

Informações para o monitoramento das desigualdades sociais e sanitárias*

Álvaro Escrivão Junior**

Moisés Goldbaum***

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Sobre iniquidade; 3. Estudos sobre iniquidade; 4. Desafios metodológicos; 5. Classes e estratos sociais; 6. Operacionalização de estudos sobre iniquidade na saúde; 7. Sobre a mensuração da saúde; 8. Indicadores sociais, demográficos e econômicos relacionados à saúde; 9. Carga global da doença e outros indicadores compostos; 10. O monitoramento das desigualdades da saúde.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. On inequality; 3. Inequality studies; 4. Methodological challenges; 5. Social classes and strata; 6. Implementing health inequality studies; 7. On health measurements; 8. Health-related social, economic and demographic indicators; 9. Global burden of disease and other compound indicators; 10. Monitoring health inequalities.

PALAVRAS-CHAVE: iniquidade na saúde; equidade; análise da situação da saúde; desigualdades sociais e de saúde.

KEY WORDS: inequality in health; equity; analysis of the situation of health; social and health inequalities.

Este artigo analisa os avanços metodológicos e os desafios para a produção e a disseminação de informações sobre a situação de saúde e seus determinantes nos distintos grupos sociais, com ênfase nos métodos e indicadores mais adequados para o monitoramento das desigualdades sociais e de saúde.

Information for monitoring social and health inequalities

This article analyzes the methodological advances and the challenges for the production and diffusion of inquiries about the situation of health and their determinants in the different social groups, with emphasis in the more appropriate indicative methods to monitor social and health inequalities.

* Artigo especialmente produzido para este número da *RAP*, recebido em fev. 2003.

** Médico, professor doutor da Eaesp/FGV e ex-coordenador da CEInfo — SMS/SP. E-mail: AEscrivao@fgvsp.br

*** Médico, professor doutor e chefe do Departamento de Medicina Preventiva — FM/USP. E-mail: mgoldbau@usp.br.

1. Introdução

As reformas do setor da saúde verificadas em muitos países têm procurado promover a distribuição eqüitativa de saúde. Pesquisas conduzidas em diferentes populações apontam para a existência de uma desigualdade na saúde favorável aos grupos sociais mais privilegiados. O Brasil se situa entre os países com maior nível de iniquidade, tanto nas condições de saúde da população quanto no acesso à atenção à saúde de boa qualidade, favorecendo os grupos de alta renda (Noronha, 2001). Sabe-se, também, que o nível de saúde dos grupos sociais de menor renda é mais dependente de fatores externos ao setor da saúde, enquanto os grupos de maior renda têm nos avanços tecnológicos da assistência médica um determinante fundamental para a melhoria da saúde e do bem-estar (Musgrove, 1996).

A implantação de políticas públicas intersetoriais visando reduzir as desigualdades sociais, melhorar a qualidade de vida e garantir a assistência à saúde para o conjunto da população exige o equacionamento da relação público/privado no setor da saúde brasileiro. Estudos têm apontado para a importância da análise dessa relação no sentido de conhecer o montante dos gastos aplicados nas áreas sociais pelo setor público e avaliar a eficiência e a eqüidade da aplicação desses recursos (Sousa, 1998).

Entre as responsabilidades primordiais do poder público incluem-se a produção e a disseminação de informações sobre a situação da saúde e seus determinantes nos distintos grupos sociais. Mais que a discussão conceitual sobre o significado da iniquidade na saúde, realizada por diversos autores (Scorel, 2003), considera-se essencial elaborar métodos e técnicas visando tornar disponíveis diretrizes, parâmetros e estratégias das políticas públicas que operacionalizem igualdade e eqüidade no cotidiano dos cidadãos.

A informação sobre a saúde das populações merece, desde a mais remota história da humanidade, análises e interpretações buscando, dentro da perspectiva epidemiológica, num primeiro plano identificar a distribuição das doenças nos grupos sociais e, num segundo plano, explicar e compreender os determinantes dessa distribuição. Desde os trabalhos precursores da Estatística Vital, cujo nascimento credita-se a John Graunt, em 1662, muitas descrições foram feitas procurando retratar a saúde das populações com base nos dados de mortalidade. A partir do século XVIII já se registra a preocupação com o monitoramento das desigualdades sociais e de saúde na França (Rosen, 1994).

No século XIX, intensificaram-se as publicações de trabalhos que, utilizando as informações de morbidade e mortalidade, procuravam compreender a distribuição das doenças, tanto sob a perspectiva epidemiológica quanto sociológica. Mais recentemente, em decorrência do progresso técnico-científico e das novas necessidades geradas pelo desenvolvimento econômico e social, essas análises passaram a incorporar, com maiores especificidade e objetividade,

as indagações referentes às desigualdades observadas na distribuição das doenças.

Nas últimas décadas, a preocupação com essas desigualdades enquanto expressão da iniquidade social vem despertando de modo mais acentuado o interesse dos profissionais de diferentes setores sociais, em particular da saúde, gerando um conjunto expressivo de trabalhos e alternativas de explicação sobre as mesmas. Embora se encontre bem estabelecido na literatura que a posição social das pessoas prediz sua qualidade de vida, sua saúde e a longevidade, observa-se atualmente o crescimento de estudos mais sofisticados procurando entender os caminhos por meio dos quais renda, riqueza, educação, ocupação e outros padrões do *rank* social influenciam a situação de saúde e a mortalidade (Mechanic, 2002).

A melhora na disponibilidade de dados e indicadores razoavelmente padronizados para mais de 50 países permite, atualmente, comparar tanto a saúde das populações como as políticas públicas implementadas nessas regiões. Diversas questões têm sido analisadas pelos pesquisadores, destacando-se entre elas o impacto do declínio da mortalidade, verificado na maioria dos países, para a prevalência de problemas de saúde nas populações. Em outros termos: *“is longer life expectancy associated with a rise in the prevalence of frailty in older populations, or does longer life expectancy coincide with a reduction in morbidity and disability?”* (Cambois et al., 2001).

O objetivo do presente artigo é promover uma reflexão crítica sobre as tendências observadas nas publicações e apontar a direção que estão seguindo os estudos mais recentes.

2. Sobre iniquidade

A equidade, definida pela XXI Conferência Sanitária Pan-americana como “a participação justa nos recursos disponíveis em um momento dado, em uma sociedade”, é um conceito composto por muitas dimensões. As noções de “desigualdades naturais”, decorrentes da diversidade biológica da espécie humana — expressas por diferenças entre gênero, raça e idade — e as de “desigualdades sociais” — determinadas pela estrutura social em que se inserem os indivíduos — têm apenas um caráter descritivo, diversamente do conceito de “iniquidade”, que tem uma dimensão moral e ética, podendo ser enunciado como uma manifestação mensurável da injustiça social ou das heterogêneas condições de existência e acesso aos bens e serviços, inclusive os de saúde (Castellanos, 1997; Escorel, 2003).

