

Desigualdades Sociais na Mortalidade

A análise das desigualdades em saúde, em especial da mortalidade, é atividade essencial em um país que convive com um dos maiores índices mundiais de concentração de renda e de riqueza. Na verdade, os dados evidenciam que o Brasil é o país com a maior concentração de renda no segmento do 1% mais rico da população (Oxfam Brasil, 2017).

O monitoramento das desigualdades sociais em saúde ganha relevância maior na atualidade, pois a concentração de renda no mundo, que vinha declinando durante o século XX, sofreu uma inversão desta tendência a partir dos anos 1980 atingindo em 2010 índices similares aos existentes em 1910/1920 (Piketty, 2014). No Brasil, em que políticas de austeridade vão sendo drasticamente implementadas, e em que a renda dos 50% mais pobres da população caiu 17% e a dos 1% mais ricos aumentou 10% entre 2015 a 2019, (Neri, 2019), importante conhecer e monitorar a magnitude das desigualdades sociais no perfil de mortalidade. Este é o segundo boletim deste projeto de monitoramento da mortalidade que se dedica a análise destas desigualdades no município de Campinas.

Tabela 1 - Indicadores sociodemográficos segundo estratos de vulnerabilidade social. Campinas, 2010.

Indicador	Estratos de vulnerabilidade social				
	1	2	3	4	5
% população 65 e +	12,3	12,4	8,2	5,5	3,6
% população <15 anos	12,5	15,3	19,0	22,3	27,4
% domicílios em aglomerados subnormais	4,6	8,7	13,5	17,4	12,3
Renda domiciliar per capita em SM	3,8	2,3	1,8	1,8	1,3
% de domicílios com renda per capita até ½ SM	6,1	6,4	9,4	13,1	16,6
% de responsáveis com renda >10SM	15,4	8,8	7,2	4,6	5,5
População	187.2	235.2	230.2	245.5	181.8
	(17,3%)	(21,7%)	(21,3%)	(22,7%)	(16,8%)

SM = Salários Mínimos

Fonte: IBGE / Censo Demográfico, 2010.

Para realizar esta análise foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) do censo 2010, desenvolvido pela Fundação Seade, e que toma por base vários indicadores socioeconômicos¹. A Fundação Seade disponibiliza a classificação, segundo este índice, de cada setor censitário dos municípios paulistas, que são categorizados em: muito alta, alta, média, baixa, muito baixa e baixíssima vulnerabilidade social. As áreas de cobertura das unidades básicas de saúde (UBS) de Campinas são compostas por setores censitários com diferentes níveis de vulnerabilidade social.

Cada área de cobertura, recebeu, para a realização desta análise, um escore cujo valor dependeu do percentual de setores de cada nível de vulnerabilidade social que a compunha. As áreas de cobertura das UBS foram ordenadas segundo o escore recebido e categorizadas em 5 estratos.

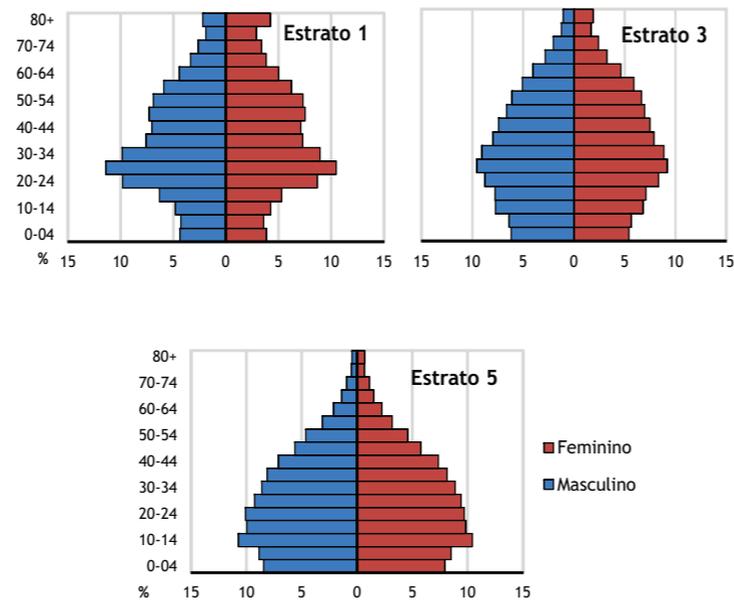
¹Metodologia disponível em: <http://www.ipvs.seade.gov.br/ipvs2010/view/pdf/ipvs/metodologia.pdf>

As listas das UBS segundo o estrato de vulnerabilidade social (VS) em que foram classificadas estão apresentadas no mapa ao final do boletim.

