

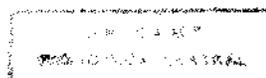
JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.

DIFERENCIAIS INTRA-URBANOS DE SAÚDE  
EM OLINDA/PE

Dissertação de Mestrado apresentada  
à Faculdade de Ciências Médicas da  
UNICAMP, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em  
Medicina, Área de Concentração em  
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Marilisa Berti Azevedo Barros (UNICAMP)

CAMPINAS  
UNICAMP  
1995



UNIDADE	33C
N.º CHAMADA	25915
V.	5
T.º	25915
PR.OC.	433/95
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PRECO	R\$ 11,00
DATA	28/10/95
N.º CPD	

CM-00078642-8

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva Jr., Jarbas Barbosa  
 L628d      Diferenciais Intra-urbanos de Saúde em Olinda-PE / Jarbas Barbosa da  
 Silva Jr. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Marilisa Berti Azevedo Barros

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
 Ciências Médicas.

1. Desigualdades em Saúde. 2. Diferenciais intra-urbanos de saúde. 3.  
 Epidemiologia. I. Barros, Marilisa Berti Azevedo. II. Universidade Estadual  
 de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

---

**Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

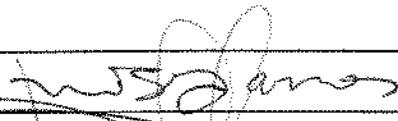
**Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilisa Berti Azevedo Barros**

---

---

**Membros:**

---

1. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilisa B. Azevedo Barros 
2. Prof. Dr. Moisés Goldbaum 
3. Prof. Dr. Luiz Jacinto da Silva 

Curso de pós-graduação em Medicina, área de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:** 06/09/95

---

Aos meus pais, Jarbas e Jônia, porque me deram amor e exemplos.  
A Fernando, Vitor, Alice e a(o) que está vindo, porque todo dia me alegram a vida.  
À Fernanda, porque me enche os dias com paixão.

*Urbe imensa,  
Pensa o que será e foi  
Pensa no boi  
Enigmática máscara boi  
Tem piedade*

*Megacidade  
Conta os teus meninos  
Canta com teus sinos  
A felicidade intensa  
Que se perde e encontra em ti  
Luz dilui-se e adensa-se  
Pensa-te*

(Caetano Veloso - Aboio)

*“Não há ideal que não seja impelido por uma grande paixão. A razão, ou melhor, o raciocínio que produz argumentos pró e contra para justificar as escolhas de cada um diante dos demais, e acima de tudo diante de si mesmo, vem depois. É por isso que os grandes ideais resistem ao tempo e à mudança das circunstâncias e são, a despeito dos bons ofícios da razão conciliadora, irredutíveis um ao outro.”*

(Norberto Bobbio, sobre o ideal da igualdade)

## APRESENTAÇÃO

Apesar de a Epidemiologia ter mantido vínculos, desde sua origem, com a temática das desigualdades sociais e, particularmente, com o diferenciamento de riscos para o adoecer e o morrer em coletividades, seu desenvolvimento mais recente fez com que grande parte do debate que se incrementa, a partir dos anos 80, sobre as *desigualdades em saúde* não estivesse situado no interior do campo epidemiológico, inclusive em seus aspectos de *diagnóstico e análise de situação*, onde o instrumental teórico e metodológico da Epidemiologia a colocaria em privilegiada condição de contribuir.

Atualmente, o interesse crescente que esse tema vem despertando fez com que fossem rapidamente extrapolados os círculos acadêmicos e o debate restrito aos especialistas. Verificar a existência de *desigualdades em saúde*, especialmente daquelas que podem ser consideradas como injustas pela magnitude que assumem, tem-se transformado também em objeto de agudas disputas políticas e de proposição / correção de políticas sociais por organismos internacionais, governos e partidos.

A Organização Panamericana de Saúde - OPS (1990), nas resoluções da XXIII Conferência Sanitária Panamericana, aponta a necessidade de “desenvolver a capacidade do setor [saúde] para aplicar um enfoque epidemiológico ao conhecimento do estado de saúde da população” e propõe a “tarefa de documentar e analisar os efeitos da estagnação econômica, da crise geral, da desigualdade social e a multiplicação da pobreza extrema, sobre as condições de saúde da população”, como premissa para se estabelecerem ações de saúde e multissetoriais destinadas a alterar o panorama sanitário do continente.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS "as desigualdades flagrantes na situação sanitária dos povos, tanto entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento quanto no interior dos próprios países, são política, econômica e socialmente inaceitáveis" (OMS, 1990).

Apesar dessa valoração, os perfis produzidos pelos serviços de saúde e que deveriam servir de base para as definições de prioridades no setor, trabalham, via de regra, apenas com variáveis demográficas dos indivíduos (sexo, idade, estado civil, etc.) e com indicadores construídos para níveis de agregação (países, estados e municípios) com elevado grau de heterogeneidade social, incapazes, portanto, de identificar os diferentes grupos populacionais em condições mais desfavoráveis de vida e saúde.

Essa situação é bem sublinhada por Vieira (1990), ao relatar que "num estudo recente da OPS em cinco países da América Latina, inclusive o Brasil, a respeito do impacto da crise sobre a saúde, houve muita facilidade para demonstrar os efeitos econômicos (...). Não houve, entretanto, a mesma facilidade para identificar os impactos sanitários da crise econômica". Esse mesmo autor avalia que "poucos países, hoje em dia na América Latina, estão medindo de uma forma sistemática, rotineira e explícita, os níveis de equidade nos seus sistemas de saúde e nos riscos de sua população quanto à saúde".

As explicações para esse quadro são de diversas ordens, indo desde a indisponibilidade de dados organizados de maneira a permitir análises desse tipo até os problemas de ordem teórica e metodológica que se discutirão mais adiante. A constatação dessas dificuldades transparece nos números do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado, em 1990, em Campinas (SP), onde apenas 14,7% dos trabalhos apresentados foram catalogados como tendo por objeto as "Desigualdades Sociais". Certamente que, não pela intencionalidade dos autores, grande parte desses

trabalhos versavam, em verdade, sobre desigualdades regionais, comparando dados secundários, geralmente indicadores de mortalidade, entre cidades, estados e grandes regiões do país. O III Congresso, realizado este ano (1995) em Salvador (BA), apesar de ter posto as relações entre a Epidemiologia e as iniquidades em saúde, como temário central, ainda não obteve uma alteração significativa dessa proporção.

O presente estudo situa-se no interior desse movimento de busca de superação teórica e metodológica, procurando utilizar o instrumental epidemiológico de análise da ocorrência de doenças e agravos e seus determinantes, em coletividades, assim como as contribuições dos estudos sobre desigualdades sociais e espacialização dos problemas de saúde para construir um perfil de saúde do município de Olinda, capaz de apontar os grupos geopopulacionais submetidos aos maiores de risco de adoecer e morrer devido às suas precárias condições de vida.

Recuperar o terreno perdido é inadiável, até mesmo porque, concordando com as palavras da Introdução do estudo que assumiu o papel de fulcro do debate sobre esse tema no continente europeu, o *Black Report*, as “desigualdades em saúde são de interesse de todos os países e representam um dos maiores desafios possíveis para conduzir uma política governamental. Isto tem se tornado ainda mais verdadeiro nas condições extremas dos anos 90 do que era nos anos 80” (Townsend, 1992).

Nesta Dissertação fez-se uma opção, em grande parte devido às próprias limitações, de procurar não a tentativa de apresentação de soluções para as imensas questões de ordem teórica e metodológica que, desconfia-se, ainda se está nas primeiras aproximações, e sim reposicionar alguns conceitos centrais dessa temática (Capítulo I); refazer a trajetória histórica e teórica da Epidemiologia em relação a essa sempre candente e polêmica questão das desigualdades, talvez como uma necessidade de procurar onde e por que a trama se perdeu, para poder reencontrá-la mais adiante

(Capítulo II); com preocupação de sentido pragmático, procurou-se verificar a propriedade de utilização de uma “plataforma” construída com dados acessíveis e facilmente operacionalizáveis pelos sistemas de saúde, que *desconstruam* a aparente homogeneidade de espaços tão heterogêneos como as nossas cidades (Capítulo III), para se possam analisar situações de saúde indo além dos valores médios tradicionalmente empregados, que terminam, independentemente das vontades e intenções, contribuindo para ocultar as imensas injustiças sociais existentes (Capítulo IV).

A presente Dissertação tem uma história algo tortuosa, como alguns dos caminhos percorridos por minha formação teórico-acadêmica e inserção nas práticas do Sistema Único de Saúde - SUS desde o início da década. No entanto, inegavelmente, em cada reflexão aqui realizada, em cada dúvida erigida, em cada opinião revelada, há muito do que nesse tempo pude compartilhar, fazendo-se necessário registrar alguns agradecimentos, ainda que eles não consigam traduzir, nem tudo, nem todos, os que aqui estão, de alguma maneira, presentes.

Agradeço, inicialmente, aos participantes dos vários *grupos de destino* que tenho integrado nesses cinco anos e que foram / são decisivos em minha formação. O dos colegas da pós-graduação, especialmente aos, literalmente, companheiros de viagem, pelos vários “cursos” que realizamos no trajeto São Paulo-Campinas-São Paulo; o dos colegas e alunos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC / CPqAM e do Dept<sup>o</sup> de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas / UPE, pela esperança compartilhada de construir um espaço de docência e pesquisa em Saúde Coletiva em Pernambuco; os da Secretaria de Saúde de Olinda e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, pela confiança e pelo apoio com que sempre me cercaram, cúmplices permanentes nesse desafio de alargar o espaço da cidadania na área da saúde; o da pesquisa “Vigilância à saúde segundo condições de vida -

Olinda/PE”, sempre disposto a sugerir, criticar, ajudar a resolver dilemas teóricos e práticos, cujos resultados iniciais estão parcialmente presentes aqui. Nomeio alguns, como Zé Luiz, Rômulo, Ana Paula, Antônio, Christianne, Regina, os Cláudios, Pedro, as Terezas, Paulinho, os Lulas, Reneide, Adeilza, Eronildo, Satva, entre tantos;

Aos que têm compartilhado os debates, as dúvidas e as inquietações, as novas descobertas teóricas que estão substituindo tantas certezas que foram demolidas junto com os muros que ainda estão desabando. Que continuemos sempre dispostos, como diria Nietzsche, a não nos deixar “queimar por nossas opiniões: não estamos tão seguros delas. Mas, talvez, por podermos ter nossas opiniões e podermos mudá-las”;

A minha família, meus pais, Joanna Thereza, Vicentina e Celeste pelo apoio permanente durante minha estada em São Paulo;

Aos meus amigos participantes do *gueto* pernambucano em São Paulo, especialmente a Kátia, Expedito, Sálvia e Amélia;

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Marilisa Berti A. Barros, por suas palavras de estímulo, pelas indicações e críticas, pela combinação rara de brilhantismo intelectual com uma permanente simplicidade e de rigorosa exigência com tolerância na aceitação da alteridade;

Aos alunos e professores da pós-graduação da UNICAMP, especialmente aos que me marcaram por sua elaboração teórica refinada e instigante, como Everardo Nunes e Luis Jacintho;

A Dr<sup>a</sup> Cristina Piedras e ao Dr. Moisés Goldbaum, pela oportunidade de realizar a pesquisa “Vigilância à saúde segundo condições de vida - Olinda/PE”;