Nos marcos dos princípios da equidade, os indivíduos com igual necessidade devem ser tratados da mesma forma (equidade horizontal), enquanto aqueles com necessidades diferentes devem receber tratamentos diferencia-

dos (equidade vertical). De acordo com esses princípios, por exemplo, os bens e serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados com a saúde de cada indivíduo, independentemente de suas características socioeconômicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Swedish International Development Agency (Sida), a partir da constatação do aumento das desigualdades tanto nos países em desenvolvimento como nos industrializados, vêm estimulando a utilização de indicadores de fácil construção, simples interpretação e úteis para a identificação de perfis de problemas prioritários de saúde, com ênfase na revelação das diferentes formas de manifestação da iniquidade em cada país, ou seja, das características que ela assume em diferentes grupos populacionais e áreas geográficas, visando orientar as políticas, o planejamento e a gestão de saúde e bem-estar e avaliar seus impactos (WHO, 1996; Opas, 1997).

Os pesquisadores brasileiros têm manifestado sua preocupação com o desaparecimento do tema “equidade” nos documentos institucionais e enfatizado a importância de aprimorar as metodologias dos estudos de situação de saúde, bem como a “tradução” dos conhecimentos por eles produzidos para a sociedade, ampliando o uso político dos seus resultados (Abrasco, 1998; Goldbaum, 1997).

3. Estudos sobre iniquidade

O estudo de Black (1982), publicado no início da década de 1980 — uma das mais reconhecidas pesquisas sobre situação de saúde e utilização de serviços de saúde —, apresenta o padrão da iniquidade na Inglaterra segundo gênero, raça, classe ocupacional e região.

A atualização do “Black Report”, realizada em 1992, demonstrou que, uma década depois, permaneciam diferenças significativas na mortalidade por câncer de pulmão e doença coronariana, com riscos maiores para os trabalhadores manuais. As únicas causas de mortalidade com taxas maiores para os grupos de melhor nível socioeconômico foram melanoma, para ambos os sexos, e leucemia linfóide crônica, cânceres de mama e de cérebro, para as mulheres (Whitehead, 1992). Além disso, a tendência histórica destas taxas indicava um aumento da desigualdade entre as classes sociais.

Dados mais recentes mostraram que os ingleses pertencentes aos grupos sociais mais favorecidos continuam a viver mais e melhor que os integrantes dos grupos de menor nível socioeconômico. Constata-se, por exemplo, que a frequência de doenças crônicas limitantes na faixa etária de 45 a 64 anos é duas vezes maior para as classes sociais com menor nível de instrução e que os homens de 65 anos, pertencentes ao “grupo gerencial”, têm 2,6 anos a mais de

expectativa de vida que aqueles do “grupo de trabalhadores manuais” (United Kingdom, 1999).

Os estudos sobre iniquidade não identificam uma clara linha divisória abaixo da qual grupos com baixo *status* socioeconômico têm uma saúde pior (Marmot, 1998), mas mostram padrões diferentes de distribuição de doenças resultantes de distintas combinações entre pobreza e riqueza, estilos de vida e utilização de tecnologia médica, que “se movem em diferentes direções” e sugerem uma tendência de aumento nos diferenciais de mortalidade entre os países (Illsley, 1990).

Segundo Power (1998), em geral as pesquisas têm explorado as quatro principais explicações apresentadas no estudo de Black: artefato, seleção, estilo de vida e circunstâncias materiais. Em seu conjunto, os estudos enfatizam a distribuição, a acessibilidade e a qualidade do cuidado médico; os fatores perinatais; os fatores psicossociais; a coesão social; e analisam as variações quanto ao sexo e o estágio da vida para as distintas causas de mortalidade e morbidade.

Revisão da literatura internacional realizada por Cambois e outros (2001) sugere que a desigualdade quanto aos anos de vida saudável entre os diversos grupos sociais estudados é maior do que em relação à expectativa de vida. Ou seja, os grupos sociais mais favorecidos têm uma maior expectativa de vida que os mais pobres, constatando-se uma diferença ainda maior quando se compara a média dos anos de vida sem doença nos distintos grupos sociais.

Esse estudo mostrou, também, a escassez de evidências empíricas sobre a relação entre morbidade e mortalidade, não havendo obrigatoriamente semelhanças nas suas tendências na população, o que decorre principalmente das diferenças nas principais causas de óbito e de doença. Um outro aspecto a considerar nessa comparação refere-se à relação entre a morbidade atual e a futura mortalidade, indicando a importância do desenvolvimento de técnicas simples e integradas de análise de dados de diversas fontes como um recurso para o monitoramento dessas condições e dos determinantes a elas relacionados.

Estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo, comparando a morbidade e a mortalidade em uma mesma população, mostrou que doenças dos aparelhos respiratório, digestivo e do sistema osteomuscular/tecido conjuntivo foram as mais referidas como causas de morbidade, enquanto as doenças do aparelho circulatório, lesões/envenenamentos e neoplasmas foram as mais frequentes causas de mortalidade. No grupo de homens com 50 anos e mais observa-se uma interessante ilustração da importância de se combinar os estudos de morbidade e mortalidade: a hipertensão arterial, que é a terceira colocada no *ranking* da morbidade, está ausente entre as principais causas de mortalidade, sendo essa doença, no entanto, um fator de risco para a doença isquêmica do coração, que, por sua vez, ocupa a primeira posição no *ranking* da mortalidade (Escrivão Jr., 1999).

Por outro lado, análises de séries históricas de mortalidade sugerem que a preservação das diferenças entre os grupos socioeconômicos deve-se aos progressos mais lentos na expectativa de vida dos mais pobres em comparação com os grupos mais favorecidos. Considerando que as mudanças históricas na morbidade devem obedecer ao mesmo padrão da mortalidade, Cambois e outros (2001) chamam a atenção para a necessidade do enfrentamento das desigualdades na população jovem, o que poderia evitar uma manutenção do *gap* na expectativa de saúde futuramente.

4. Desafios metodológicos

Illsley (1990) revisou as fontes e metodologias utilizadas nos estudos sobre iniquidade de saúde nos diversos países da Europa, constatando uma imensa diversidade entre elas com resultados frequentemente conflitantes, refletindo as diferenças culturais entre os países e as diversas técnicas escolhidas para a elaboração dos questionários e das entrevistas. Nesses estudos, os grupos sociais foram definidos a partir de idade, sexo, ocupação, educação, região e local de residência, estado marital e grupo étnico. Um dos principais problemas para a comparação dos dados entre os países decorre do fato de que as fontes são mais confiáveis nas áreas mais desenvolvidas, refletindo o grau de desenvolvimento econômico e político. Além disso, muitos desses estudos utilizam dados de ocupação no momento da morte, desconsiderando a mobilidade social. Os pesquisadores relataram a dificuldade ou a impossibilidade de medir taxas gerais de morbidade e a sua distribuição nos grupos sociais. Em que pese aos problemas de comparabilidade e qualidade das fontes, os trabalhos foram capazes de documentar importantes diferenças entre as áreas estudadas.

Estudo sobre a morbidade referida, em 11 países da Europa ocidental, mostrou que os problemas de precisão e comparabilidade dos dados internacionais ainda provocavam uma grande margem de incerteza na estimativa da iniquidade em saúde, sendo possível, por exemplo, afirmar que não necessariamente seu grau seja menor nos países com políticas sociais mais igualitárias, tais como os Países Baixos e escandinavos. Os resultados desse estudo indicaram que a Suécia, a Noruega e a Dinamarca apresentaram os maiores valores para a iniquidade, sendo que a Espanha, a Suíça e a Alemanha ocidental tiveram índices menores, situando-se a Finlândia, a Grã-Bretanha, a França e a Itália em posição intermediária (Cavelaars et al., 1998).