Observa-se que a estrutura demográfica da população difere muito entre os estratos de VS. Nas áreas de maior vulnerabilidade (estrato 5) o percentual de moradores com 65 anos ou mais é de 3,6% enquanto no estrato 1, de menor VS, que desfruta de melhor nível socioeconômico, esse percentual atinge 12,3%. O inverso é observado quanto ao percentual de pessoas com menos de 15 anos de idade (**Tabela 1**). A **Figura 1** ilustra a desigualdade das estruturas etárias entre os grupos populacionais com diferentes níveis de VS. Desigualdades em relação a renda e ao percentual de domicílios em aglomerados subnormais (favelas) também são apresentados na **Tabela 1**.

Ao analisar os principais grupos de causas de óbito, comparando-se os estratos de menor e de maior VS, constata-se que, enquanto no primeiro as causas externas (que incluem as mortes por acidentes e violências) respondem por 6% das mortes, no segmento de pior nível socioeconômico esse percentual ascende a 16% (**Figura 2**).

Figura 1 - Pirâmides etárias por estratos de vulnerabilidade social. Campinas, 2010.

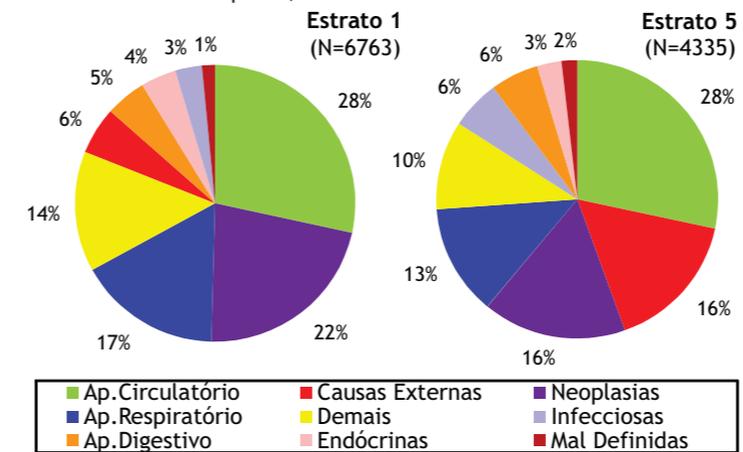


Fonte: IBGE / Censo Demográfico, 2010.

O aumento do risco de mortalidade com o aumento da VS é observado em praticamente todos os grupos de idade tanto em homens como em mulheres (**Figuras 3a e 3b**).

O tamanho das diferenças entre os estratos pode ser mensurado pelas razões entre taxas (RT). Neste boletim as RTs que constam nas figuras são apenas as calculadas entre os estratos extremos (5 e 1). Observa-se que as RTs são maiores nos homens, em comparação às mulheres, nas faixas etárias abaixo de 40 anos de idade e a partir dessa idade são mais elevadas nas mulheres.

Figura 2 - Principais grupos de causas de óbitos na população dos estratos 1 e 5. Campinas, 2014-2018.



O tamanho das desigualdades é muito maior nos jovens do sexo masculino entre 10 e 29 anos quando o risco de morrer nos que residem nas áreas de maior VS é mais de 4 vezes superior ao risco dos jovens desse sexo que residem nas áreas com menor VS.

A desigualdade social se manifesta com um gradiente, no geral, crescente do estrato de menor para o de maior VS também nos indicadores de mortalidade infantil (incluindo também neonatal e pós-neonatal) e na mortalidade perinatal (**Figura 4**). Destaque-se que a desigualdade nestes indicadores atinge valores cerca de 50% superior nos de pior VS comparados aos de melhor nível, que é bastante inferior em comparação às desigualdades presentes na mortalidade de jovens e adultos.

