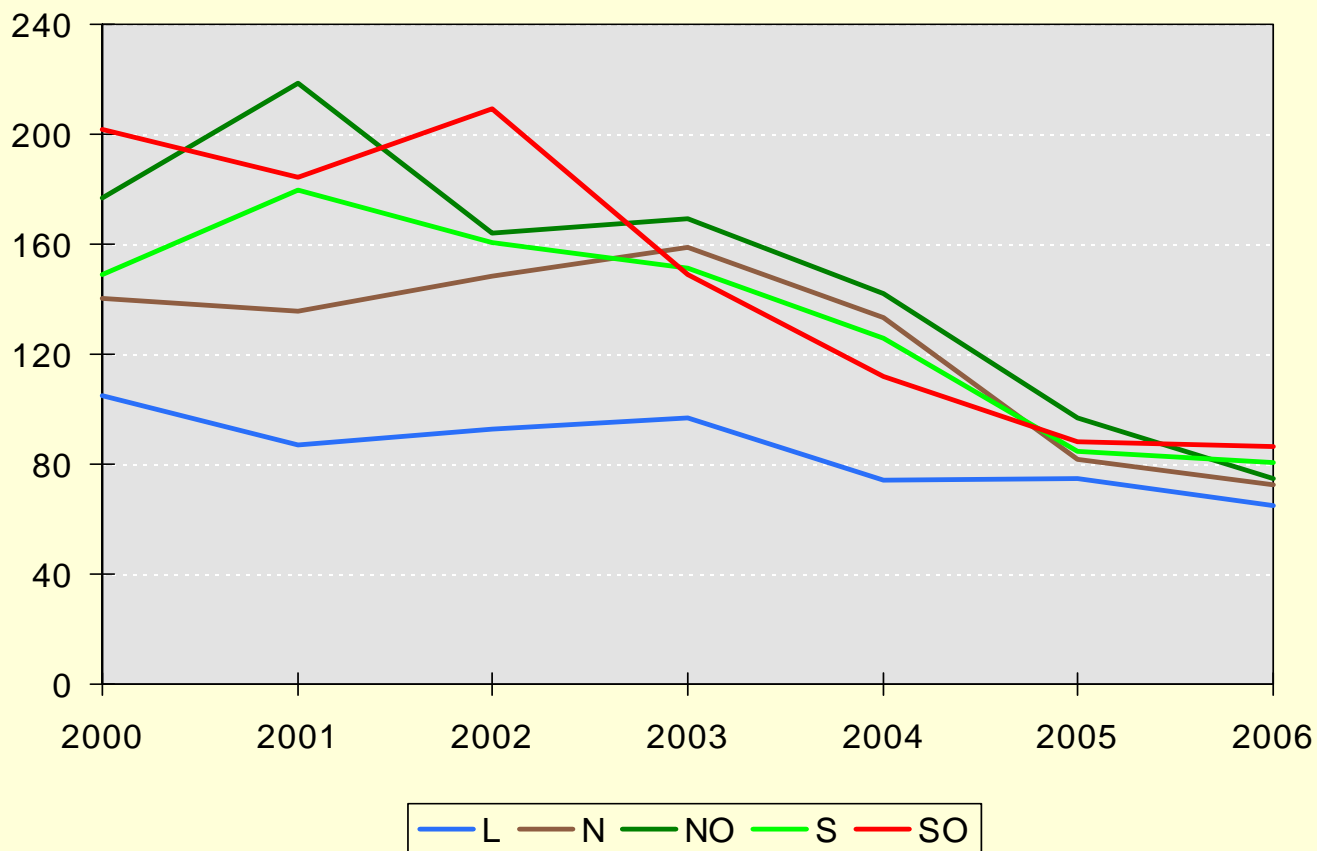
Nota: Excluídas as áreas de J. Egídeo e Itatinga pela reduzida população. Na área do CS Itatinga ocorreram 5 e 9 óbitos nos períodos em estudo.

Taxas de homicídios em homens de 15 a 39 anos, segundo estratos socioeconômicos. Campinas, 1995 a 2005.



Fontes: Datasus/MS 1995–1999, SIM/SMS de Campinas 2000-2005

Figura 6 – Coeficientes de mortalidade (/100.000hab) por Causa Externa do sexo masculino segundo Distritos de Saúde, Campinas, 2000-2006.





FIM !