Pesquisa realizada nas áreas metropolitanas dos EUA,¹ analisando a relação entre iniquidade de renda e mortalidade, mostrou um excesso de 139,8 ób-

¹ As populações das 283 áreas metropolitanas americanas variam de 56.735 habitantes em Enid — Okla, a 18.087.251 em Nova York, com uma população média de 242.622 habitantes.

itos por 100 mil habitantes nas áreas com maior iniquidade e menor renda média, quando comparadas com as áreas que apresentavam maior renda média e menores taxas de iniquidade. O excesso de mortalidade, calculado como a diferença entre as taxas de mortalidade dos quartis com a maior e com a menor renda, foi considerado um instrumento adequado para avaliar a importância das desigualdades de renda para a saúde da população, e “indica a carga absoluta de doença associada a diferenças na desigualdade de renda” (Lynch et al., 1998). Os resultados indicam, portanto, que além da conhecida relação entre quantidade absoluta da renda e condições de saúde das populações, também a disparidade na distribuição da riqueza constitui importante determinante. Em outros termos, “se posição relativa na distribuição de renda é um importante determinante da saúde, então é possível que sociedades mais equânimes possam experimentar melhores níveis de saúde que aquelas onde exista um grande *gap* entre os ricos e os pobres”.

Kawachi (1997) realizou um estudo transversal ecológico testando a relação entre a mortalidade total nos 50 estados americanos e seis diferentes indicadores de desigualdade na renda: índice de Gini razão de decil; proporção do total de renda auferido em 50, 60, 70% dos domicílios com menor renda; índice de Robin Hood; índice de Atkison e medida entrópica de Theil, demonstrando que todas eram correlacionadas entre si e fortemente associadas à mortalidade, mesmo após ajustamento por outras variáveis potencialmente causadoras de confusão. O estudo concluiu, então, que a escolha da medida da desigualdade de renda não parece alterar os resultados, mostrando sua associação com a mortalidade.

Power e outros (1998) estudaram uma coorte de 17.414 nascimentos ocorridos no período de 3 a 9 de março de 1958, correspondendo a 98% do total de crianças nascidas na Inglaterra, Gales e Escócia naquele período, analisando a tendência dos níveis de saúde em um período de 33 anos e relacionando-os com as “condições psicossociais ligadas ao trabalho” (satisfação, controle do ritmo, estabilidade e outras características do trabalho) e as “circunstâncias materiais” de vida (casa própria, poupança). As desigualdades de saúde encontradas nessa coorte não foram explicadas por nenhum fator isoladamente, mas alguns deles mostraram maior impacto: a qualificação educacional, a classe social e as características psicossociais relacionadas ao trabalho.

Fuhrer (2002) estudou a relação entre posição socioeconômica, nível de saúde e possíveis fatores de risco em duas amostras comparáveis de funcionários públicos da Inglaterra e da França, encontrando resultados semelhantes quanto à distribuição dos valores das medidas de saúde segundo o gradiente social nos dois grupos estudados. Por outro lado, essa similaridade na distribuição da saúde contrasta com as importantes diferenças verificadas entre os trabalhadores ingleses e franceses quanto a itens como exposição ao tabagismo, ingestão de álcool e consumo de frutas e vegetais. Os resultados poderiam sugerir uma pequena influência desses fatores para explicar as diferenças no

gradiente social da morbidade, ao contrário dos fatores ambientais na primeira infância e das características psicossociais do trabalho nos adultos, que mostraram maior força explicativa para o gradiente de saúde.

Esses resultados ilustram as dificuldades metodológicas para comparar populações com diferentes perfis culturais e epidemiológicos e atestam a necessidade de aprimoramento dos desenhos de pesquisa, explorando-se, por exemplo, as doenças específicas que contribuem para o gradiente social em cada área geográfica. Wilkinson e Marmot (2000) ressaltam a complexidade das pesquisas sobre fatores de risco e doenças específicas, lembrando que mais da metade da carga da doença não é explicada por fatores de risco identificados individualmente, sendo necessário atentar para a distinção entre a mensuração dos riscos individuais e a dos populacionais. Existem características da comunidade, considerada como um todo, que mostram grandes diferenças entre regiões, gêneros, classes sociais e grupos de renda, como no caso da prevalência de doenças mentais.

Um exemplo dessa questão metodológica é a evidência produzida por estudos individualizados sobre a relação inversamente causal entre o consumo moderado de álcool e a doença coronariana (Mukamal et al., 2003), o que poderia sugerir a adequação de se recomendar a prática de “beber para relaxar”. No entanto, Marmot (1998) alerta que o aumento no consumo individual de álcool, mesmo que moderado, eleva o risco para outras doenças e está também associado ao aumento da prevalência de bebedores pesados na comunidade e, conseqüentemente, ao aumento na frequência de doenças e agravos associados ao consumo intenso.

A partir da análise de dados do censo e de inquéritos nacionais, Lee e Cublin (2002) estudaram o comportamento dos jovens americanos, procurando compreender os mecanismos pelos quais as desvantagens sociais, tanto no nível individual quanto no comunitário, influenciam a exposição aos fatores de risco para a doença cardiovascular. Os resultados mostraram que os residentes em áreas socialmente desorganizadas estavam mais expostos a dietas inadequadas, inatividade física e tabagismo. A dieta alimentar inadequada dos jovens, por exemplo, poderia ser explicada pela dificuldade em adquirir frutas e vegetais (falta de supermercados e problemas de transporte urbano nas áreas mais carentes) e no menor controle familiar dos jovens naquelas áreas.

Pesquisas que exploram as relações entre o comportamento humano e o ambiente social permitem conhecer melhor por que comportamentos reconhecidamente nocivos à saúde, como o tabagismo, persistem. O uso de abordagens espaciais para estudar o ambiente social, além de possibilitar um melhor entendimento da sua influência sobre os problemas de saúde, permite orientar políticas públicas para reduzir as desigualdades na exposição a fatores de risco.

O interessante estudo realizado em Roseto, uma pequena comunidade ítalo-americana no sudeste da Pensilvânia, revelou a influência da denominada “coesão social” sobre as condições de saúde da população, mostrando que

essa cidade tinha taxas de mortalidade substancialmente menores que as cidades vizinhas, especialmente para infarto, embora apresentasse as mesmas taxas de exposição aos fatores de risco (tabagismo, obesidade, sedentarismo etc.) que as outras cidades, situação que poderia ser explicada pela maior coesão social em Roseto. Para o autor, embora muitos americanos estejam parando de fumar, adotando dietas saudáveis e praticando exercícios físicos, a sociedade americana está se tornando menos coesa e, conseqüentemente, menos saudável (Kawachi & Kennedy, 1997).