A Djalma, pelo paciente trabalho de revisão, pelas críticas, talvez muito condescendentes e pelas preciosas sugestões, sempre no “alvo”;

A Cristina, Eduardo, Conceição, Roberto e todos os auxiliares de pesquisa, pelo apoio decisivo nos inúmeros e incontornáveis, sem sua ajuda, problemas com os dados, os mapas, o computador, etc:

A Ana Bernarda e Ivanise, pela ajuda com o inglês;

A Fernanda, por suas carinhosas palavras de estímulo, por suas enérgicas cobranças e pelo apoio solidário e cúmplice em todos os momentos.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>VI</b>
<b>RESUMO</b>	<b>XIV</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>DIFERENTES, DESIGUAIS E INJUSTIÇADOS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TEORIAS DA DESIGUALDADE</b>	<b>15</b>
1.1 - AS DIFERENTES DIFERENÇAS	15
1.2 - DAS BARRICADAS DE PARIS À ESTAÇÃO FINLÂNDIA	23
1.3 - AS APROXIMAÇÕES	29
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>A EPIDEMIOLOGIA E A DESIGUALDADE</b>	<b>37</b>
2.1 - O OLHAR SOBRE OS DESIGUAIS	37
2.2 - UMA HISTÓRIA DE ENCONTROS E DESENCONTROS	42
2.3 - O ENIGMA CHAMADO SNOW	52
2.4 - A SEGUNDA MORTE DA EPIDEMIOLOGIA. DESSA VEZ, APENAS ... A SOCIAL	57
2.6 - EPIDEMIOLOGIA E INIQUIDADES EM SAÚDE: DE VOLTA AO SOCIAL ?	62
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>O ESPAÇO DO ESTUDO: OLINDA</b>	<b>67</b>
3.1 - A CIDADE	67
3.2 EM BUSCA DA CIDADE HETEROGÊNEA	75

<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>DIFERENCIAIS DE SAÚDE: AS OLINDAS DENTRO DE OLINDA</b>	<b>84</b>
4.1 - O HAITI É AQUI... O HAITI NÃO É AQUI	84
4.2 - CONCLUSÕES	101
<b>SUMMARY</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>106</b>

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi contribuir para o desenvolvimento de análises de situação de saúde, capazes de apreender diferenciais relacionados com a desigualdade de condições de vida presentes nos diversos grupos populacionais que coexistem no interior do espaço urbano.

A partir da revisão das principais teorizações acerca da temática das desigualdades sociais e das relações que se desenvolveram, ao longo do tempo, entre esta e a Epidemiologia, ressaltou-se a necessidade de serem adotadas metodologias que possibilitem a operacionalização de variáveis que reflitam essas desigualdades, ao mesmo tempo que fossem disponíveis para utilização pelo sistema de saúde, ampliando sua capacidade de identificar os grupos populacionais prioritários para o planejamento das ações sanitárias.

Assumiu-se a premissa da determinação social existente na ocupação do espaço urbano e adotou-se um conjunto de características de padrão habitacional e de infra-estrutura urbana como aproximação das condições de vida. Construiu-se, assim, uma estratificação populacional baseada no agrupamento de conjuntos de áreas da cidade de Olinda-PE, com homogeneidade para aquelas características.

Utilizando-se indicadores de saúde de uso comum na prática epidemiológica, realizou-se um diagnóstico da situação de saúde desses agregados que resultou na detecção de diferenciais significativos entre eles, correspondendo níveis ascendentes de situação de saúde àqueles com melhores condições de vida. Tal resultado é indicativo da existência de iniquidades em saúde na cidade estudada, além de sugerir a possibilidade de utilização de variáveis relacionadas ao meio urbano como adequadas para a construção de sistemas de estratificação que permitam a apreensão dessas diferenças no risco de adoecimento e morte associadas com a desigualdade social.

## CAPÍTULO I

### DIFERENTES, DESIGUAIS E INJUSTIÇADOS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TEORIAS DA DESIGUALDADE

#### 1.1 - AS DIFERENTES DIFERENÇAS

A busca de explicação para as desigualdades existentes entre os humanos constituiu-se em objeto de reflexão desde que, na Grécia dos séculos VI e VII a.C., reuniram-se as condições para emergir “um pensamento livre e bem individualizado” no mundo ocidental, momento em que teria se operado a transição do “mito para o pensamento racional”, que inaugurou a Filosofia (Bernhardt, 1973:24). O nascimento da *pólis* e da democracia ateniense propiciou as primeiras reflexões sobre a política, incluindo as questões concernentes à distribuição de bens, direitos e obrigações entre os cidadãos e entre esses e os escravos.

Aristóteles foi um dos primeiros filósofos a dirigir e registrar suas reflexões para os dilemas colocados pelas desigualdades existentes em sua época, apresentando princípios de *igualitarismo* que, sintonizados com as necessidades de legitimação das práticas sociais vigentes na comunidade ateniense, justificavam como *naturalmente* determinados, os desníveis existentes entre os homens, já que alguns estariam *destinados* para “comandar e outros [destinados] para obedecerem” (Machado, 1983:24). Coerentemente com essa premissa, Aristóteles prescreve “regras de distribuição” para os bens sociais que previam a destinação de “partes iguais aos iguais” (Oppenheim, 1992:599), o que, necessariamente, operaria no sentido de cristalizar as desigualdades.

A partir de então, com propósitos e motivações diversas, inúmeros pensadores, ao analisarem a sociedade humana, tomaram a questão das desigualdades como objeto de análise teórica e de engajamento político, seja para as justificar, apresentando-as como derivadas dos *designios divinos* ou mesmo como decorrentes de uma abstrata *natureza humana*, seja para as contestar, apontando-as como injustas e derivadas da própria maneira de como os homens constroem sua história. Muitas vezes essas concepções antagônicas conviveram (e convivem ainda) simultaneamente nas mesmas sociedades.

É preciso, portanto, nesse terreno, necessariamente polêmico, buscar uma melhor explicitação dos conceitos envolvidos nessa temática. Em primeiro lugar é essencial estabelecer que as noções de *igualdade* e *desigualdade* entre os humanos estão sempre relacionadas a alguma específica e bem determinada característica, que precisa estar explicitamente enunciada. Todos podem ser considerados absolutamente *iguais* aos outros se tomados por uma característica genérica o suficiente para ser extensiva a qualquer um, ou completamente *desiguais*, se comparados por condição tão restritiva que resulte em individualização.

A qualidade de ser igual ou desigual possui caráter apenas *descritivo*, não estando, necessariamente, associada com juízo de valor sobre *justiça* ou *injustiça*. Consideram-se as desigualdades como:

- (a) *naturais*, quando ocorrerem enquanto *diferenças* ou *dessemelhanças* entre os *indivíduos* existentes na espécie humana (gênero, raça, idade, etc.), ou
- (b) *sociais*, quando têm ocorrência deterministicamente associada com a estrutura da sociedade onde estão inseridas.

As desigualdades *sociais* originam-se na ocupação, pelos homens, de posições diferentes no que diz respeito “ao acesso a bens sociais a que todos, em geral, aspiram, mas cuja disponibilidade é escassa” (Cavalli, 1992a:443). Esse tipo de desigualdade tem sido descrita como de ocorrência em todas as sociedades humanas conhecidas<sup>1</sup>, embora com padrões e causalidade bastante variáveis, propiciando o agrupamento dos seus componentes em diferentes *classes*. Estas seriam, de maneira genérica, conjuntos de indivíduos que se apresentam, quanto a determinadas características, homogêneos internamente e diversos em relação aos demais. Esses agrupamentos conformam uma determinada diferenciação no interior da sociedade que é denominada, tomando-se de empréstimo um conceito empregado pela Geologia para representar as diferentes *camadas do solo*, de *estratificação social*.

As desigualdades *naturais* existentes entre os humanos, além de não determinarem a ocorrência das desigualdades *sociais*, apresentam-se, muitas vezes, bastante condicionadas por estas. Diferenças de força, estatura, inteligência e fecundidade, entre outras, não variam apenas, nem principalmente, em função da diversidade biológica da espécie humana, e sim do entorno social onde ocorrem. Ao mesmo tempo, diferenças *naturais*, como as existentes entre os sexos e as raças, só propiciam o surgimento de desigualdades *sociais* quando “uma sociedade escolhe tais diferenças como critérios para a atribuição dos vários papéis sociais” (Cavalli, 1992b:170). Ou seja, a condição necessária para que tal relação causal ocorra é sua valoração prévia, realizada pela própria sociedade e em circunstâncias históricas específicas, o que as *desnaturaliza* quase completamente.

---

<sup>1</sup> Há opiniões controversas que questionam se teriam realmente existido sociedades humanas primitivas que se apresentaram sem qualquer traço de desigualdade, de maneira completamente *igualitária*.

Em outras palavras, é possível afirmar, inclusive com o apoio da constatação empírica de não existir ocorrência coincidente entre os padrões dos dois tipos de desigualdades, a *natural* e a *social*, ao longo da história, que “os mecanismos mediante os quais são distribuídos bens e valores sociais dependem mais da estrutura da sociedade que da distribuição das características, qualidades e capacidades ‘naturais’ ” (Cavalli, 1992a:443).

Como já registrado, a desigualdade, mesmo a socialmente determinada, não remete, necessariamente, à idéia de *injustiça*. Esta, exige um julgamento de valor, encontrando-se melhor consubstanciada na noção de *iniquidade*<sup>2</sup>. Esse conceito, de maneira diversa do apresentado pelos de *diferença* e de *desigualdade*, não se reveste de caráter apenas descritivo e sim normativo, na medida em que sempre pretende enunciar um “deve-ser”. Tradicionalmente utilizado no âmbito do Direito para representar a ascendência da *justiça* sobre a *legalidade*, tem sido muito empregado, nos anos recentes, em análises sobre desigualdades sociais onde qualificam aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude e/ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis. Reafirme-se, contudo, que esse julgamento, especialmente ao tratar de questões como “qualidade de vida” ou “níveis de saúde”, necessariamente exige o estabelecimento, *a priori*, de uma linha divisória, que será tomada como parâmetro de *justo / injusto*, e que se orienta, em grande parte, por princípios morais, éticos e políticos, historicamente dados.

No presente estudo assume-se a *provisoriade* de qualificativos como “boa” ou “má” condição de saúde, necessariamente circunscritos ao momento em que são

---

<sup>2</sup> Aristóteles ainda sugere a existência de uma diferenciação, embora não relevante para o objetivo desse trabalho, entre os conceitos de *equidade* e de *justiça*, referindo que o último é adequado para a regra *universal*, válida para todos, e o primeiro para o caso *particular*, que precisa ser tratado diferentemente.

aferidos. razão porque deve-se inscrever as "necessidades de saúde" entre aquelas que, mesmo com evidentes, porém não conhecidos, limites biológicos, pelo menos em nosso horizonte existencial, recusam qualquer caráter escatológico. Propõe-se, então, falar de *iniqüidades* em saúde, não enquanto um valor abstrato e sim como uma manifestação mensurável da injustiça social, aqui representada pelos diferenciais no risco de morrer que coexistem em um mesmo espaço urbano - a cidade -, associados com heterogêneas condições de existência e acesso aos bens e serviços, inclusive os de saúde. Trata-se, portanto, de uma linha divisória permanentemente em movimento, que propõe colocar os melhores níveis de saúde efetivamente alcançados por alguns grupos sociais daquele espaço, naquele momento, como um limite possível de ser universalizado, ou seja, um "pode-ser", caso a sociedade fosse mais igualitária quanto às características que determinam esses diferenciais, embora ainda se distancie do parâmetro estabelecido pelo "deve-ser".