Figura 3a - Coeficientes de mortalidade do sexo masculino por grupos etários, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.

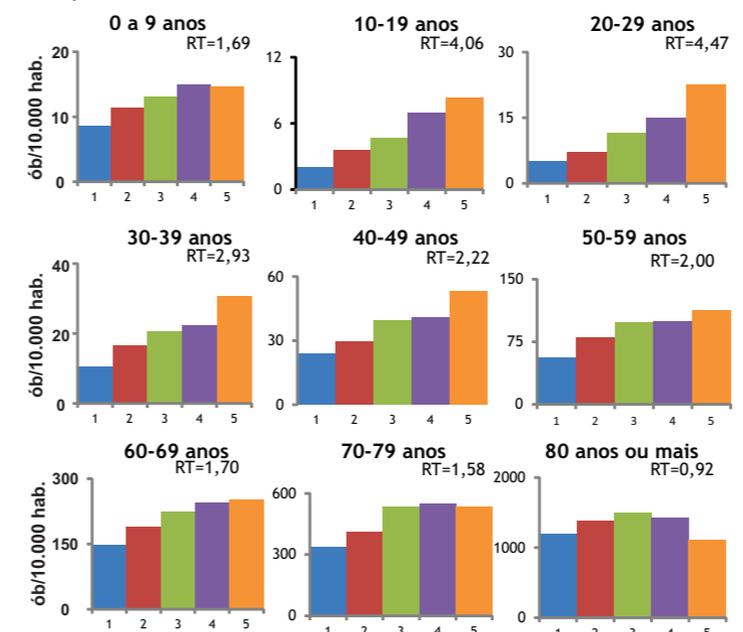
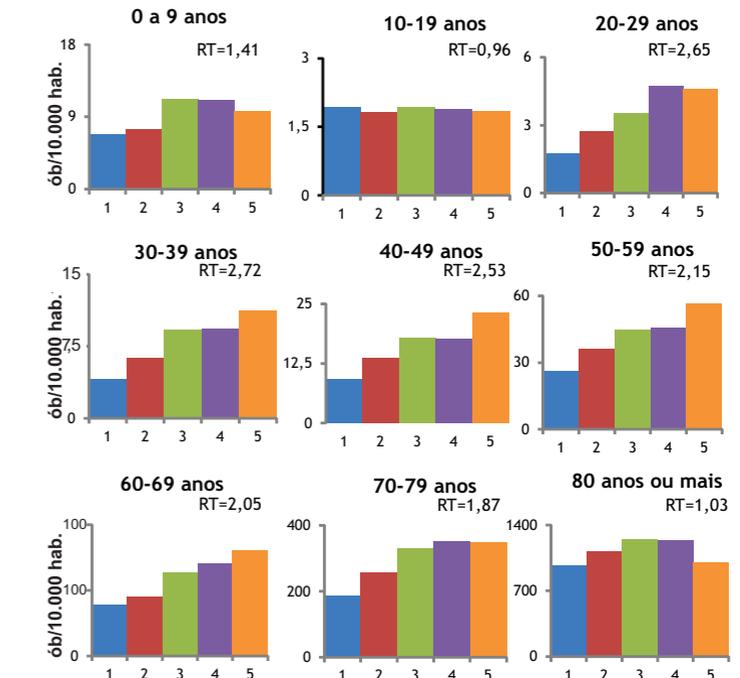


Figura 3b - Coeficientes de mortalidade do sexo feminino por grupos etários, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.



A ampla cobertura e atuação dos serviços de saúde no pré-natal e no parto devem ser responsáveis por este menor impacto das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil.

O risco de mortalidade por doença isquêmica do coração é 70% maior no estrato de maior VS, e por acidente vascular cerebral é mais de duas vezes superior nesse segmento em comparação ao estrato de melhor nível socioeconômico (**Figura 5**).

As desigualdades entre os estratos extremos são ainda mais elevadas nas mortes por doenças respiratórias (RT=2,08), doenças do fígado (RT=2,40) e AIDS (RT=2,56) (**Figura 6**).