Um outro aspecto a considerar é que os determinantes das variações entre indivíduos de uma população podem ser diferentes dos determinantes das variações entre populações. Um exemplo dessa característica é fornecido pelo estudo que comparou os homicídios em Chicago e na Inglaterra/Gales, onde se constatou que o gênero e a idade (homens de 20-24 anos) dos homicidas eram os mesmos em ambas as regiões, mas as taxas de Chicago eram 30 vezes maiores. Nas palavras de Marmot (1998), “se quisermos prevenir homicídios poderemos injetar algum antagonista da testosterona na população-alvo ou reconhecer a taxa de homicídio como um reflexo de uma sociedade desordenada, perguntando-nos o que é possível fazer para modificá-la”. Nessa direção, a pesquisa de Lederman e outros (2002) mostra a existência de correlação positiva entre as taxas de crimes violentos e a desigualdade de renda (as outras variáveis relacionadas com a taxa de crime foram controladas estatisticamente) tanto para regiões de um país como, principalmente, entre diferentes países.

5. Classes e estratos sociais

O termo “classe social” assume diferentes significados nos diversos sistemas de classificação de grupos sociais segundo o nível social e econômico. Para Giddens (1984), “classe social” é “um agrupamento em grande escala de pessoas que compartilham recursos econômicos comuns, os quais influenciam fortemente o estilo de vida que são capazes de levar”. A propriedade da riqueza, juntamente com a ocupação, são as bases mais importantes das diferenças de classes na sociedade pós-industrial ocidental, podendo ser agrupadas em três classes que combinam elementos ligados à propriedade dos meios de produção, os relacionados à qualificação ocupacional e os relativos ao nível de educação e às condições de trabalho.

As pesquisas que se orientavam pelo materialismo histórico, realizadas nos anos 1980 e 90, prescreviam a exclusividade do uso do termo “classe social” para designar grupos sociais definidos segundo sua inserção no modo de produção, reservando o termo “estratos sociais” para designar os grupos sociais definidos segundo suas distintas capacidades de consumo. Na abordagem materialista histórica os seres humanos são agrupados segundo quatro critérios

fundamentais: lugar que ocupam no sistema de produção social; suas relações com os meios de produção; o papel que desempenham na organização social do trabalho; e o modo de perceber e a proporção em que percebem a parte da riqueza social de que dispõem (Campañá, 1997).

A operacionalização desse conceito “estrito” de classe social é uma questão “polêmica e complexa” (Paim, 1997). No Brasil, tem-se observado um decréscimo na produção científica trabalhando com a “variável” classe social definida nos marcos do referencial teórico marxista, fato este atribuído a problemas teóricos, conceituais e metodológicos que dificultam a sua operacionalização em situações concretas, bem como aos fatores relacionados ao deslocamento no espectro político na América Latina, inclusive com repercussões restritivas no financiamento de pesquisas que se utilizam desse referencial. Além disso, esse tipo de estudo “demanda uma análise detalhada da formação socioeconômica local e de suas características de produção”, além de ser preciso equacionar, nas análises estatísticas, o obstáculo colocado pelo tamanho desigual das classes e suas frações, sendo, por exemplo, o proletariado mais numeroso que a burguesia (Luiz, 1997).

Para os autores que trabalham com esse referencial, a construção do objeto de estudo deveria estar centrada “não nas manifestações terminais — doenças — mas nos determinantes da saúde coletiva, nos perfis grupais de processos protetores e destrutivos (trabalhos, consumo e necessidade popular), nos interesses e forças sociais envolvidas, em sua capacidade organizativa, em suas condições ideológicas e saberes, com vistas a assegurar, através da experiência científica participativa, o próprio poder e conhecimento da população e suas organizações” (Campañá, 1997).

O *Índice de Deterioro* proposto em 1990 pelo Centro de Estudios y Asessoria em Salud (Ceas), no Equador, tem sido defendido como um sistema contínuo e de baixo custo, adequado para o uso local e capaz de contextualizar e qualificar socioeconomicamente o território para fins de análise socio geográfica. O índice é composto por um conjunto de variáveis que permitem analisar a deterioração ecoepidemiológica das condições de inserção ocupacional, das condições de consumo familiar (qualidade da habitação, atraso educacional integral, cobertura de serviços de saúde) e da morbimortalidade sub-registrada e registrada (Breilh, 2000).

Em nosso meio, diversas pesquisas foram realizadas para analisar os diferenciais de saúde segundo classes sociais. Cesar (1997) demonstrou a concordância entre o grau de escolaridade e a condição de classe social,² em que a

² Foi utilizada a classificação de Bronfman e Tuirám, que consideram seis segmentos de classes e frações de classe: subproletariado, proletariado típico, proletariado não-típico, pequena burguesia tradicional, nova pequena burguesia e burguesia.

concentração dos níveis de escolaridade mais baixos situa-se no proletariado e no subproletariado, enquanto a burguesia e a nova pequena burguesia apresentam os melhores níveis de escolaridade. Estudo no município de Campinas demonstrou a existência de diferenciais importantes na distribuição das mortes por faixa etária, segundo classes sociais divididas em cinco segmentos: subproletariado, proletariado típico, proletariado não-típico, pequena burguesia e burguesia (Barros, 1997). Para essa autora, esse tipo de abordagem ilustra a importância de se “ampliarem os referenciais no sentido de melhor apreender as complexas dimensões ligadas às desigualdades em saúde”.

6. Operacionalização de estudos sobre iniquidade na saúde

Braveman (1997), embora reconheça a importância de se comparar a situação de saúde entre diferentes países, considera necessário, principalmente nos países com dados limitados e poucos recursos para análise, o desenvolvimento de mecanismos para “detectar, medir e chamar a atenção para desigualdades evitáveis entre grupos com diferentes níveis de prerrogativas sociais”. A mesma autora seleciona as seguintes questões, que considera essenciais para se alcançar o desenvolvimento de políticas voltadas para a diminuição da iniquidade em saúde dos países:

- 1 identificação de fontes de dados acessíveis e contínuas, que possam ser adequadas para o monitoramento da equidade em saúde;
- 1 definição, em cada país, dos grupos sociais a serem comparados;
- 1 seleção dos indicadores de saúde e de cuidado de saúde que sejam úteis para comparação entre grupos sociais.

O trabalho sugere que, além da avaliação de diferenças entre grupos sociais, é necessário monitorar a magnitude dos indicadores de saúde de cada grupo, de modo a acompanhar a situação ao longo do tempo. As estratégias para enfrentar esses desafios incluiriam, além da desagregação e do melhor uso no nível local dos dados coletados pelo censo e pelos órgãos do setor da saúde, a produção de outros dados qualitativos e quantitativos referentes ao conjunto da população, utilizando-se inclusive métodos que captem a percepção da população sobre os problemas de saúde. O uso combinado dos dados de base populacional com os produzidos nos serviços de saúde permitiria avaliar melhor a iniquidade no cuidado da saúde.

Diversos países têm apresentado avanços importantes na prática da análise da situação de saúde, registrando-se estudos relevantes com abrangência tanto nacional como no nível local na Europa, Austrália e no Ca-

nadá. Na América Latina, países como Argentina, Chile, Colômbia, Equador e Venezuela têm divulgado experiências importantes.

No Brasil, apesar de se verificar um crescimento no número de publicações e documentos de serviços de saúde sobre esse tema, principalmente análises realizadas no nível municipal, verifica-se a escassez de estudos que avaliem criticamente as categorias, os indicadores e os procedimentos metodológicos da epidemiologia utilizados nos estudos de situação de saúde e utilização de serviços. Têm sido, também, apontadas dificuldades na operacionalização desses estudos, recomendando-se o uso de metodologias que sejam capazes de explicitar as desigualdades em saúde, com destaque para a utilização de análises que incorporem a dimensão espacial (Sposati, 2000; Abrasco, 1995).