A desigualdade pode ser fator tanto de produção quanto de superação de iniquidades, como demonstrado por Kadt & Tasca (1993:14), ao descrever as três relações mais habitualmente verificáveis entre os dois conceitos nas sociedades contemporâneas:

(a) "desigualdade com iniquidade" - situação mais comum nos centros urbanos dos países subdesenvolvidos e no Brasil, onde superpõe-se um desnivelamento importante, detectável por indicadores específicos, com um modelo econômico e social que opera no sentido de as aprofundar. Ou seja, os mais aquinhoados no "ponto-de-partida" social, também são mais favorecidos no acesso aos bens e serviços e aos mecanismos de mobilidade social;

(b)“iniqüidade sem desigualdade aparente” - freqüente nos países desenvolvidos, principalmente a partir do pós-guerra, onde a redução visível dos desniveis sociais não teve acompanhamento sincrônico de redução das injustiças no acesso a bens e serviços essenciais. Deve ser sublinhado, entretanto, que o grau de iniquidade apresentado nesses países ainda é muito inferior aos do primeiro tipo;

(c)“desigualdade aparente sem iniquidade” - recursos alocados principalmente para quem está em pior situação, como fator de promoção da equidade. Ou seja, a adoção de políticas sociais capazes de compensar a “desvantagem” do ponto-de-partida.

Cabe registrar ainda que nem sempre a concordância com a existência de uma prévia igualdade *natural* entre os humanos coincidiu com a defesa de posições orientadas pela busca de valores às vezes tomados como correlatos, de *justiça* ou *liberdade*. O melhor exemplo é encontrado em Hobbes que, no *Leviatã*, justifica a necessidade de um poder despótico, e de déspotas por decorrência, para que fosse garantida a “paz social”, inalcançável sem a existência desse poder, na medida em que a “igualdade natural”, que ele reconhecia existir, determinaria uma permanente “guerra de todos contra todos”, conduzindo a uma sociedade que, na ausência daquele poder, estaria entregue à violência e à barbárie (Bernhardt, 1981:124).

Por outro lado, também, parece não existir correspondência entre reconhecimento da determinação social das desigualdades e a vinculação com a defesa de proposições democráticas para a organização da sociedade. A *tentação* de alcançar um completo *igualitarismo* acometeu, entre outros, alguns *anarquistas* no início do século passado que, a exemplo dos *niveladores* e de alguns *calvinistas* primitivos, consideravam todas as formas de diferenças entre os humanos como originárias da desigualdade social e intrinsecamente injustas.

Assim, prescreviam uma improvável sociedade onde a instalação da homogeneidade completa da cultura e dos costumes, aliada a um nivelamento social absoluto, levaria a uma progressiva uniformização da espécie humana e, por conseqüência, a extinção de todas as formas de desigualdades (Oppenheim, 1992). Uma sociedade desse tipo seria, certamente, indesejável para os propósitos libertários de seus proponentes, porque a condição para a sua realização seria a instauração de um totalitarismo que *igualasse* inclusive as idéias sobre a própria forma de organizar a sociedade.

Atestando o caráter polêmico dessa temática, vale assinalar ainda que sequer a valorização *negativa* das iniquidades se constitui em assertiva unanimemente aceita. Há algumas vertentes na Sociologia, entre os *funcionalistas*, e na Política, entre os *liberais*, que consideram a estratificação decorrente das desigualdades sociais como *insuperável*, o que seria comprovado pelo fato de sempre ter ocorrido, ainda que sob as mais variadas maneiras de organização social, e *desejável*, por ser capaz de desempenhar um positivo papel *motivador* sobre as camadas “de baixo” existentes nas sociedades (Boudon & Bourricaud, 1993).

À guisa de conclusão, poderia ser esboçada uma classificação que agrupasse as diversas atitudes diante das desigualdades sociais apresentadas pelos teóricos que as procuraram compreender e explicar, em dois pólos, um deles ocupado pelos que as consideram como “*justas, úteis e imutáveis*” e sua *antítese* que seria representada pelos que as pensam enquanto “*injustas, inúteis e mutáveis*”. Entre essas duas posturas antagônicas, é possível detectar um sem número de possíveis posições intermediárias e combinações não excludentes, inclusive os que anunciam a intenção de não *contaminar* sua análise com julgamentos de cunho *moral* ou *político*, pretendendo alcançar uma

*neutralidade* que a história concreta dessas teorias até hoje tem desautorizado (Pastore, 1985:2).

## 1.2 - DAS BARRICADAS DE PARIS À ESTACÃO FINLÂNDIA

Foi o *iluminista* Jean-Jacques Rousseau, em 1755, num de seus mais famosos *Discursos* (1983a), contrapondo-se àqueles a quem acusaria, alguns anos mais tarde, como “fatores do despotismo” (1983b:30), quem localizou, por primeiro, a origem e os fundamentos da desigualdade existente entre os homens na maneira de organização da sociedade.

Rousseau, que para Ralf Dahrendorf, teria formulado “as questões essenciais” em relação às desigualdades sociais (Boudon & Bourricaud, 1993:141), iniciou sua teorização distinguindo os dois tipos de desigualdades entre os homens: a *natural* ou *física*, “estabelecida pela natureza e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças do corpo e das qualidades do espírito e da alma” e a *moral* ou *política* que “depende de uma espécie de convenção e que é estabelecida ou, pelo menos, autorizada pelo consentimento dos homens” e que “consiste nos vários privilégios de que gozam alguns em prejuízo de outros” (1983a:235).

A causalidade social desse tipo de desigualdade é reforçada, em Rousseau, por conclusões como a que apresenta a existência originária de uma *quase-igualdade* entre os humanos quando se encontravam “no estado de natureza”, cabendo a responsabilidade pela força e pelo desenvolvimento das desigualdades “a nossas faculdades e aos progressos do espírito humano, tornando-se, afinal, [a desigualdade] estável e legítima graças ao estabelecimento da propriedade e das leis” (Rousseau, 1983a:282).

Afirmações como essas custaram a Rousseau exílios e perseguições políticas ao longo da sua vida, ao mesmo tempo em que o transformaram num dos mais

importantes precursores teóricos da revolução que, em 1789, enterrou o *ancien régime* na França, e que ostentava, em suas bandeiras tricolores, exatamente a defesa da *égalité* como uma de suas divisas principais. Na República daí nascida, formalizou-se, pela primeira vez, a igualdade entre os homens, senão a de fato, pelo menos a de direito, o que era radicalmente revolucionário para uma época onde se convivia, inclusive com grande aceitação social, com os regimes de escravidão e em que os desejos reais podiam determinar os rumos sobre a vida e a morte dos súditos.

A temática das desigualdades sociais tem-se apresentado, desde sempre, enquanto um campo repleto de agudas polêmicas entre teorias diversas e, muitas vezes, antagônicas, na mesma medida da complexidade dos processos e mecanismos que as geram e, também, por refletirem a forte polarização ideológica e política que, invariavelmente, tem acompanhado esse debate.

Com referenciais teóricos bastante diferentes, foram apresentados vários sistemas explicativos que pretendiam não apenas descrever uma tipologia dos diversos agrupamentos - *estratos* ou *classes* - que estão presentes nas sociedades modernas, como buscar compreendê-las enquanto expressão de determinadas práticas sociais e revelar seus nexos causais.

Dentre estas, por sua influência, podem ser classificadas como *matrizes teóricas* do pensamento sobre esse tema, por terem propiciado desenvolvimentos diversos que até hoje se manifestam no debate sobre a estratificação social, a teoria *marxista* que apresentou a forma de “organização das relações de produção como a causa da existência de *classes*”; a teoria *funcionalista* que pensa a estratificação como consequência imediata da divisão do trabalho e uma terceira teoria, esboçada

inicialmente por Adam Smith, que “considera os fenômenos de estratificação como resultado de mecanismos de mercado” (Boudon & Bourricaud, 1993:216).

Karl Marx e Friedrich Engels construíram, em suas várias obras conjuntas, uma vigorosa denúncia do capitalismo e da sociedade burguesa, que vai-se transformar, a partir do final do século passado, no programa político hegemônico entre os partidos socialistas que buscavam representar o proletariado. A promessa última desse programa era abolir a exploração do homem pelo homem, construindo, de maneira “científica”, o sonho dos primeiros socialistas, ditos “utópicos”, de uma sociedade sem *classes* e, portanto, sem desigualdades.

Essas idéias embalaram praticamente todas as revoluções ocorridas durante os oitenta primeiros anos do nosso século. Estavam presentes no trem blindado que levou Lênin através da Europa para a Estação Finlândia e daí para liderar os bolcheviques na tomada do Palácio de Inverno, no outubro de 1917, na guerra *anticolonialista* travada nas selvas do Vietnã e nos movimentos de guerrilha que irromperam na América Latina nas décadas de 60 e 70.

Para o marxismo, na sociedade capitalista, a desigualdade é resultado da divisão da sociedade em *classes*, sendo estas definidas, *predominantemente*, pelo tipo de relação com os meios de produção apresentado por seus integrantes. Esse critério definidor diferencia radicalmente o conceito de *classe* utilizado no marxismo daquele apresentado por outros sistemas teóricos, que tomavam como base geralmente o nível de rendimento ou a propriedade.

Utilizando a tipologia sugerida por Ossowski, que distingue três categorias onde podem-se distribuir as diferentes imagens de estrutura de *classes* apresentadas

pelos vários sistemas teóricos, como: *concepções dicotômicas; esquemas de graduação* e *concepções funcionais* (Cavalli, 1992), a proposta marxiana seria catalogada no primeiro tipo, inclusive pela ênfase que adquire em sua obra o papel dos *antagonismos*, das *lutas* entre as *classes*, que poderiam ser consideradas como o propulsor da história de todas as sociedades humanas existentes até então (Marx & Engels, 1982: 106).

A interpretação da concepção marxista sobre *classes* como essencialmente dualística é apoiada em trechos como o que aponta as características principais de “nossa época, a época da burguesia, [que] distingue-se (...) por ter simplificado os antagonismos de *classe*. Toda a sociedade está a cindir-se, cada vez mais, em dois grandes campos hostis, em duas grandes *classes* em confronto direto: a burguesia e o proletariado” (Marx & Engels, 1982:107). Seriam essas, portanto, as duas *classes* fundamentais e antagônicas criadas pelo capitalismo: a *burguesia*, formada pelos proprietários dos meios de produção, e o *proletariado* que, privado desses meios, possuía tão somente sua força de trabalho para ser vendida aos burgueses. No entanto, é sempre bom ter em mente que essa “simplificação” foi realizada num texto destinado a realizar propaganda política ampla entre os proletários, o *Manifesto do Partido Comunista*, onde a preocupação fundamental não poderia ser o rigor teórico nem a precisão dos conceitos.