Figura 4 - Coeficientes de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil e perinatal, por estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.

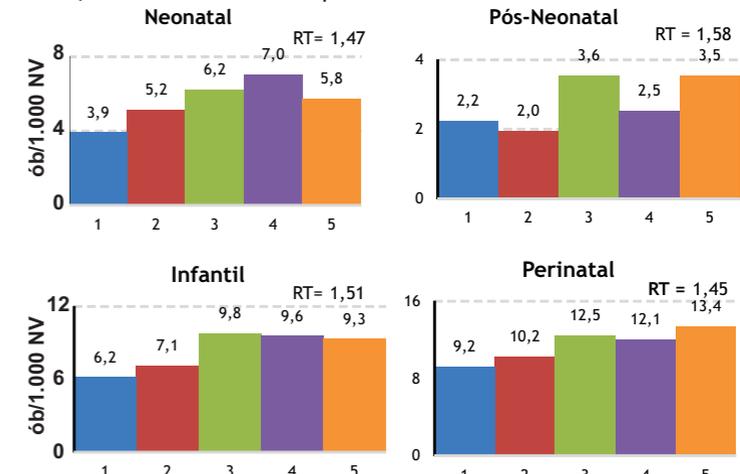
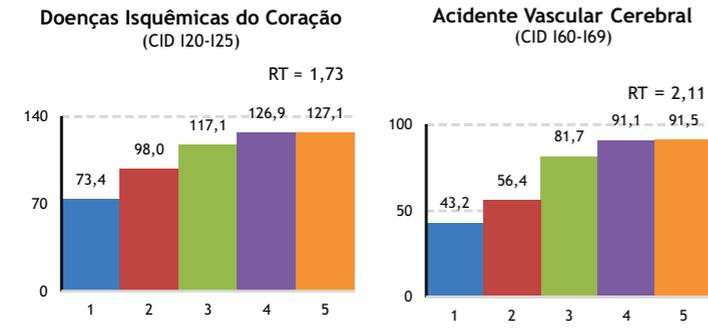


Figura 5 - Coeficientes de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração e Acidente Vascular Cerebral* na população com 20 anos ou mais, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.



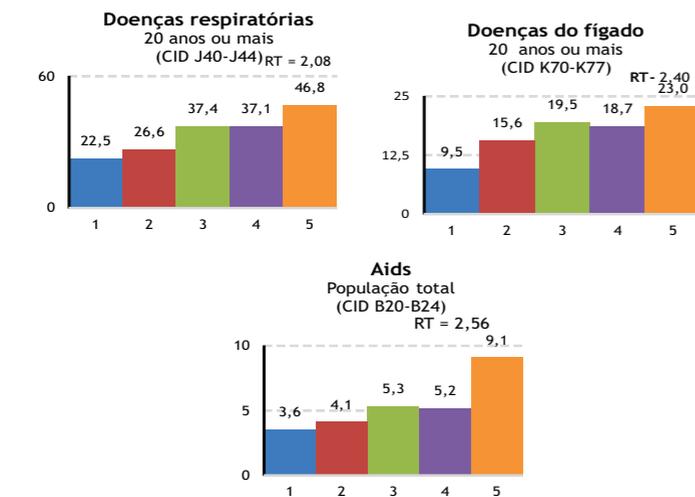
*Coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizados por idade utilizando como população padrão: Campinas 2010.

Em relação às mortes por neoplasias, gradientes de crescimento das taxas com o aumento do IVS são observados para câncer de próstata e de colo de útero, enquanto gradiente no sentido oposto são encontrados para o câncer de cólon e câncer de mama. Em relação aos cânceres de estômago e de pulmão, os segmentos de IVS intermediários é que apresentaram as taxas mais elevadas (**Figura 7**).

As causas de morte que apresentam as maiores magnitudes de desigualdade entre os segmentos extremos de VS são o homicídio (6,2 vezes mais elevado no estrato 5) seguido pelos acidentes de trânsito (3 vezes mais elevado nesse segmento) (**Figura 8**). Nas mortes por quedas a desigualdade é de menor magnitude e o gradiente observado nos homicídios e acidentes de trânsito não se apresenta nas mortes por suicídio.