A abordagem territorial permite uma melhor utilização das bases oficiais disponíveis e, ao mesmo tempo, fornece uma boa aproximação com relação a algumas unidades de reprodução social dentro de determinados limites de generalização, como demonstram diversos estudos em nosso meio. No entanto, discutem-se “os caminhos” que conduzem aos diferenciais de saúde entre diferentes áreas geográficas, sendo que estes provavelmente decorrem da combinação de fatores históricos, culturais, ambientais e socioeconômicos, muitas vezes não sendo possível, dada a carência dos dados necessários, avaliar claramente o impacto do aumento das desigualdades de renda e bem-estar nas desigualdades de saúde (Kaplan et al., 1996).

Paim (1997), estudando o espaço urbano como mediação das relações entre condições de vida e saúde, considera que o recurso à categoria espaço para aproximação das condições de vida, enquanto mediação entre os determinantes estruturais e a situação de saúde, apresenta-se como opção para apreender processos relativos à reprodução social. Para o autor: “na medida em que o conceito de território ou de espaço transcenda a sua condição física ou natural e recupere o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida, segundo inserção espacial dos grupos humanos no território, tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde”. O mesmo autor ressalta que parte significativa do processo saúde-doença poderia ser compreendida como resultante “das posições ocupadas pelos agentes no espaço social” e das relações daí decorrentes, ou seja, os capitais cultural, econômico e simbólico dos indivíduos e dos grupos sociais.

Estudo de Noronha (2001) mediu a desigualdade social em saúde no Brasil considerando as diferenças entre os estados da Federação, por meio da estimativa da desigualdade, e os grupos socioeconômicos, classificados segundo os anos de escolaridade formal e a renda familiar *per capita*. Diferentemente da maioria dos estudos sobre desigualdade que utilizam como indicador de saúde os dados de mortalidade, a pesquisa utilizou medidas de morbidade. Segundo a autora, “essas medidas têm uma vantagem sobre as demais porque

captam as diferenças na qualidade de vida dos indivíduos, em vez de considerar somente a causa de morte”.

Os resultados revelaram uma desigualdade na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde a favor dos grupos de alta renda, em todos os estados brasileiros. O mesmo estudo mostrou que quanto maior era a renda familiar *per capita*, maior era a probabilidade de o indivíduo consultar o médico, resultado que se mantém mesmo quando se controla a variável “existência de plano de saúde”.

Um outro estudo brasileiro sobre desigualdades no acesso aos serviços de saúde utilizou taxas padronizadas de utilização de serviços, verificando que a chance de adoecer diminui com o aumento da renda, o inverso ocorrendo com o consumo de serviços de saúde e medicamentos. As pessoas que dispõem de planos de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde e, entre essas, as mais pobres pagam em média valores inferiores pelos seus planos, embora o peso desse gasto na renda familiar tenda a ser excessivamente alto. Além disso, os planos mais simples têm um elenco mais reduzido e menos diversificado de serviços. Os autores chamam a atenção para a multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde e para o “imbricamento perverso entre eles” (Travassos et al., 2000).

7. Sobre a mensuração da saúde

Não há uma variável única capaz de descrever saúde, pois sua mensuração³ requer os usos combinados de muitas variáveis, apresentadas como “indicadores de saúde”, cada uma delas respondendo por um elemento do conceito total (Illsley, 1990). Os tipos de indicadores de saúde socialmente necessários mudam à medida que se alteram as concepções de saúde-doença e se estabelecem novas demandas ao controle social dos serviços de saúde (McDowell & Newell, 1996). A mortalidade infantil, por exemplo, é um indicador sensível para medir o nível de saúde nas áreas economicamente pouco desenvolvidas, mas perde essa característica quando se trata das áreas mais desenvolvidas. Em nosso meio, por exemplo, a taxa de mortalidade por homicídio na faixa etária de 10 a 19 anos tem um maior poder para discriminar as áreas geográficas segundo o nível de saúde e bem-estar.

Nos últimos anos, podem ser observadas diferentes fases quanto ao enfoque dos estudos sobre a descrição da situação de saúde de populações a

³ Utiliza-se a definição de “mensuração” ou “medida” como “a atribuição de números para objetos ou eventos, para representar quantidades de atributos, de acordo com regras”.

partir de indicadores. Identifica-se inicialmente uma preocupação quase exclusiva com a sobrevivência, seguindo-se as abordagens da saúde como “ausência” de doenças e como capacidade individual para desempenhar as atividades diárias. Mais recentemente, a ênfase tem recaído nos indicadores positivos, tais como bem-estar social e emocional, felicidade e qualidade de vida. Ao lado disso, tem-se buscado variáveis e indicadores explicativos para as diferentes situações de saúde descritas epidemiologicamente e capazes de revelar a iniquidade.

8. Indicadores sociais, demográficos e econômicos relacionados à saúde

Os indicadores de renda *per capita* ainda são muito utilizados para revelar as diferenças no desenvolvimento humano entre países e regiões, embora não tenham mais o prestígio verificado nas décadas de 1970 e 80 do século passado (Rosseti, 1997). Apesar de suas conhecidas limitações para a avaliação da equidade na distribuição da renda entre os diferentes grupos sociais, o PNB *per capita*, em 1998, revelava grandes desigualdades entre os países, variando entre um valor máximo de US\$39.980 para a Suíça, e um mínimo de US\$100 para a Etiópia. Os países de baixa renda realizam em torno de 5% do produto mundial bruto e contam com mais de 60% da população, enquanto os de alta renda realizaram mais da metade da renda com menos de 10% da população mundial (World Bank, 2003).

No continente americano, os EUA, com US\$29.240 *per capita*, e o Canadá, com US\$19.170, situam-se em faixa semelhante à dos países da Europa meridional. Na América Latina, o Brasil apresentava um valor do PNB *per capita* de US\$4.630, inferior ao da Argentina, semelhante ao do Chile e superior a diversos outros países da região, embora seus indicadores sociais revelem pior desempenho que o de países com menor PNB *per capita*.

Países com PNB *per capita* menores que US\$1 mil anuais apresentam insuficiência nos setores da nutrição, saúde, educação e habitação, além de mostrarem maiores índices de concentração de renda. O PNB *per capita* apresenta forte correlação com o consumo de energia elétrica *per capita*, a percentagem da força de trabalho masculina na agricultura, a percentagem da população em área urbana, o consumo de calorias *per capita*, a taxa de analfabetismo, a expectativa de vida ao nascer e a poupança financeira bruta em relação à renda agregada.

Outros indicadores, como o índice de desenvolvimento humano (IDH), permitem posicionar os países e regiões em um contexto mais amplo do desenvolvimento humano. O IDH, proposto pelas Nações Unidas em 1990, tem sido cada vez mais utilizado para monitorar o progresso das nações; esse índice or-

dena os países segundo o grau de desenvolvimento por meio do cálculo da média dos valores dos seguintes índices parciais:⁴ PNB *per capita*, expectativa de vida ao nascer, alfabetização de adultos, poder efetivo de compra da renda interna, condições culturais prevaletentes, relação entre trabalho e lazer e grau de liberdade política.

