Levantamento demonstra o peso da desigualdade social na mortalidade

Monitoramento avalia o perfil sociodemográfico da mortalidade por grupos etários em Campinas

ISABEL GARDENAL
bel@unicamp.br

Embora a taxa global da mortalidade de Campinas tenha decrescido de forma importante nesta década, ela continua significativamente superior no estrato de menor nível social da população. O comentário foi feito pela médica sanitarista da Unicamp Marilisa Berti Barros, coordenadora do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), com sede na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade. Esta e outras constatações foram obtidas de um monitoramento do CCAS que avaliou o perfil sociodemográfico da mortalidade por grupos etários e por causas específicas, analisando as taxas de mortalidade infantil e da mortalidade por neoplasias, entre outros indicadores. O trabalho comparou a mortalidade de 2000-2002 com a observada em 2006-2008, retratando o risco de morte da população de Campinas, que em 2007 somava 1.050.000 habitantes.

Esses resultados acabam de ser publicados no Boletim Mortalidade em Campinas nº 44, elaborado por profissionais do Centro Colaborador e disponível nos sites http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/ e www.saude.campinas.sp.gov.br. Na série de edições já publicadas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no âmbito do projeto de monitorização dos óbitos no município de Campinas, este é o primeiro boletim sobre "A tendência da desigualdade social na mortalidade".

O monitoramento trabalhou com a questão da mortalidade em termos de dados globais da população. Eles foram extraídos das bases nacionais de informação, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e como o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), e de projeções populacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. As edições mais recentes do boletim trataram sobre a esperança de vida em Campinas, a mortalidade infantil, a mortalidade segundo gênero e a mortalidade pelos acidentes de trânsito.

Uma avaliação positiva salientada pela sanitarista foi a redução significativa da desigualdade social na mortalidade por homicídios entre os dois triênios analisados. O risco de morrer por homicídio, que em 2000-2002 era 4,4 vezes maior no segmento social mais desfavorecido, passou a ser duas vezes maior entre 2006-2008.

Mesmo verificando um significativo declínio da mortalidade por Aids em Campinas, o monitoramento detectou um ligeiro aumento da desigualdade social na mortalidade por essa causa. Apesar de a doença ainda ser foco de preocupação na saúde pública, a explicação de Barros é que, como o risco de mortalidade diminuiu mais no melhor nível socioeconômico (NSE), no qual reduziu de 8,7 em 2002 para 4,9 por 100 mil habitantes em 2006-2008, a diferença com o segmento de pior nível social ficou um pouco ampliada. As desigualdades sociais na mortalidade, define, são provocadas por vários determinantes sociais e são consideradas evitáveis e socialmente injustas.

De acordo com ela, o trabalho de monitoramento e de publicação dos boletins visa situar melhor a tendência de determinados riscos e causas de óbito no decorrer do tempo. "O nosso grupo atualiza esses dados e acompanha as informações até o último ano disponível." Para definir os segmentos sociais, informa, o grupo trabalhou com áreas da cidade consoante ao nível socioeconômico: pior, médio e melhor. O pior nível socioeconômico compreendeu as áreas sudoeste e sul do município; o médio, a área leste e parte da central; e o melhor esteve presente predominantemente em algumas áreas da região central e norte do município.

Os estratos socioeconômicos, elucida Barros, foram definidos com base em indicadores obtidos de informações censitárias. Ao colocar Campinas como foco de análise, avaliaram-se itens como renda e escolaridade dos chefes das famílias. "Tais estratos foram estipulados de forma que tivessem um terço da população e fossem proporcionalmente do mesmo tamanho, representativos dessas desigualdades", esclarece a socióloga Ana Paula Belon, que integra o grupo do CCAS.

Essa distribuição, explica, não tem a ver com os bairros de Campinas e sim com a área de abrangência das unidades básicas de saúde. "Fazemos um monitoramento da mortalidade, o que equivale a acompanhar as suas tendências e verificar as modificações nos perfis de causas e distribuição por idade, por áreas de riscos de mortalidade em Campinas."