A teoria marxista apresenta algumas ambigüidades nessa questão, talvez pelo próprio Marx nunca ter concluído um conjunto de formulações capaz de ser caracterizado como uma acabada *teoria das classes*. O texto onde está esboçada essa intenção ficou limitado a alguns fragmentos, no inconcluso capítulo LII de *O Capital*, onde cita não as duas anteriores, mas “as três grandes *classes* do capitalismo” como

sendo constituídas pelos “proprietários de mera força de trabalho, os proprietários de capital e os proprietários de terra” (Marx, 1983:317).

Ainda nesse texto, constatando a dificuldade de enxergar limites precisos em regiões costumeiramente nebulosas, Marx admite que, precisamente na Inglaterra, onde a “sociedade moderna, em sua estruturação econômica, está desenvolvida ao máximo, do modo mais clássico, (...) essa divisão em *classes*, mesmo lá não aparece de modo puro” (Marx, 1983:317), e, em outros momentos, reportando-se ao conceito de *formação social*, Marx reconheceria que a sociedade não se constitui exclusivamente dessas duas *classes* fundamentais (Bottomore, 1988).

Outra questão a suscitar polêmica, no interior do legado teórico marxista sobre esse tema, é sugerida entre o peso da determinação predominantemente *objetiva* (relação com os meios de produção) diante da ênfase no papel da “consciência”, portanto, na *subjetividade*, como um dos elementos centrais na constituição da *classe* (Boudon & Bourricaud, 1993). Em Marx fica fortemente sugerida a primeira opção quando este diferencia o momento da identidade apenas de “situação comum [e de] interesses comuns” enquanto suficiente para já configurar a “classe-em-si”, enquanto, posteriormente, a “luta política” em defesa desses interesses caracterizaria a constituição da “classe-para-si” (Marx, 1982:159).

Bottomore (1988:62) vislumbra, em algumas contribuições de inspiração marxista mais recente, como a de Poulantzas, uma rejeição a essa “distinção”, por considerá-la “um resíduo hegeliano”, em contraposição ao pensamento de Lukács, entre outros, que “atribui importância crucial ao desenvolvimento da consciência de classe”. É bem evidente, no entanto, que para Marx, as *classes* constituíam-se, enquanto “grupos de existência real, como grupos de interesses organizados e não como meras

construções do observador” (Elster, 1989:142), a partir de recortes arbitrados por critérios como renda, grupo de ocupação ou instrução.

Essa inegável contribuição da obra marxista para a compreensão e a crítica das desigualdades sociais na sociedade capitalista propiciou diversas iniciativas para suprir e atualizar algumas dificuldades teóricas para sua utilização na análise de uma sociedade, que se complexificou, e mostrou-se muito mais permeável a mudanças e a contradições do que poderiam supor os que assistiram à sua traumática passagem para a maturidade, no século passado. Agrupar nos dias de hoje, por exemplo, todos os “despossuídos de meios de produção” numa única classe social, o *proletariado*, pode significar supor semelhança de consciência, de condição social ou mesmo de destino histórico entre indivíduos diferenciados o bastante entre si para pôr em dúvida a exatidão de tal sistema classificatório. Essas e outras lacunas, como a caracterização das “classes médias”, têm levado alguns dos (neo) *marxistas* contemporâneos a buscarem reinterpretar o conceito de *classe*, reforçando seu momento distintivo na identidade de valores e de representação política, definindo-o como “uma relação, não uma coleção de indivíduos” (Przeworski, 1989:102).

### 1.3 - AS APROXIMAÇÕES

Os problemas teóricos e de operacionalização, apresentados na teoria marxista e nas demais que procuram compreender as desigualdades nas sociedades contemporâneas, levaram alguns autores a adotarem uma recusa apriorística quanto a possibilidade de serem apresentadas soluções totalizantes ou definitivas. Esse ceticismo é patente em afirmações como as apresentadas por Boudon & Bourricaud (1993:220) ao considerarem como "certo que a sociologia atualmente não está em condições de apresentar uma 'teoria geral' da estratificação e é provável que a busca de tal teoria esteja destinada de antemão ao insucesso". Outros, como Dahrendorf, propõem a adoção de uma espécie de "pluralismo metodológico", que reunisse elementos do marxismo e das teorias weberianas, onde as classes são consideradas como geradas por "relações objetivas: relações de propriedade e de autoridade, mutuamente independente" (Przeworski, 1989:84).

Max Weber, um dos fundadores da moderna Sociologia, propôs uma análise da estrutura das desigualdades sociais baseada em três dimensões, ao mesmo tempo interdependentes e relativamente autônomas entre si: a da *riqueza*, a do *prestígio* e a do *poder*. No sistema teórico weberiano, *classe* passa a ser definida como sendo "todo grupo humano que se encontra em igual *situação de classe*" entendendo-se esta enquanto "o conjunto das probabilidades típicas: (a) de provisão de bens; (b) de posição externa; (c) de destino pessoal, que derivam, dentro de uma determinada ordem econômica, da magnitude e natureza do poder de disposição (ou da carência dele) sobre bens e serviços e das maneiras de sua aplicabilidade para a obtenção de rendimentos" (Weber, 1987:242).

O conceito de *classe* nessa situação utiliza, como ponto de partida, um determinante essencialmente econômico que é possuir a “mesma situação em relação ao mercado”, ou seja, “as mesmas possibilidades objetivas de acesso aos bens escassos que o mercado oferece”, assumindo, em seguida, a existência de uma diversidade complexa de fatores que condicionam essas possibilidades. Essa identidade de situação de mercado, apesar de determinar uma identidade de interesses, não é condição suficiente para transformar a atitude de uma *classe* que, enquanto tal, ainda é apenas a de um “agir de massa” em um “agir de comunidade” em defesa de tais interesses, o que requer a constituição de uma subjetividade compartilhada, quando se fundaria, então, uma “comunidade de interesses ou de destino” (Cavalli, 1992b:173).

Para além desse recorte predominantemente *econômico*, que se expressa pela *classe*, Weber propôs outros dois, um baseado no *poder* e um terceiro, baseado no *prestígio*, o *grupo de status*, que compreende todos os indivíduos que gozam de uma específica honra ou prestígio social e se caracteriza por um semelhante estilo de vida, pelo modo de comportamento, por determinados padrões de consumo, de indumentária, de habitação, profissão, instrução recebida, gostos, etc. Diversamente das *classes*, os *grupos de status* sempre se constituem em uma comunidade, porque não se definem apenas por uma característica formal e objetiva e sim por apresentarem um agir específico (Cavalli, 1992).

A proposta weberiana, apesar de pretender uma maior apreensão das diferenciações sociais que a marxista, apresenta questionamentos, centrados principalmente na quase impossibilidade de operacionalizar seu complexo sistema de tríplice dimensão, o que tem limitado os diversos estudos contemporâneos que se

inserir na sua tradição teórica a utilizarem exclusivamente indicadores de *status* para estabelecer a noção de *estratificação social*.

Os *estratos sociais* são agrupamentos de indivíduos, definidos a partir de indicadores graduáveis como renda, instrução ou grupos de ocupação, em sua maioria, constituindo-se em simples agregados estatísticos, com utilização restrita aos aspectos descritivos. Diferenciam-se das *classes sociais*, tal como propostas por Marx, que são uma coletividade concreta e podem apresentar, quando utilizados sem mediações para a análise dos fenômenos da desigualdade social, “conseqüências (...) bem conhecidas: descrições empíricas de posições ‘sócio-econômicas’ tornam-se independentes de toda compreensão histórica; a visão das classes como agentes históricos é substituída por análises estatísticas de distribuição da renda, instrução e prestígio; a análise da diferenciação social é separada da análise do conflito” (Przeworski, 1989:84).

Há autores que procuram relativizar essas controvérsias, sugerindo que os dois sistemas teóricos, o das *classes* e o da *estratificação*, não deveriam ser confrontados, na medida em que se orientariam por “propósitos diferentes”. A “teoria das classes (...) aborda a questão de que *grupos* organizados serão os atores principais na ação coletiva e no conflito social”, enquanto a “teoria da estratificação” teria por objeto explicar “porque os *indivíduos* diferem em termos de desvio, consumo, saúde ou hábitos de casamento” (Elster, 1989: 143).

Diante dessa situação, que sugere uma “crise de paradigmas” nos sistemas teóricos que procuram analisar os mecanismos de criação das desigualdades sociais, e pela própria dificuldade de se operacionalizarem, nesse terreno, estudos que sejam completamente dedutíveis das matrizes teóricas onde pretendem-se filiar, assume-se nesse trabalho a perspectiva de buscar *aproximações* que consigam traduzir problemas

de causalidade tão complexa quando aplicadas a um campo delimitado de fenômenos, o processo saúde-doença, em um espaço bem definido. Aqui, também, é útil concordar com Boudon (1990:332) que, ao advertir para não ser atribuído aos *modelos* um “poder de previsão que [eles] não têm”, relembra que “o real ultrapassa sempre o racional”.

Vários autores têm sugerido soluções desse tipo, propondo a utilização de diversas *aproximações* para análises de estratificação, levando em conta os diversos recortes sociais como os de gênero, grupos étnicos, religiosos e de caracterização territorial associados com as *condições de vida*. Estas devem ser entendidas como o conjunto das condições materiais necessárias à subsistência e que são fortemente condicionadas, ainda que com mediações, pelas desigualdades sociais existentes. Kadt & Tasca (1993:23), analisando estas relações, referem ter sido “Weber quem, no início deste século, desenvolveu o conceito de chances de vida, (...) probabilidades (...) de poder satisfazer suas necessidades e vontades [que] não diferem apenas de forma aleatória, ou por outros fatores ambientais, genéticos e biológicos, (...) [e sim porque] estão ancorados na estrutura social, em especial nos processos de produção e de distribuição de bens escassos”.

As condições de vida, enquanto resultado do acesso a bens e serviços essenciais, inclusive a *saúde*, apresentam um comportamento dinâmico, influenciado pelos movimentos e processos ocorridos na sociedade em que estão inseridos, inclusive por modificações de curto prazo, como a adoção de determinadas políticas sociais, mesmo quando estas não alteram significativamente a estrutura social. Procurando apreender essa complexidade, e ampliando o conceito de condições de vida para nele incluir também as características associadas ao *estilo de vida*, Castellanos (1991)

propôs a análise das condições de vida em quatro grandes dimensões: *biológica; ecológica; consciência e conduta; econômica.*

A produção de *perfis de saúde*, capazes de detectar diferenciais segundo condições de vida, ainda apresenta desafios teóricos e metodológicos importantes, inclusive pela dificuldade de operacionalizar variáveis sociais a esse nível, transformando em quantificações razoavelmente simples (porém não simplificadoras) e comparáveis um conjunto complexo de condicionamentos e determinações como os que envolvem a história concreta de uma sociedade e as formas de adoecer e morrer dos homens que a compõem. A Epidemiologia tem percorrido, nesse terreno, um tortuoso e ainda inconcluso caminho.