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) mostra que o Brasil se situa entre os países de médio desenvolvimento, ocupando, no ano 2000, o 74º lugar no IDH entre 173 países estudados, portanto em pior situação que a Argentina (34º), Chile (39º) e Uruguai (37º). Os dados mostram ainda que o Canadá perdeu a liderança do IDH, posição que ocupava há seis anos, para a Noruega, e que os EUA perderam três posições, figurando em sexto lugar. As últimas posições do *ranking* são ocupadas por países da África ocidental. Ressalte-se que o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) contesta os dados utilizados pelo Pnud e afirma que a real posição do Brasil é a 70ª do *ranking* (Ipea, 2003).

Por outro lado, deve ser lembrado que o IDH nacional é uma média das distintas realidades contidas no país, e seu valor apresenta grandes variações entre regiões e grupos sociais. Assim, por exemplo, o cálculo do IDH considerando apenas a população branca colocaria o país em 43º lugar, enquanto se for considerada exclusivamente a população negra sua posição cairia para a 108ª posição do *ranking* (Fase, 2003).

O índice de Gini mede a concentração de renda, comparando a percentagem do rendimento total auferido por uma parcela da população com o peso relativo dessa parcela no conjunto da população. Dessa forma, altos valores desse índice significam grandes desigualdades na renda, variando de 0 (zero) — perfeita igualdade, a 1 (um) — completa desigualdade na distribuição de renda. Uma perfeita igualdade na distribuição de renda seria alcançada se, por hipótese, 10% da população recebessem 10% da renda total, 20% da população recebessem 20% da renda total, e assim sucessivamente (Lynch 1998).

O índice de Robin Hood relaciona a distribuição da renda auferida por uma certa percentagem da população (em décimos, por exemplo) somando o percentual de renda que excede o percentual da população em cada grupo. Esse procedimento indica o percentual da renda que teria que ser retirado dos grupos que têm um percentual de renda maior que o seu correspondente peso na população e que, se transferido para os grupos com percentual de renda menor que seu peso correspondente no conjunto da

⁴ O índice parcial mostra a posição relativa dos resultados observados para uma determinada área no universo de regiões pesquisadas — os valores máximos e mínimos de cada índice são fixados e reduzidos a uma escala de 0 (zero) a 1 (um). Cada área situa-se em algum ponto dessa escala.

população, resultaria em um padrão de igualdade na distribuição de renda (Kennedy et al., 1996).

O índice de pobreza de Sen relaciona o coeficiente de Gini com o número de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza (dois salários mínimos)⁵ e o hiato entre a renda de cada classe definida e a linha de pobreza. O índice de nível de vida considera cinco componentes para medir o atendimento às necessidades básicas por domicílio: saúde (esperança de vida), habitação (tipo de abastecimento de água, consumo de energia elétrica e presença de geladeira), educação (alfabetização), participação econômica (renda *per capita*) e informação (presença de rádio e TV).

O NBI (necessidades básicas insatisfeitas) proposto pelo Pnud utiliza cinco indicadores parciais de carência: densidade intradomiciliar, presença de equipamentos de saneamento, escolaridade e nível de renda. Esse indicador foi utilizado para o desenvolvimento de estudos alinhados com as perspectivas teóricas e conceituais disseminadas pela Opas no desenho de sistemas de vigilância da situação de saúde segundo condições de vida (Opas, 1991).

O Igadsa (Indicador Global de Acessibilidade ao Desenvolvimento Social Acumulado) considera como estimadores a acessibilidade aos serviços de saúde, a renda, a educação, o nível de nutrição e o saneamento, com o objetivo de refletir o grau de acesso da população aos componentes básicos das condições de vida relacionados à situação de saúde (Luiz, 1997).

O indicador *willingness to pay*, proposto em 1968 por Schelling, busca medir o valor da vida humana pela quantia de dinheiro que as pessoas querem gastar para comprar uma específica redução na probabilidade de morte ou incapacidade. Alguns indicadores pretendem medir outros aspectos, tais como o índice de coesão social estimado pela percentagem de pessoas que confiam nas outras (*social trust*), que foi utilizado por Kawachi e Kennedy (1997) para demonstrar a sua relação inversa com o índice de Robin Hood. Kawachi discute a relação entre a coesão social e as condições de saúde, comentando a contribuição de Putnan ao demonstrar o declínio do capital social nos EUA, entendido como “*the invisible glue that holds society together — the social networks, norms, and trust enable groups of individuals to cooperate in pursuing shared objectives*”. Putnan ilustra essa relação com o aumento que verificou no número de praticantes de boliche, acompanhado da queda no número de sócios dos clubes de boliche, concluindo que “*bowling alone may not only be hazardous to the body politic — it may also be dangerous for the body*” (Kawachi et al., 1997).

⁵ Para os EUA, em 1990, a linha de pobreza era definida como a renda anual menor que US\$13.359, para domicílios com família de quatro membros.

9. Carga global da doença e outros indicadores compostos

Estudos utilizando a combinação de vários indicadores têm sido desenvolvidos há muitas décadas. No final da década de 1970 já se utilizava o indicador de qualidade material de vida, combinando a taxa de mortalidade dos lactentes, a expectativa de vida na idade de um ano e o índice de capacidade para ler e escrever (OMS, 1981).

Indicadores compostos capazes de medir, simultaneamente, perdas relacionadas com mortes precoces e com doenças requerem dimensões comuns contemplando, em geral, as unidades de tempo e/ou de população, para que as medidas se façam sob as mesmas unidades. O indicador da carga global de doença (Murray et al., 1996) utiliza o tempo como unidade de medida, somando-se o valor estimado dos anos ou dias vividos com a doença (YLDs — *years of life with disability*) com os anos ou dias perdidos por mortes prematuras, em relação à expectativa de vida para cada idade, YLLs (*years of life lost*). Esse indicador é comparável, ainda que sob uma lógica inversa, aos anos de vida ajustados por qualidade (Qalys — *quality-adjusted life years*), que são largamente incorporados à análise de custo-utilidade (Murray, 1994).

O indicador carga global da doença tem recebido críticas às suas características técnicas de construção, sendo também apontado por alguns autores como um instrumento desenvolvido para operacionalizar as estratégias “neoliberalizantes e focalizadoras” (pisos e planos de atenção básica, medidas de redução do gasto em saúde, ótica “reducionista” da doença evitável) visando impor ao financiamento dos sistemas de saúde a “lógica dos mínimos toleráveis” por meio da definição de um pacote mínimo de atenção à saúde financiado pelos recursos públicos, restrito às intervenções voltadas para as necessidades mais importantes da população, no sentido de garantir a governabilidade (Breilh, 2000).

Segundo Dachs (1998), os problemas técnicos desse indicador, que têm sido mencionados na literatura como uma limitação à sua utilização, são de solução relativamente simples, sendo mais significativas as restrições que surgem para o seu uso em populações específicas, tais como o custo-efetividade acoplado às medidas-sínteses do tipo Daly (sigla em inglês para “anos de vida ajustados por incapacidade”). Para esse mesmo autor, “é nessa área de trabalho multidisciplinar que devem interagir o epidemiologista, o planejador, o economista em saúde, a sociedade civil e os centros de pesquisa para discutir formas de alcançar o estabelecimento de prioridades, não apenas economicamente viáveis, com o uso de intervenções tecnicamente adequadas, mas também aceitas pela população, que se proponham a diminuir a iniquidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde, e que sejam parte de um conjunto de políticas sociais visando o combate à iniquidade, em geral, e na saúde, em particular”.