Foto: Antonio Perri

Vista área da região central de Campinas: mapeamento do município é revelador das disparidades

Fotos: Antonio Scarpinetti

A sanitarista Marilisa Berti Barros, coordenadora do CCAS: acompanhamento sistemático

A socióloga Ana Paula Belon: níveis de mortalidade são calculados com base nos estratos

Levantamento

O monitoramento comparou as mortes que acometem as populações de três áreas ou estratos sociais da cidade. No estrato social mais baixo, 31% (406.414) da população era formada por crianças e jovens com idade inferior a 15 anos. No estrato alto, esta proporção era menor – 18% (308.402). Quando analisado o envelhecimento, notou-se que no estrato alto 14% da população tinha 60 anos ou mais, enquanto no estrato baixo, a população idosa representou minoria: 5%. Ao observar a escolaridade dos responsáveis pelos domicílios, no estrato baixo os que tinham ensino superior representavam somente 2,5%. No estrato alto, esse percentual saltava para 36,3%. "Esses dados ilustram as desigualdades espaciais do município. É em relação aos estratos que são calculados os níveis de mortalidade", relata Belon.

Já o risco de morrer em qualquer faixa etária estudada, refere Barros, mostrou-se maior entre as pessoas que moravam nas áreas de pior nível socioeconômico. "E, dependendo da faixa de idade, esse risco pode ser até duas vezes maior no estrato de pior NSE. As maiores desigualdades são verificadas no adulto jovem."

Conforme a socióloga, a avaliação foi feita para cada tipo de causa. No caso das doenças cerebrovaculares, exemplifica, a taxa do risco de morrer foi 40% maior para as pessoas que moravam nas regiões de pior nível, como o DIC I, o DIC III e o Jardim Itatinga.

Não apenas as doenças infecciosas e parasitárias, mas também as crônicas, tiveram uma maior incidência de mortes na população de pior nível socioeconômico, sendo que as doenças crônicas afetam mais fortemente a população idosa.

Por outro lado, lembra a sanitarista, para duas causas de morte esta lógica foi visivelmente invertida, ou seja, as pessoas que tinham melhor nível socioeconômico apresentaram maior risco. Foram os casos da mortalidade por câncer de mama e por câncer de cólon (intestino). "De resto, para as demais localizações de câncer as mortes foram mais incidentes na população de baixo nível socioeconômico", descreve.

Uma justificativa, segundo Barros, é que as causas da mortalidade estão associadas às condições de vida e ao estilo de vida das pessoas. "Cada doença e tipo de câncer são provocados por conjuntos de fatores de risco aos quais as pessoas estão 'mais ou menos' expostas, dependendo da sua posição social", expõe a sanitarista. Isso vale para a dieta, a atividade física, os hábitos como tabagismo e a ingestão de bebida alcoólica, o comportamento sexual, os cuidados gerais com saúde e o acesso aos serviços de saúde. "Porém são vários os fatores intervenientes e que podem ser causais."

Motivo de comemoração dos profissionais do Centro Colaborador foi que o número de consultas pré-natais acabou praticamente sendo o mesmo para os diferentes segmentos sociais. "Isso significa que, no atendimento à gestante, está sendo atingida maior equidade em Campinas", afirma. "É o SUS que, por meio da rede pública, garante maior acesso da população carente ao conjunto dos exames diagnósticos necessários para o cuidado e o tratamento."

Para o câncer do colo do útero, notou-se uma redução significativa da desigualdade social, sobretudo graças à ampliação da cobertura de exames de Papanicolaou. "Agora, não estamos falando que a qualidade seja a mesma", ressalva a sanitarista. Diante desses dados, opina, um grande desafio do poder público será monitorar os programas implantados e procurar avaliar a qualidade dos serviços.

Vigilância

Barros revela que desde a década de 90 atua na área de vigilância dos óbitos da cidade, sempre na Unicamp. Ela relata que felizmente nunca houve interrupção desse trabalho em todas as gestões municipais e que as informações obtidas em geral são divulgadas para a rede pública, unidades básicas, imprensa, profissionais da saúde e gestores.

Com a análise e a divulgação dos dados, o objetivo é que as informações sejam progressivamente incorporadas às práticas e aos planejamentos dos gestores. De um certo modo, revela ela, esse aporte de conhecimento traz também elementos de avaliação. "Se percebemos que há uma redução da desigualdade, isso significa que o SUS naquele programa está trabalhando bem e na direção correta."

O monitoramento conduzido pelo CCAS está intrinsecamente ligado à epidemiologia, disciplina básica da saúde pública que se volta para a compreensão do processo saúde-doença das populações, aspecto que a diferencia da clínica, que tem por objetivo o estudo desse mesmo processo, mas em termos individuais.