Alguns epidemiologistas, assim como pesquisadores de várias áreas das ciências humanas, têm utilizado como *aproximação*, para operacionalizar o conceito de classe social em análises de situação de saúde, algumas variáveis integrantes do que Goldberg (1990:114) chama de “variáveis macroscópicas (...) tais como taxas de urbanização” que teriam “um poder explicativo muito importante”, inclusive, por sua abordagem, realizar a integração de fenômenos sócio-econômicos coletivos. Breilh (1991:186) localiza, em trabalho onde realiza uma análise dos desenvolvimentos recentes da “Medicina Social latino-americana”, no interior dessa “epidemiologia geográfica ou do território”, os estudos que “se fundamentam na distribuição espacial das formas de organização produtiva e confluência de classes com seus perfis de reprodução social para conformar zonas homogêneas”, incluindo alguns realizados no início dos anos 80, pelos pesquisadores do centro equatoriano que dirige, o Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (CEAS).

Essa nova inter-relação entre a Epidemiologia e a Geografia<sup>3</sup>, agora com a focalização mais dirigida para as relações entre os diferenciais de níveis de saúde relacionados com a desigualdade social aferida pela diferente ocupação do espaço urbano, já foi utilizada em nosso país, entre outros, por autores como Paim (1987) para estudar diferenciais na mortalidade infantil proporcional em diferentes áreas de Salvador e por Guimarães & Fishmann (1986) que analisaram a variação da mortalidade infantil em populações de *favelados* e de *não-favelados* da cidade de Porto Alegre.

Mais recentemente, essa *aproximação* também foi utilizada por Barros & Araújo (1992) para analisar os “padrões desiguais [de mortalidade]”, em estudo onde afirmam que “no interior das cidades, a análise das diferenças dos padrões de mortalidade dos moradores de diferentes setores ou bairros, pode configurar uma estratégia de apreensão das desigualdades em saúde”.

O desenvolvimento dessas metodologias, que propõem a elaboração de perfis de saúde capazes de detectar as iniquidades existentes, ao mesmo tempo em que localizam os grupos prioritários em espaços determinados, promovendo a territorialização dos problemas de saúde, possibilita, ainda, uma maior precisão na escolha de grupos geopopulacionais prioritários para o desencadeamento das ações necessárias a promover a equidade na saúde, tendo experimentado um importante

---

<sup>3</sup> A Medicina e a(s) Epidemiologia(s) têm antigas e diversas relações com a(s) Geografia(s), localizáveis já nos primeiros textos hipocráticos. Desde a Geografia Médica de caráter topográfico, proposta há pouco mais de duzentos anos por Leonhard Ludwig Finke (Barret, 1993), até a inclusão das variáveis relacionadas com o *espaço* entre as de maior importância para a descrição e análise dos fenômenos epidemiológicos, passando pelas várias teorias que estudaram as interações entre saúde e meio-ambiente. Essas relações são analisadas em estudo de Silva (1985).

desenvolvimento recente, com estudos em andamento por vários países do nosso continente (Castellanos, 1991).

Nesses estudos, assim como aqui, é assumida a premissa de que a ocupação do espaço urbano não ocorre de maneira aleatória nem simétrica, e sim a partir de um conjunto de condicionantes econômicos, sociais e culturais que tendem a agrupar nas mesmas áreas os estratos sociais com padrões semelhantes de condições de vida.

Kadt & Tasca (1993), referindo-se às diversas “aproximações de classe” que podem ser utilizadas em estudos sobre iniquidades, afirmam a validade de realizar “uma categorização por áreas, especialmente as pequenas e homogêneas (...) onde as pessoas compartilham das mesmas condições básicas de vida socioeconômicas e/ou ambientais” (1993:27), já que essas áreas “são delimitadas não por fronteiras convencionais, mas por características ambientais e socioeconômicas”, estando seus habitantes “sujeitos a ambientes ecológicos e socioeconômicos similares e compartilham das mesmas condições de vida, tais como instalações sanitárias, tipo de moradia e instalações domésticas” (1993:40).

Essa relação encontra-se bem estabelecida por diversos geógrafos que estudaram o processo de urbanização, concluindo, como Santos (1989:185), que “existem duas ou diversas cidades dentro da cidade. Este fenômeno é o resultado da oposição entre níveis de vida e entre setores da atividade econômica, isto é, entre classes sociais”. Ou ainda que “às diferentes paisagens urbanas correspondem classes sociais diferentes” (1989: 188). Também Castells (1975:141) considera que “o espaço urbano está estruturado, ou seja, não se organiza ao acaso, e os processos sociais que se referem a ele expressam, especificando-os, os determinismos de cada tipo e de cada período da organização social”.

No presente estudo optou-se por essa aproximação territorial, tomando-se as características associadas com a ocupação do espaço urbano como discriminadoras de um conjunto de variáveis cuja maior determinação é dada pela inserção social. Tal escolha decorre também da relativamente simples operacionalização dessas variáveis a partir de dados secundários disponíveis para a maioria das cidades brasileiras, o que pode configurar uma metodologia acessível aos sistemas de saúde para produzirem análises e sistemas de monitoramento das condições de saúde para além das grandes médias que contribuem para ocultar a heterogeneidade e aptas a esquadriharem o tecido social, explicitando as desigualdades e construindo critérios de escolha para eleição de grupos prioritários e objetivos a serem alcançados em cada conjuntura sanitária.

## CAPÍTULO II

### A EPIDEMIOLOGIA E A DESIGUALDADE

#### 2.1 - O OLHAR SOBRE OS DESIGUAIS

Como parte do próprio debate teórico que acompanha a constituição da *Epidemiologia* enquanto disciplina científica, e mesmo atestando a pluralidade presente nesse debate, várias tentativas têm sido realizadas no sentido de conferir-lhe um *conceito* que pudesse dar conta de uma precisa delimitação de seu objeto, enunciando seus “atributos essenciais e específicos, de modo que a tornasse inconfundível”. Essas tentativas, orientadas por distintas concepções e objetivos, perfazem número significativo, tendo sido coligidas por Lillienfeld (1978:89) várias definições, em trabalho que, seguramente, realizou, mesmo à sua época, um levantamento apenas parcial.

Algumas, como a atribuída a Gaylord Anderson, que conceitua a Epidemiologia como “o estudo da ocorrência de doença”, buscam atributos como a sinteticidade e uma, pelo menos aparente, neutralidade, que lhe garantam utilização universal, merecendo de um prestigiado autor como Rothman (1986:23) o epíteto de a “mais nítida”.

Há nessa definição méritos indiscutíveis, entre eles o da sinteticidade, porque nessa rápida formulação, o autor condensa, através do conceito de *ocorrência*, tanto o *acontecimento*, portanto, *freqüência*; quanto a *circunstância*, portanto, a *causa* do fenômeno *doença*, um dos dois termos essenciais da conceituação de Epidemiologia, segundo Almeida Filho (1989:9). Falta-lhe, no entanto, o segundo, *população*, exatamente o que representa o papel de “definidor do objeto epidemiológico” e diferenciador entre este e o objeto da *Clínica* (Almeida Filho, 1989:14).

Trata-se, portanto, de uma definição que, caso aceita, poderia significar a própria abdicação, por parte da Epidemiologia, de sua identidade enquanto ciência, numa espécie de suicídio epistemológico, ou de uma vitória definitiva dos que consideram a Epidemiologia como irremediavelmente condenada a permanecer enquanto disciplina subordinada à *Clínica*.

Outras definições, como a dos epidemiologistas da escola latino-americana conhecida como *Epidemiologia Social* ou *Crítica*<sup>4</sup>, em busca de uma maior vinculação com determinado referencial teórico - um dos *marxismos* - , percorreram o caminho inverso, tentando *ampliar* os conceitos mais difundidos, no sentido de precisar sua filiação teórica e ideológica, definindo Epidemiologia como "um conjunto de conceitos, métodos e forma de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e *transformação* do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou social" (Breilh, 1991:40) e afirmando que sua proposta consistiria em "uma investigação que ofereça as possibilidades para o avanço do conhecimento: a aplicação das leis do *materialismo histórico* ao estudo dos princípios de determinação e distribuição, que são os fundamentos da epidemiologia [grifos nossos]" (1991:44).

Aqui estão presentes os já referidos termos essenciais do conceito da Epidemiologia, mas, além destes, constata-se também a intenção, em primeiro lugar, de não restringir essa ciência apenas a um *estudo*, talvez identificado por esses autores como indicador de atitude contemplativa ou mantenedora do *status quo*, o que lhes leva a afirmar sua intenção "transformadora", assim como a idéia de tratar a Epidemiologia

---

<sup>4</sup>O qualificativo de social justaposto a essa vertente da Epidemiologia é contestado por alguns autores que consideram "redundante" aplicá-lo a uma ciência que, necessariamente, e em qualquer de suas vertentes, tem o "social" como um dos seus constitutivos fundamentais (Silva, 1985:382; Almeida Filho, 1994: 4), preferindo, como no caso de Breilh (1990), a adjetivação de crítica. Por outro lado, autores como Mendes Gonçalves (1985) consideram válida a utilização do *social* para diferenciar uma das epidemiologias das demais, por exemplo, a *ecológica* e a *clássica*.

enquanto "uma expressão particular da luta autárquica que tem como correspondente a necessidade popular" (Breilh, 1991:130), o que pressupõe uma concordância prévia, talvez demasiadamente explícita para os padrões de uso corrente em ciência, com os referenciais teóricos e ideológicos dos autores, o que tem restringido sua utilização aos epígonos dessa escola.

Essas e várias outras tentativas realizadas no sentido de *precisar* mais a definição de Epidemiologia, adequando-a aos referenciais teóricos utilizados pelas diversas *correntes* presentes no interior dessa ciência, não conseguiram, até o momento, a mesma legitimidade da que foi apresentada por MacMahon há mais de duas décadas: "*Epidemiology is the study of the distribution and determinants of diseases frequency in man*" (MacMahon & Pugh, 1970:1).

Essa continua sendo, tomada literalmente ou com pequenas variações que não lhe produzem alterações substanciais, a mais amplamente utilizada<sup>5</sup>, ainda que posicionamentos críticos como o de Almeida Filho (1992) lhe apontem a submissão diante da *Única*, explicitamente revelada na afirmação do monotemático objeto como *doenças* e o não-historicismo denunciado pelo uso do termo genérico *homem*.

O próprio *Dicionário de Epidemiologia*, editado sob o patrocínio da Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), com o objetivo (talvez ingenuamente expresso apenas enquanto a necessidade de criar uma espécie de *estilo* epidemiológico) de que todos os integrantes desse campo científico "entendam a mesma coisa quando um termo particular é usado", apresenta uma definição para o verbete *epidemiologia* semelhante à de MacMahon, diferindo somente na ampliação do objeto, descrito não

---

<sup>5</sup> Ver, por exemplo, as conceituações utilizadas em autores de livros-textos de Epidemiologia de largo uso em nosso país como Rouquayrol (1994:9) e Almeida Filho (1989:9) e internacionalmente como Lilienfeld & Lilienfeld (1980:3) e Colimon (1990:2).

apenas como “doenças” e sim como os “estados relacionados à saúde ou eventos” e realizando um acréscimo de sentido utilitarista, apondo-lhe o objetivo de aplicar esse “estudo para o controle de problemas de saúde” (Last, 1988:42).

Uma das razões dessa legitimidade, além de sua consonância com o *paradigma*<sup>6</sup> ainda hoje hegemônico entre os epidemiologistas, reside na sua capacidade de permitir uma explicitação dos termos essenciais, necessários (mas não suficientes) para a delimitação do objeto, ao mesmo tempo que não inderdita *a priori*, ou pelo menos de forma definitiva, nenhuma das variantes (as diversas *epidemiologias* resultantes da pluralidade teórica e metodológica existente) que atualmente se identificam como integrantes desse mesmo campo científico<sup>7</sup>.