O mapa da exclusão social (Sposati, 2000) é uma metodologia que combina as linguagens quantitativa, qualitativa e de geoprocessamento para

produzir dois índices territoriais que hierarquizam as regiões de uma cidade quanto às condições de vida das pessoas: o índice de exclusão/inclusão social (Iex — variando de -1 a +1, mediado pelo zero, que é o padrão de inclusão) e o índice de discrepância (Idi), que mede a distância entre a pior e a melhor variável em cada uma das áreas intra-urbanas.

Vale destacar que, em nosso meio, Akerman (2000) chama a atenção para os processos de construção dos indicadores compostos, sugerindo que os mesmos possam “ser realizados em arena mais participativa”, aproximando os técnicos responsáveis pela medição aos demais segmentos sociais interessados na melhoria das condições de vida e situação de saúde da população. Ressalte-se, porém, que o processo de construção e utilização dos indicadores compostos pressupõe avanços ainda não alcançados na prática intersectorial para o enfrentamento dos determinantes das desigualdades sociais e de saúde (Junqueira, 1998).

A intervenção sobre os fatores socioeconômicos que determinam as condições de saúde requer a colaboração de inúmeras instituições públicas e privadas. Os programas governamentais são, em geral, organizados para problemas de saúde específicos, com pessoal e orçamento próprios, embora a evidência mostre que muitas doenças são determinadas pelos mesmos fatores. Para Syme e outros (2002), a superação dessas barreiras organizacionais exigirá uma ação coordenada entre os diferentes órgãos de governo no sentido de implantar políticas integradas, voltadas para grupos populacionais definidos e focadas em problemas, e não em doenças específicas.

10. O monitoramento das desigualdades na saúde

A descrição feita das variáveis ou indicadores destinados a explicar a distribuição desigual do processo saúde-doença e, especialmente, a iniquidade nessa distribuição, procurou mostrar as diferentes possibilidades de retratá-las. Evidentemente, sua aplicação obedece aos objetivos da metodologia epidemiológica e está diretamente subordinada à existência de condições para construir e compor os indicadores e variáveis, visando à explicação da ocorrência do processo saúde-doença e ao fornecimento de subsídios para o planejamento em saúde. Neste último aspecto, trata-se de implantar programas baseados em indicadores gerados a partir das informações existentes e/ou passíveis de construção e organização.

A sua execução remete a algumas considerações:

1. O primeiro ponto refere-se à fonte de informações, ou melhor, à obtenção de dados. Trata-se de uma atividade onerosa, devendo-se, portanto, usar, quando possível e existente, dados secundários, não duplicando a coleta

de dados. Deve-se estimular a criação de sistemas de informação descentralizados e perfeitamente articulados entre si, intra e extra-setorialmente (Brasil, 1994). Quando se utilizar informações primárias, recomenda-se o uso de instrumentos simples (não significando simplificados), que permitam alcançar bons resultados com dispêndio de recursos compatíveis com as exigências e possibilidades.

- 1 Um outro aspecto a destacar refere-se à análise e à disseminação dos dados e informações produzidos. A existência dos mesmos e a sua disponibilidade não garantem sua interpretação correta e adequada, ao não se dispor de instrumentos e recursos para sua análise. Vale aqui esta observação: *“One of the factors limiting the effectiveness of Health Information Systems (...) is the scarcity of staff trained in data analysis and interpretation. Converting data into information requires analysis and interpretation skills (...) These skills are not always in abundance, even in developed countries. There are now a large number of training programmes (...) through the world. It is important, however, to realize that training is no panacea for the problems (...) Moreover, management and epidemiology training is taken in the decontextualized setting of European or North American University classrooms. This is about as likely to be successful as trying to teach someone how to ride a bicycle by asking him to study the laws of mechanics”* (Sandiford, 1992).
- 1 Apesar da obviedade da afirmação, na definição dos programas é necessário delimitar precisamente os objetivos e metas a serem perseguidos. Todo processo de montagem de indicadores pressupõe, como exige a epidemiologia, a comparação dos mesmos, significando que a sua elaboração deve permitir a verificação de seu comportamento nos diferentes grupos/classes sociais, nas diversas regiões e nos distintos espaços temporais. Nesse particular, essa delimitação orientará a seleção de indicadores que se prestarão a executar as mensurações, o monitoramento e a avaliação das situações escolhidas.
- 1 Outro ponto merecedor de análise compreende as diferentes perspectivas apresentadas pelos diferentes campos profissionais, expressas nas respectivas concepções de gerentes, epidemiologistas, planejadores e administradores, no seu trato diário com as questões da saúde. A par de reafirmar que a racionalidade da tomada de decisão não se esgota automática e exclusivamente na melhoria dos sistemas de informação, as diferenças de perspectivas disciplinares impedem a formulação da racionalidade pretendida, se não forem articuladas e coordenadas.

O aprimoramento das fontes de dados existentes e o uso mais criativo dos indicadores epidemiológicos tradicionais, assim como o desenvolvimento de novas técnicas, de pequena complexidade e cientificamente rigorosas para

evidenciar as desigualdades em saúde, constituem desafios que os centros de pesquisa podem assumir para facilitar a escolha das ferramentas mais eficientes pelos profissionais dos serviços para estudar a situação de saúde. Do mesmo modo, elas também devem servir para melhorar o desempenho desses profissionais no mister de estabelecerem relações com outros atores envolvidos na superação da iniquidade social e em saúde.

O atendimento dessa demanda aos centros de pesquisa implica a construção de abordagens metodológicas adequadas a esse fim e o fortalecimento dessa área de pesquisa interdisciplinar, aportando-se os recursos necessários. A possibilidade de concretizar tanto a prática da análise de situação de saúde, nos moldes apresentados neste artigo, quanto o desenvolvimento da área de pesquisa correspondente é uma decisão política, que depende da existência de uma demanda social nesse sentido.

O intenso debate público sobre a iniquidade social, estimulado pelo novo governo brasileiro, pode criar a possibilidade de avanços significativos na produção e na disseminação de informações para monitorar a desigualdade social e, eventualmente, melhorar o lamentável *gap* entre o tempo de divulgação das informações financeiras e as sociais, realidade muito bem ilustrada neste trecho da publicação de Wagner (1998): “enquanto os preços futuros das *commodity* são atualizados a cada 15 segundos, indicadores sociais como distribuição de renda, uso de drogas ilícitas, abuso infantil e evasão escolar são divulgados com um atraso de meses ou anos”.

De forma análoga, a maciça divulgação na mídia brasileira do valor do dólar americano, do “risco Brasil” e dos índices do mercado de ações, confrontada com a virtual ausência dos indicadores sociais no cotidiano da grande imprensa nacional, mostra que os desafios para se alcançar uma desejável disseminação de informações sobre desigualdades, assim como para superar a iniquidade social e de saúde, constituem fenômenos mundiais.

Referências bibliográficas

ABRASCO. *II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 1995-1999*. Rio de Janeiro, 1995.

———. Relatório da oficina de trabalho “Monitoramento de iniquidades em saúde”. In: IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 1998. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, Abrasco, 1998.