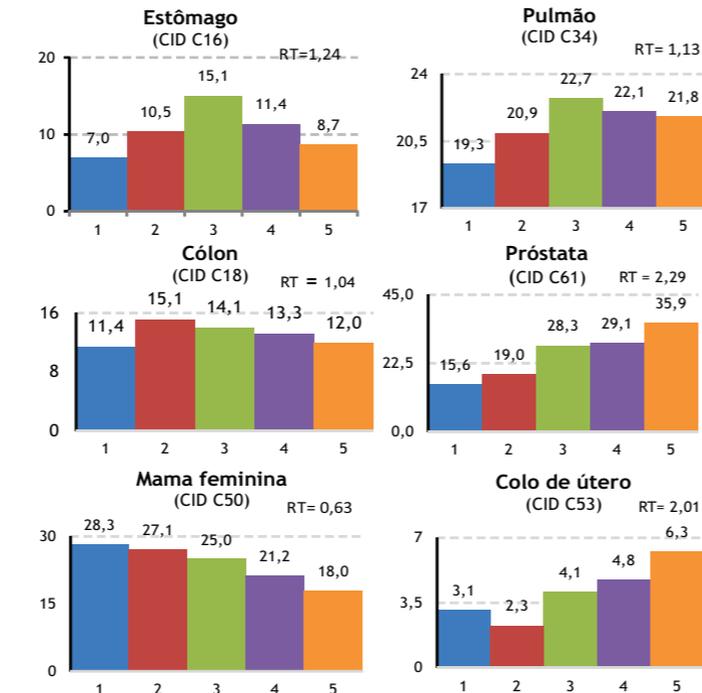
A distribuição dos estratos de VS no espaço do município de Campinas pode ser observada no **Mapa 1**, assim como as áreas de abrangência das UBS que compõem cada estrato.

Figura 6 - Coeficientes de mortalidade por Doenças Respiratórias, Doenças do Fígado e Aids*, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.



*Coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizados por idade utilizando como população padrão: Campinas 2010.

Figura 7 - Coeficientes de mortalidade por neoplasias* na população com 20 anos e mais, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.

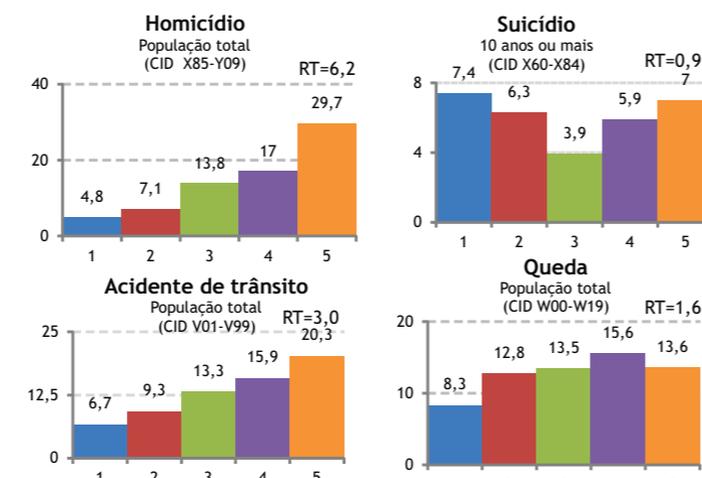


*Coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizados por idade utilizando como população padrão: Campinas 2010.

Os dados do boletim revelam que as desigualdades socioeconômicas, avaliadas pelo índice de VS, se expressam fortemente na mortalidade, mas de maneira diferenciada conforme o sexo, a faixa de idade e a causa do óbito.