Portanto, faz parte da própria definição da Epidemiologia a premissa de que o evento *doença* apresenta uma determinada *distribuição*<sup>8</sup>, ou seja, uma repartição *desigual* ou *variável* entre a população, cabendo-lhe tanto a *descrição* desses diferenciais de acometimento, quanto a busca de *explicações* etiológicas para essas desigualdades<sup>9</sup>. Caso as doenças e demais eventos relativos à saúde se distribuíssem absolutamente de maneira aleatória, portanto, não determinística, ou, sob uma

---

<sup>6</sup> *Paradigma* enquanto visão de mundo, crenças, valores e técnicas compartilhadas pelos membros de uma comunidade científica, como proposto por Kuhn (1990).

<sup>7</sup> Alguns autores consideram que, apesar dessa diversidade, existiria uma “única Epidemiologia” (Silva, 1985:382), enquanto outros propõem a existência de “várias epidemiologias” (Mendes Gonçalves, 1985). Mais recentemente, essa polêmica, que está vinculada ao agudo debate epistemológico iniciado nos anos 80, tem-se aprofundado e incorporado outros elementos, como pode ser verificado na farta literatura produzida nos debates entre os defensores e antagonistas da Epidemiologia Clínica, entre os popperianos e os indutivistas, entre os causalistas e não-causalistas, entre outros. Em nosso país, esse tema tem sido tratado, recentemente, por Almeida Filho (1989;1994), Costa (1990), Czeresnia (1994), Ayres (1991), Melo Filho (1994), entre outros.

<sup>8</sup> *Distribuição*, segundo Last (1988:38), é: “O resumo completo das freqüências dos valores ou categorias de uma mensuração realizada em um grupo de pessoas. A distribuição informa também em quantos ou em que proporção do grupo foi encontrado cada valor (ou cada intervalo de valores) além de todos os possíveis valores que a medida quantitativa pode assumir.”

<sup>9</sup> Aqui também existe uma polêmica sobre se é possível enxergar, e com que nitidez, a partir desse duplo interesse, uma diferenciação entre uma Epidemiologia *descritiva* e outra *analítica*.

repartição rigorosamente igualitária de ocorrência ou ausência entre todos, não existiria a Epidemiologia ou, pelo menos, não como é conhecida hoje.

Assim, a observação e a medida da desigualdade no acometimento da doença entre os humanos, bem como a busca de explicações para esses diferenciais, estão presentes tanto em Hipócrates, ao procurar estabelecer relações entre as condições ambientais e a propensão a apresentar certos quadros de doenças no “Ares, Águas e Lugares” (Hipócrates, 1988), quanto no Snow que, em meados do século passado, procurava explicar os diferenciais encontrados na epidemia de cólera que assolava a Londres do século XIX (Snow, 1990).

A natureza dessas desigualdades (e o cenário onde estavam inseridas) que a Epidemiologia se colocou como tarefa medir e/ou explicar é que variou enormemente, acompanhando as próprias transformações ocorridas ao longo do tempo no seu interior, movimento este amplamente articulado com os processos políticos e sociais que ocorreram nas sociedades concretas onde se inseriam a Epidemiologia e os epidemiologistas.

Até mesmo porque, ainda que concordando com o conceito de *determinação* apresentado por Thompson (1981:176), o qual procura erigir uma justificada *proteção* contra qualquer leitura mecanicista do termo que torne absoluto seu componente de *necessidade* com a correspondente restrição do terreno das opções, da *liberdade*, ao considerá-la apenas como o “estabelecimento de limites e exercício de pressões”, nunca será demais reafirmar a *determinação social* de uma disciplina científica que, ao incorporar o *demos* no seu objeto, torna-se, também por isso, ainda mais permeável às suas *pressões* e mais contida por seus *limites*.

## 2.2 - UMA HISTÓRIA DE ENCONTROS E DESENCONTROS

A *Epidemiologia* é considerada como tendo nascido com o próprio Hipócrates que teria, no seu *Ares, Águas e Lugares*, “se referido ao que hoje em dia constitui a base das investigações epidemiológicas: a distribuição da doença em termos de tempo, espaço e a população afetada” (Llopis, 1988:3). Dessa sua brevíssima infância, já que, como propõe Almeida Filho (1994), sua primeira morte também teria sido simultânea ao final do período hipocrático, não há registro de observações que tratassem o *ambiente* para além de sua dimensão natural.

O termo *Epidemiologia*, derivado do *epidemeion*<sup>10</sup> hipocrático, foi utilizado pela primeira vez, na Espanha, ao final do século XIV, por um médico chamado Angelerio, para nomear um estudo sobre a peste, voltando a ser empregado, em 1802, por Villalba, no título de uma obra que compilava as epidemias conhecidas na Espanha desde o século V a.C. (Nájera, 1988). No entanto, as bases da Epidemiologia, enquanto disciplina científica, tal como é praticada hoje, foram estabelecidas somente em meados do século XIX, fortemente impregnadas pelo pensamento científico dominante nessa época.

Se essas originais tentativas de *batismo*, antecedendo a própria *ressurreição*, resumiam-se apenas a descrições das várias epidemias que então se instalavam na Europa, é importante registrar que o segundo nascimento da Epidemiologia já começava a se insinuar, com análises como as de Georg Agricola, publicadas em 1556, que observando as condições de trabalho nas minas dos montes Cárpatos, utiliza o elevado número de viúvas e as altas taxas de repetição de casamentos entre estas, para demonstrar que havia, entre os mineiros, uma mortalidade mais alta e mais precoce do

---

<sup>10</sup> Hipócrates utilizou os termos *epidemeion* e *endemeion* para diferenciar as “enfermidades que visitam a comunidade daquelas que residem nela” (Nájera, 1988:3).

que entre os que não trabalhavam em minas subterrâneas (Mendes & Dias, 1994; Rosen, 1994).

Como afirma Goldberg (1990:91), “o estudo das relações entre os problemas de saúde de uma população e o seu meio sócio-econômico interessava desde há muito a alguns daqueles que, embora não se intitulassem ‘epidemiologistas’, desempenhavam esse papel”, reforçando a idéia de construção incipente desse objeto (o estudo de doenças em populações), vinculada aos processos políticos e sociais que sacodem a Europa durante o largo período de declínio do feudalismo e afirmação da nascente sociedade capitalista.

Embora haja registros de que “alguns autores, já no século XVIII, tinham sugerido a existência de um excesso de mortalidade dos pobres” (Goldberg, 1990:87), é na primeira metade do século XIX, que se desenvolvem, de maneira sistemática e formalizadamente, as investigações sobre as relações entre o processo saúde-doença e as profundas desigualdades sociais da época, que vão-se constituir na origem de uma das quatro correntes ‘possuidoras de autonomia relativa e de paradigmas próprios’ que compõem a Epidemiologia: os “estudos sobre a determinação social das doenças” (Barreto, 1990:24).

Não foi pequeno o impacto sobre as condições de vida dos habitantes das cidades européias verificado no início da *Revolução Industrial*<sup>11</sup>, agravando um quadro sanitário que já se configurava bastante precário e com desigualdades importantes, como demonstrado pelas estimativas realizadas por Schellekens (1989) da *esperança de vida ao nascer* para as diferentes paróquias de Londres entre 1570 a 1653, encontrando variações de 25,0 a 43,5 anos, para os piores e melhores estratos sociais,

---

<sup>11</sup> Período compreendido, para a Inglaterra, entre 1750 e 1830.

respectivamente. Também Perrenoud (1975), analisando a mortalidade em Genebra no século XVII, estimou a esperança de vida ao nascer em apenas 18,5 anos para a classe *baixa*, em 24,7 anos para a *média* e de 35,9 anos para os longevos da época, situados na classe mais *alta*.

As enormes modificações sociais, econômicas e políticas do período, com o correspondente processo acelerado de urbanização, funcionam como um “impulso tremendo a todos os epidemiólogos franceses e depois ingleses [para que estudassem] (...) as condições inumanas de trabalho, a moradia miserável e o amontoamento nas cidades, a terrível situação que resultou dela” (Terris, 1988:6). Como constata Barreto (1990:20): “É neste panorama (surgimento das cidades, agravamento das condições de vida), que os estudos sobre as condições de saúde se intensificam como em nenhum outro período anterior”.

Essa incipiente produção científica dirige-se a um mesmo objeto com olhares diferenciados e mesmo, em alguns casos, se tomados pelo parâmetro do “interesse de classe” que procuravam representar, abertamente antagônicos. Essa constatação não tem o sentido de procurar desqualificar os estudiosos que não estavam comprometidos politicamente com os “de baixo”, pretendendo apenas explicitar uma pluralidade que às vezes é omitida, nas histórias pretensamente *neutras* da Epidemiologia; ou, em outras, encontra-se reduzida a uma polaridade maniqueísta, onde o critério valorativo da contribuição de cada personagem está subordinado a seu posicionamento político. Entretanto, também neste como em vários outros momentos da Epidemiologia (e de praticamente toda a produção científica e cultural da humanidade), a intenção do autor nunca é capaz de constranger irremediavelmente a trajetória concreta desenvolvida por sua obra.

Por um lado, os partidários da *Medicina Social*<sup>12</sup>, muitos dos quais, direta e ativamente vinculados aos movimentos políticos de contestação e aos vários *socialismos* existentes na época, órfãos das promessas não cumpridas de abolição da injustiça, opressão e desigualdade, erigidas pelo racionalismo do *Iluminismo* (Dallemagne & Nair, 1981), produzem denúncias e empreendem tentativas de compreender as causas das dramáticas condições de vida das classes trabalhadoras que, paradoxalmente, com o advento da nova sociedade, vêem, inclusive, agravar-se.

Esse clima de efervescência política e social, cujo ápice é o movimento revolucionário que percorre a Europa, a partir de Paris, entre 1848 e 1850, propicia que haja “um espírito de reforma social, e até de revolução, [que] embebia inteiramente o movimento francês de Saúde Pública” (Rosen, 1994:198). Vários dos socialistas dessa primeira metade do século XIX, principalmente Charles Fourier e Saint-Simon, na França, e Robert Owen na Inglaterra, bem como seus seguidores, escreveram sobre aspectos dos problemas de saúde pública, ao analisar os problemas sociais da época e ao construir seus projetos *utópicos* de sociedades ideais, bem reguladas (Rosen, 1994; Dallemagne & Nair, 1981).

Embora não se superponha de maneira perfeitamente simétrica, a maioria das elaborações da *Medicina Social* situava-se no interior do *paradigma* então hegemônico sobre a causalidade das doenças, o *miasmático*, o qual desenvolvia uma disputa nem sempre excludente, com as teorias *contagionistas*. No entanto, procurava deslocar o eixo das explicações para a origem dos miasmas, retirando-o das condições atmosféricas ou alterações cósmicas, tal como havia sido sistematizado por Sydenham

---

<sup>12</sup> “O termo *Medicina Social*, proposto por Guérin em 1838, serve para designar genericamente modos de tomar coletivamente a questão da saúde” (Almeida Filho, 1989:2).

(Rosen, 1980), para alinhar-se com as explicações que os relacionavam com as condições de *higiene*, e, por aproximação, com as condições de vida da população.