AKERMAN, M. Examinando elementos que possam influenciar a formulação de políticas em estudos que utilizaram indicadores compostos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1: p. 115-123, 2000.

BARROS, M. B. A. Epidemiologia e superação das iniquidades em saúde. In: BARATA, R. B. et al. (Orgs.). *Eqüidade e saúde: contribuição da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

BLACK, D.; MORRIS, S. N.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. *Inequalities in health, the Black report*. New York: Penguin Books, 1982.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Abrasco, 1994.

BRAVEMAN, P. Basic note to focus discussion on selected methodological issues. Geneva: WHO — document 3, Sept./Oct. 1997.

BREILH, J. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

CAMBOIS, E.; ROBINE, J.; HAYARD, M. D. Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980-1991. *Demography*, v. 38, n. 4, p. 513-524, Nov. 2001.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.

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: Abrasco, 1997.

CAVELAARS, A. E.; KUNST, A. E.; GEURTS, J. J.; CRIALESI, R.; GROTVEDT, L.; HELMERT, U.; LAHELMA, E.; LUNDBERG, O.; MATHESON, J.; MIELCK, A.; MIZRAHI, A.; RASMUSSEN, N. K.; REGIDOR, E.; SPUHLER, T.; MACKENBACH, J. P. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 52, n. 4, p. 219-227, 1998.

CESAR, C. L. G. *Morbidade referida e utilização de serviços de saúde na Grande São Paulo: o perfil da desigualdade em saúde*. 1997. Tese (Livre Docência) — Departamento de Epidemiologia, FSP-USP, São Paulo.

DACHS, N. A medição da carga da doença com Daly(s) e seu uso no planejamento de saúde e no desenvolvimento de pacotes de atenção de saúde. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, IV, 1-5 ago. 1998, Rio de Janeiro, *Anais...* Rio de Janeiro, 1998.

SCOREL, S. Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos>. Acesso em: 9 de jan. 2003.

ESCRIVÃO JR., A. A análise da situação de saúde: estudo em área restrita da Região Metropolitana de São Paulo. 1999. Tese (Doutorado) — FM-USP, São Paulo.

FASE. Brasil 2000: novos marcos para as relações raciais. Disponível em: <www.fase.org.br>. Acesso em: 10 de jan. 2003.

FUHRER, R.; SHIPLEY, M. J.; CHASTANG, J. F.; SCHMAUS, A. Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. *American Journal of Public Health*, v. 92, n. 8, p. 1290-1294, Aug. 2002.

GIDDENS, A. *Sociologia: uma breve porém crítica introdução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

GOLDBAUM, M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). *Equidade e saúde: contribuição da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

ILLSLEY, R. Comparative review of sources, methodology and knowledge. *Social Science Medicine*, v. 31, n. 3, p. 229-236, 1990.

IPEA. Nota sobre o Relatório do Desenvolvimento Humano 2002. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *RAP*, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

KAPLAN, G. A.; PAMUK, E. R.; LYNCH, J. W.; COHEN, R. D.; BALFOUR, J. L. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, v. 312, n. 7037, p. 999-1008, 1996.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P. The relationship of income inequality to mortality: does choice of indicator matter? *Social Science & Medicine*, v. 45, n. 7, p. 1.121-1.127, 1997.

———; ———; LOCHNER, K. Long live community: social capital as public health. *American Prospect*, Nov./Dec. 1997.

KENNEDY, B.; KAWACHI, I.; PROTHROW-STITH, D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*, v. 312, n. 7037, p. 1004-1013, 1996.

LEDERMAN, D.; LOAYZA, N.; MENENDEZ, A. N. Violent crime: does social capital matter? *Economic Development and Cultural Change*, v. 50, n. 3, p. 509-539, abr. 2002.

LEE, R. E.; CUBBIN, C. Neighborhood context and youth cardiovascular health behaviors. *American Journal of Public Health*, v. 92, n. 3, p. 428-436, Mar. 2002.

LUIZ, O. C. *Perspectivas da avaliação de situação de saúde: uma apreciação crítica*. 1997. Dissertação (Mestrado) — FMUSP, São Paulo.

LYNCH, J. W.; KAPLAN, G. A.; PAMUK, E. R.; COHEN, R. D. Income inequality and mortality in metropolitan areas of United States. *American Journal of Public Health*, v. 88, n. 7, p. 1074-1080, 1998.

MARMOT, M. G. Improvement of social environment to improve health. *The Lancet*, v. 351, n. 9095, p. 57-60, 1998.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996.

MECHANIC, D. *Disadvantage, Inequality, and Social Policy*, v. 21 n. 2 p. 48-59, Mar./Apr. 2002.

MUKAMAL, K. J.; CONIGRAVE K.M.; MITTLEMAN M. A.; CAMARGO JR., C. A.; STAMPFER, M. J.; WILLETT W. C.; RIMM, E. B. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, n. 348, p. 109-118, Jan. 2003.

MURRAY, C. J. L. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 72, p. 429-445, 1994.

———; LOPEZ, A. D. *The global burden of disease (v. I and II)*. USA, WHO/Harvard University Press, 1996.

MUSGROVE, P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. *World Bank Discussion Paper*, n. 339, 1996.

NORONHA, K. V. M. S. *Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde*. 2001. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

OMS. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en logro de la salud para todos en el año 2000*. Genebra: OMS, 1981.

OPAS. *Sistemas nacionais de vigilância de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington: Opas, 1991.

———. Compatibilização de sistemas e bases de dados da Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa) — informe final. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 6, n. 3, jul./set. 1997.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

POWER, C.; MATTHEWS, S.; MANOR, O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *The Lancet*, v. 351, n. 9108, p. 1009-1014, 1998.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Editora da Unesp, 1994.

ROSSETI, J. P. *Introdução à economia*. São Paulo: Atlas, 1997.

SANDIFORD, P. et al. What can information systems do for primary health care? An international perspective. *Social Science Medicine*, v. 34, n. 10, p. 1077-1087, 1992.

SOUSA, M. C. S. Efficiency and equity of social spending in selected countries of Latin America and East Asia: a comparative approach. *Revista de Economia Aplicada*, v. 2, n. 3, set. 1998.

SPOSATI, A. Cidade, território, exclusão/inclusão social. In: Congresso Internacional de Geoinformação, 2000, São Paulo. *Anais...* São Paulo.

SYME, S. L.; LEFKOWITZ, B.; KRIMGOLD, B. K. Incorporating socioeconomic factors into U.S. health policy: addressing the barriers. *Health Affairs*, v. 21, n. 2, p. 113-118, 2002.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

UNITED KINGDOM. *Reducing health inequalities: an action report*. Department of health, 1999. Disponível em: < www.doh.gov.UK/pub/docs/doh >. Acesso: em 10 jan. 2003.

WAGNER, C. G. This just in-old statistics. *The Futurist*, v. 32, n. 7, Oct., 1998.

WHITEHEAD, M. *The health divide*. London, Penguin Books, 1992.

WHO. *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva, WHO, 1996.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. G. *Social determinants of health*. WHO Regional Office for Europe, 2000.

WORLD BANK. Development Education Program's DEPweb. Disponível em: < www.world-bank.org/depweb >. Acesso em: 10 jan. 2003.