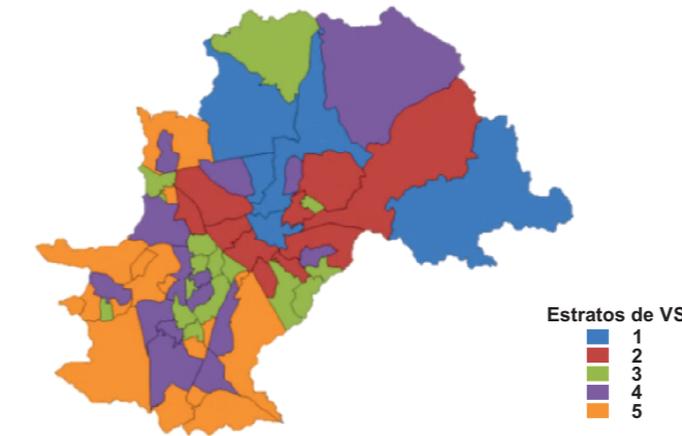
As maiores desigualdades foram encontradas nas mortes por homicídios, acidentes de trânsito, AIDS e doenças do fígado, mas são também superiores a duas vezes nas mortes por câncer de próstata, câncer de colo de útero, acidente vascular cerebral e doenças respiratórias.

Figura 8 - Coeficientes de mortalidade por causas externas*, segundo estratos de vulnerabilidade. Campinas, 2014-2018.



*Coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizados por idade utilizando como população padrão: Campinas 2010.

Mapa 1 - Distribuição das áreas de abrangência dos Centros de Saúde, segundo estratos de VS.



Estrato	UBS	Estrato 3	UBS	Estrato 4	UBS	Estrato 5	UBS
4	C Silva	2	V Rica	3	O Maia	8	U Bairros
29	Taquaral	5	Perseu	6	S Mônica	22	Florence
30	B Geraldo	7	Integração	10	S Lúcia	36	S Marcos
33	J Egidio	9	Esmeraldina	12	S Quirino	41	Santos Dumont
38	Centro	13	Aeroporto	16	S José	42	Floresta
Estrato 2		15	T Neves	18	V Alegre	43	S Domingos
	UBS	17	S Vicente	19	Valença	46	S Antônio
1	Conceição	24	DIC III	20	Capivari	47	C Moura
11	Figueira	31	Anchieta	23	DIC I	50	Rossin
14	B Vista	34	P Aquino	35	Ipaussurama	54	Rosália
21	31 de Março	39	Ipê	37	S Cristóvão	55	C Belo
25	Eulina	45	V União/CAIC	44	S Bárbara	56	Fernanda
26	São Bernardo	48	Itajai	49	C Raposo	58	Oziel
27	Aurélia	52	B Esperança	51	C Gomes	59	S Rosa
28	S Odila	53	Village	57	N América	60	S Íris 1
32	Souzas			63	S Martin	61	Lisa
40	Parapanema					62	C Grande

A carga de sofrimento imposta aos estratos mais pobres e vulneráveis da população precisa ser enfrentada com políticas econômicas e sociais que garantam o atendimento às necessidades básicas desses segmentos. É fundamental, nesse sentido, o fortalecimento do SUS para que atenção à saúde, de ampla cobertura e qualidade, seja oferecida à população brasileira de forma a reduzir o impacto das desigualdades socioeconômicas na mortalidade e na saúde.

Referências:

Oxfam Brasil, 2017. A distância que nos une – um retrato das desigualdades brasileiras. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_uno.pdf
 Piketty T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro, Intrínseca, 2014.
 Neri MC. A escalada da desigualdade. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2019. Disponível em: <https://cps.fgv.br/desigualdade>

Equipe responsável pelo Boletim:

Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/DSC/UNICAMP ccas@fcm.unicamp.br	Departamento de Vigilância em Saúde SMS Campinas saude.vitais@campinas.sp.gov.br
Marilisa Berti A. Barros Margareth Guimarães Lima Samantha Hasegawa Farias Maria do Carmo Ferreira Ana Paula Belon	Solange D. de Mattos Almeida Juliana Natívio Andrea Paula Bruno Von Zuben
Consulte nossos boletins nos sites:	http://www.saude.campinas.sp.gov.br http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/



MORTALIDADE EM CAMPINAS

Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no Município de Campinas

Boletim nº 58

DESIGUALDADES SOCIAIS NA MORTALIDADE

Dezembro/2019
ISSN: 2525-9059