Representante típico dessa vertente, apontado inclusive como fundador da *Epidemiologia Social*<sup>13</sup> (Barata, 1985; Breilh, 1991), o jovem Engels, ao deitar seus olhos atentos sobre os bairros operários de Manchester, cidade para onde havia sido enviado por seu pai para continuar o aprendizado comercial entre 1842 e 1844, movido por sua recente adesão ao *comunismo* alemão e, talvez, também pela paixão desenvolvida por Mary Burns, operária de origem irlandesa e ativista das lutas sociais da época, observa essas condições terríveis de vida e as registra no estudo sobre *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, escrito quando do seu retorno a Alemanha, em 1844/1845 (Jones, 1983; Engels, 1984).

Nesse livro, Engels realiza estudos sobre diferenciais no risco de morte prematura associados com a condição social como, por exemplo, sua análise para a duração média da vida, quando observa que em Liverpool, a expectativa de vida entre as classes mais elevadas da população situava-se em 35 anos, reduzindo-se para 22 anos entre negociantes e chegando a apenas 15 anos para os operários (Engels, 1984).

Outros representantes dessa vertente são os alemães Neumann e Virchow. Defensores de programas onde se inseria o estudo das condições de vida da população e suas conseqüências para a saúde, participaram ativamente do movimento revolucionário que incendiou grande parte do continente europeu no ano de 1848, tendo, talvez, se encontrado com Engels e com o também médico Andreas

---

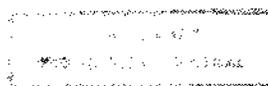
<sup>13</sup> Refere-se aqui como *Epidemiologia Social* a essa epidemiologia que se identifica com a *Medicina Social* e dela se considera herdeira, tanto pela similaridade na incorporação da análise das condições sociais no processo saúde-doença como, de certa maneira, na opção política-ideológica. Ver também notas 1 e 2.

Gottschalkem, líder da *Liga dos Comunistas* local, em alguma barricada de Colônia (ILDES, 1983).

Pouco depois da derrota do movimento revolucionário, em 1849, Virchow, um patologista com agudo senso para interpretar fenômenos ocorridos em sociedades, recolocou o debate sobre a causalidade do processo saúde-doença, agora sobre sua variante *visitadora*, ao afirmar que “a doença epidêmica seria uma manifestação de desajustamento social e cultural” (Rosen, 1994:78). O fim das barricadas de 1848 não extingue o movimento da Medicina Social alemã que, mesmo obrigado pelas circunstâncias a atenuar seu programa tornando-o mais *reformista* e menos *revolucionário*, continua atuante, contribuindo para a ocorrência de várias modificações na legislação sanitária.

Na margem oposta do Canal da Mancha, observando o mesmo objeto - o nascente proletariado, suas precárias condições de vida e sua luta contra essas condições, situando-se porém num distinto *observatório* social e político, “os autores burgueses, de modo cada vez mais sistemático, tomavam consciência do proletariado enquanto problema prático e político, enquanto classe, movimento, e - em última análise - potência capaz de subverter a sociedade. Por um lado, essa tomada de consciência encontrou expressão nas investigações sistemáticas, e frequentemente de caráter comparativo sobre as condições dessa classe (...) [como as de] Villermé para a França, em 1840” (Hobsbawn, 1983:60).

Ou seja, também de pontos-de-vista identificados ideologicamente com a burguesia que, nesse momento, consolidava seu poder político, eram examinadas as desigualdades sociais, muitas vezes para subsidiar plataformas reformadoras que diminuíssem as tensões continuamente produzidas pelo ambiente generalizado de exploração brutal sobre as classes trabalhadoras.



Alguns desses autores, como Luís Villermé e William Farr, podem ser considerados como precursores das contemporâneas aplicações da Epidemiologia na detecção de grupos populacionais sob maior risco de adoecimento e morte, com o objetivo de orientar a tomada de decisões na planificação de políticas de saúde. São originários do desenvolvimento da *aritmética política*, que havia sido fundada na metade do século XVII por William Petty e aperfeiçoada por seu amigo John Graunt, com suas aplicações na área da saúde.

Essa disciplina, que nasce como resultado da importância que passa a desempenhar a capacidade de contar e prever o crescimento dos bens e da população dos Estados modernos, então nascentes, se transformará, um século mais tarde, na Estatística, desempenhando o papel de formuladora de bases racionais para a implantação de medidas estatais na área de saúde, decorrentes tanto da necessidade de aprofundar as condições de transição do capitalismo agrário-mercantil para o industrial que se processava, quanto atender demandas sociais concretas.

Esse duplo papel é bem explicitado na repercussão que uma das principais obras de Villermé, o *Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers Employés dans les Manufactures de Coton*, provoca na regulamentação do trabalho infantil em 1841, e na importância de William Farr, na direção do Escritório do Registro Geral britânico, produzindo as estatísticas que vão subsidiar a atividade reformadora de benthamistas<sup>14</sup>, como Chadwick que, mesmo inserido no ambiente ideológico da economia política liberal do século XIX, contrapõe-se aos “dogmas arbitrários de uma razão indiferente aos dados da experiência” e passa a advogar a necessidade de “uma função específica de governo e de legislação, que tem por fim harmonizar as tendências particulares”

---

<sup>14</sup> Partidários das doutrinas de Jeremy Bentham, pensador inglês identificado com a corrente utilitarista que influenciou fortemente a economia política liberal inglesa.

(Duchesneau, 1981:117), propondo medidas e leis que organizam a interferência do Estado inglês nas questões sanitárias mais importantes da época (Rosen, 1994).

Villermé, inclusive, explicita sua atitude política, expressando sua intenção de utilizar seus estudos para “um combate duro para a defesa da sociedade contra o socialismo”. Essa intencionalidade não o impede de ter seus trabalhos citados como “aqueles que abriram o caminho para a investigação social” na medida em que, “já em 1824 comparava a mortalidade nas classes abastadas com a dos indigentes” e ser apontado por alguns autores como “unanimente citado como o pai da Epidemiologia sócio-econômica”, por essa inegável contribuição ao desenvolvimento dos estudos populacionais de diferenciais socialmente determinados de mortalidade (Goldberg, 1990:129).

Evidente que não existe unanimidade no reconhecimento dessa *paternidade*, tão polêmica, aliás, quanto outras na história da Epidemiologia. No entanto, posições como as de Goldberg (1990) e Terris (1988), que enxergam insuspeitas linhas de continuidade entre esses autores *burgueses* e a epidemiologia *social* da América Latina das décadas de 70/80 de nosso século, servem, pelo menos, como ressalva contra a possibilidade de leituras simplificadoras que procurassem desqualificar, *a priori*, a obra de autores como Villermé.

Se é possível detectar, nas seguintes palavras de Terris, uma evidente redução dos objetivos propostos pela *epidemiologia social* contemporânea, é legítimo também concordar com esse autor que algumas similaridades na metodologia utilizada para realizar a análise de situação de saúde em ambas essas *escolas*, permite agrupá-las, tomando por base os coincidentes objetos, como, pelo menos, fazendo parte de uma mesma tradição: “Farr segue a Villermé; seus enfoques são muito semelhantes. Estas questões são pertinentes, porque na América Latina se observa hoje em dia uma

tendência importante até a epidemiologia social, quer dizer, a relação entre a pobreza e a ocupação com a enfermidade e a saúde” (1988:5).

É inegável a contribuição de Villermé, indiscutivelmente original, no estudo de diferenciais intra-urbanos de saúde com base territorializada, ao analisar, já em 1826, a mortalidade em diferentes *setores* da cidade de Paris, onde “vinculava a pobreza [com] a enfermidade” (Terris, 1988:5; Rosen, 1994), o que talvez lhe confira, sem contestações, pelo menos essa *paternidade*. Em 1840, no seu citado trabalho sobre operários das indústrias de algodão, lã e seda, observa que “para encontrar 100 homens aptos para o serviço militar, faz-se necessário recrutar 193 da classe endinheirada, e até 343 da classe pobre” (Villermé, 1988:37).

De volta ao outro lado do Canal da Mancha, William Farr, contigüidade do primeiro registro de morbimortalidade, na Inglaterra, em 1839, produziu, a partir da década de 60 do século XIX, diversos estudos destinados a explicar diferenciais de mortalidade observados quando se analisavam os óbitos ocorridos nas *classes*<sup>15</sup> que ele construía baseando-se nos grupos profissionais presentes nas sociedades industriais da época, com o objetivo de “distinguir as influências sociais e biológicas do risco direto de ocupações específicas” (Power, 1991:5).

Com esse referencial, Farr analisa os diferenciais de mortalidade entre “mineiros” e “não mineiros” de vários distritos da Grã-Bretanha, concluindo que, até a idade de 35 anos, não havia diferenças significativas entre os dois grupos, porém, nos grupos etários posteriores encontrava-se “um excesso importante e progressivo da mortalidade entre o grupo mineiro da população masculina” (Farr, 1988:69). Essa primeira tentativa de *estratificação social*, para análise de eventos como doenças e

---

<sup>15</sup> Classe enquanto agrupamento de indivíduos com determinada característica comum.

mortes, só será retomada nos anos 20 deste século. na própria Inglaterra (Power, 1991).

Ainda na primeira metade do século XIX, merecem registros os estudos de Quételet, na Bélgica, e Stanway, na Inglaterra, que “realizaram trabalhos nos quais comparavam certos aspectos do desenvolvimento do peso e altura em função de critérios sócio-econômicos: o primeiro compara o meio social ‘favorecido’ e o meio ‘miserável’ e o segundo a situação de ‘trabalhar em fábrica’ com a de ‘não estar submetido a ganhar a vida’” (Goldberg, 1990:88).

### 2.3 - O ENIGMA CHAMADO SNOW

Enquanto a Europa continental assistia às revoluções do final da década de 40 do século passado, na Londres vitoriana, um médico, John Snow, que ganhava notoriedade como o melhor administrador de éter de toda a Inglaterra, volta “seus pensamentos para as questões da causa e da propagação da cólera” (Richardson, 1990:45).

A cólera, que havia se introduzido na Europa no início dos anos 30, procedente da Ásia, sob a forma de sucessivos surtos, repete o papel que anteriormente havia sido ocupado pela peste e pela variola, no despertar de “episódios de pânico coletivo, especialmente quando uma epidemia abatia-se sobre uma cidade ou uma região” (Delumeau, 1989:107), ao mesmo tempo que desafia o conhecimento sanitário da época, “apresentando uma particularidade enigmática difícil de ser resolvida” porque contrariava os padrões esperados, tornando-os incapazes de formular uma explicação apesar dos “inúmeros relatos detalhados” produzidos sobre os surtos (Frost, 1990:29). O enigma suscitou, inclusive, a criação da *London Epidemiological Society*, fundada em 1850, que apresentava como seu principal objetivo o “de determinar a etiologia da cólera” (Lilienfeld & Lilienfeld, 1980:36).

Frente a essa ameaça, mentes brilhantes como a de William Farr, raciocinando como os cientistas geralmente raciocinam em épocas de *ciência normal* (Kuhn, 1990), utilizou seus conhecimentos de estatística para estudar detalhadamente os acometidos pelas epidemias, encontrando diferenciais significativos quando analisava a *altitude* em que se localizavam as residências dos doentes e as dos não doentes, o que parecia reforçar a explicação da causalidade da epidemia de cólera pelo paradigma, nessa época amplamente hegemônico, dos *miasmas* (Terris, 1988:14). Diga-se, a favor de Farr, que,

além de outras importantes contribuições, os seus minuciosos registros estatísticos dos casos e óbitos serviram de base para diversas análises, inclusive a realizada por um outro sócio da *London Epidemiological Society*: John Snow (Lilienfeld & Lilienfeld, 1980:36).

O anestesista John Snow desconfia que a cólera talvez não se transmitisse pela inalação de um “eflúvio lançado no ar circunvizinho pelo paciente” (Snow, 1990:78) ao detectar *anormalidades* no comportamento da epidemia que ocorre nos anos de 1848 e 1849, não explicáveis se esta fosse causada por *miasmas*. Elabora então uma hipótese de transmissão por via hídrica, baseando-se em várias provas empíricas que são apresentadas com detalhada argumentação, indicativa de um trabalho de investigação que esquadrinhou desde evidências bioquímicas até os hábitos de vida do cotidiano londrino.

Essa hipótese de transmissão terá a oportunidade de ser *testada*, com o recrudescimento da epidemia de cólera que se reinstala a partir de 1853, após quatro anos de trégua. Em 1852 havia ocorrido a transferência do ponto de coleta de água da Companhia de Lambeth, que passa a fornecer água “praticamente livre das imundícies dos esgotos de Londres” (Snow, 1990:132), ao mesmo tempo que as outras duas companhias de abastecimento, que cobriam diferentes residências nas mesmas áreas da cidade, continuam a utilizar a captação em trechos poluídos do Tâmis. Esse acontecimento fortuito coloca Snow diante da possibilidade de realizar um tipo de estudo que os epidemiólogos vão denominar, no futuro, de “experimento natural” (MacMahon & Pugh, 1978:9).

Tal *experiência*, como o próprio autor a denominou, consistiu em que essas mudanças no abastecimento de água configuraram, no interior de toda a população de Londres, dois grupos, “sem que o escolhessem e, na maioria dos casos, sem que o

soubessem”, um de *expostos* e outro de *não-expostos* ao *fator de risco* presumido: “água contendo as imundícies dos esgotos de Londres e entre elas as que provinham de pacientes de cólera” (Snow, 1990:142). As observações, realizadas então, encontram uma significativa diferença de acometimento, medido pela mortalidade, tanto entre os distritos que eram servidos exclusiva ou majoritariamente por uma ou outra companhia de abastecimento, quanto entre os habitantes de domicílios localizados no interior dos distritos em que “os canos da Companhia de Lambeth e os da de Southwark e Vauxhall [corriam] paralelamente por todas as ruas ” (Snow, 1991:125), fornecendo aos vizinhos um ou outro tipo de água.

Snow verifica ainda que “ambas as companhias abastecem tanto casas ricas como pobres, grandes ou pequenas; não há nenhuma diferença, nem na condição social, nem na ocupação das pessoas que delas recebem a água” (Snow, 1991:139), procurando *controlar* possíveis fatores superponentes que conduzissem a conclusões equivocadas, como as que Farr obtivera.

Com seus estudos sobre a cólera, onde estão nitidamente presentes os quatro métodos de investigação experimental<sup>16</sup> formulados por Stuart Mill, Snow lançou as bases da moderna pesquisa epidemiológica, constituindo-se, segundo Hennekens & Buring, no primeiro investigador a “unir todos os três componentes (a frequência, a distribuição e os determinantes das doenças) da definição de epidemiologia” (1987:7-8). Essa originalidade faz com que haja um reconhecimento, quase verdadeiramente unânime, do seu papel como fundador da Epidemiologia contemporânea. A Snow é atribuída essa *paternidade*, apesar de na polêmica sobre o legado de sua contribuição, ter sido lançada contra o mesmo uma acusação de *filicídio*, na medida em que teria sido

---

<sup>16</sup> Stuart Mill propunha como metodologia para a investigação experimental, simultaneamente como métodos de “descoberta e de prova”: o da concordância, o da diferença, o dos resíduos e o das variações concomitantes (Duchesneau, 1983)

um dos autores, ainda que não intencional, da morte daquela Epidemiologia Social que lhe foi contemporânea (Barreto, 1990; Barata, 1985).

Essa crítica ao papel de Snow é justificada por alguns autores como se este reduzisse sua análise exclusivamente aos aspectos *naturais* da epidemia, situando-se no pólo oposto aos esforços desenvolvidos pelo jovem Engels, entre outros, em seu esforço de destacar a *causalidade social* do processo saúde-doença, expresso nas suas, anteriormente referidas, observações sobre as condições de saúde dos trabalhadores ingleses (Barata, 1985; Breilh, 1990).

No entanto, os méritos de Snow não se resumem a apresentar as provas que tornaram verdadeira a hipótese de causalidade associada ao *contágio*, apresentada primeiramente por Fracastoro em 1546 que desenvolveu, a partir de observações sobre a sífilis, a peste e o tifo, as idéias anteriormente já aventadas por Varro, Columela e Paracelso (Rosen, 1994). A teoria *contagionista* havia disputado, ao longo de três séculos, a primazia na explicação da ocorrência das doenças com a teoria *miasmática*, quase sempre em posição de inferioridade frente a esta. Além de haver propiciado essa verdadeira *revolução científica*, o que por si só já não seria pouco importante, Snow não poderia ser acusado de reducionista, para algumas reavaliações mais recentes, porque teria buscado “precisar a rede de processos que determinam a distribuição da doença nas condições concretas de vida da cidade londrina” (Costa & Costa, 1990:169).

Esses autores, discordando dos rótulos de *reduccionismo* e *biologicismo* que já foram apostos contra Snow, enfatizam que há “três níveis de desenvolvimento do texto de Snow que melhor possibilitam visualizar a sua complexidade, (...) o primeiro é relacionado ao terreno dos conhecimentos disciplinares, quando percebe-se o cuidado de Snow em estudar o seu objeto considerando todos os ângulos e nuances possíveis (...) o segundo aspecto (...) é o referente ao desenho da investigação (...) [e] um terceiro

aspecto a destacar (...) é sua proposta de programa social” (1990:169-74). Essa valorização do conteúdo analítico de caráter social da obra de Snow também está presente em autores como Terris que chega a afirmar que ele teria sido “o verdadeiro pai da epidemiologia social” (1988:14), lançando dúvidas também sobre essa *paternidade*, que os críticos de Snow geralmente atribuem a Engels.

A leitura dos trabalhos de Snow demonstra que este procura apontar diferenciais de acometimento ligados à condição social, existentes no interior das epidemias de cólera, chamando a atenção para o aumento da incidência entre a classe trabalhadora, relacionando-o com o fato de seus membros serem “freqüentemente obrigados a fazer refeições no quarto do doente” (Snow, 1990:84), pela exigüidade das casas nos bairros proletários. Em várias outras passagens, também é evidente essa preocupação, quando diferencia a velocidade e a amplitude da propagação da epidemia, significativamente maior nas casas “dos que têm poucos recursos, onde uma família inteira mora, dorme, cozinha, come e se lava num só aposento (...) e, com maior violência ainda, nos locais chamados hospedarias comuns, nos quais várias famílias se amontoam num só aposento” do que a apresentada naquelas “residências de melhor qualidade” (1990: 85).

Também os operários, no caso, os mineiros, merecem uma detalhada explicação de suas condições de vida e trabalho, para justificar a maior incidência de cólera entre estes, se comparada à de outras classes de ocupação (1990). Poderá sempre se argumentar que seu texto não tem a precisão teórica nem o sentido de denúncia militante e engajada presentes no trabalho do parceiro de Marx. No entanto, assim como “Engels não pretendia ser médico e muito menos inaugurar a Epidemiologia” (Almeida Filho, 1989:2), também é possível alegar, em sua defesa, que Snow não era revolucionário nem pretendia fundar o socialismo *científico*.

## 2.4 - A SEGUNDA MORTE DA EPIDEMIOLOGIA. DESSA VEZ, APENAS ... A SOCIAL

A partir dos estudos de Snow sobre a cólera, que fornecem as provas *epidemiológicas*, e das descobertas de Pasteur e Koch, que fornecem as provas *microbiológicas*, as teorias contagionistas, que vinham experimentando franco declínio, ressurgem, agora com o beneplácito da ciência, e firmam-se, nas três últimas décadas do século XIX, como explicação hegemônica para a causalidade das doenças, inaugurando um longo período conhecido como *Era Bacteriológica* (Rosen, 1994).

As sucessivas e rápidas descobertas dos agentes etiológicos das principais doenças prevalentes na época, como a febre tifóide, a tuberculose, a hanseníase, a cólera e outras, criam as condições para o fortalecimento de um modelo explicativo do processo saúde-doença, que o reduz a uma relação quase exclusivamente biológica e monocausal (para cada doença, uma única causa: um determinado micróbio) entre duas populações: os humanos de um lado e as bactérias, os vírus e os protozoários do outro.

O advento da Era Bacteriológica representa uma derrota para todas as concepções identificadas com os *fantasmagóricos* miasmas e ofusca, completamente, a linhagem dos estudos que procuravam relacionar doença com situação social. A atenção do campo da saúde volta-se, quase exclusivamente, para as alentadoras promessas contidas na perspectiva de descoberta dos agentes etiológicos das doenças e as possibilidades de desenvolvimento de instrumentos de prevenção e controle para sanear toda a terra. Esse clima de otimismo acompanha o pensamento de um século que caminha para o seu final embalado por grandes sínteses em praticamente todos os campos científicos, fornecendo a ilusão de que a ciência estaria, no essencial, definitivamente concluída (Bernhardt, 1983). Essa ilusão, como sabe-se hoje, não se sustentará por muito tempo.

Vive-se também no Hemisfério Norte, a partir do último quarto do século XIX, um período de expansão capitalista que dura até a metade da segunda década do século XX, propiciando as reformas sociais que promovem uma melhoria geral das condições de vida das classes trabalhadoras, com importantes repercussões para o aumento da expectativa de vida, o conseqüente envelhecimento das populações e as modificações no perfil de adoecimento e morte, com a progressiva substituição da enorme prevalência das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas.

Assiste-se assim à substituição sucessiva da *idade das pestilências e da fome* pela *idade do declínio das pandemias* para depois se chegar até a *idade das doenças degenerativas e das doenças provocadas pelo homem*. Esse processo ocorrido naqueles países, será denominado de *transição epidemiológica* em sua versão clássica ou ocidental (Omram, 1971; Laurenti, 1990; Barreto, 1993), e desencadeará a necessidade de transformações importantes nos modelos de estudo da causalidade das doenças, que procuram dar conta da maior complexidade dos processos agora envolvidos.

É apenas no início da segunda década do século XX, quando Goldberger procura estabelecer a etiologia da pelagra, que se pode reconhecer os primeiros indícios de uma retomada da investigação da dimensão social no processo saúde-doença, por seus estudos apresentarem “a particularidade de insistir nos determinantes sócio-econômicos que explicam os comportamentos alimentares na origem da doença” (Goldberg, 1990:88). Certamente, não por acaso, tratava-se, como ele mesmo viria a provar, de doença não-infecciosa, de etiologia inalcançável, portanto, pelas lentes dos microscópios, onde Goldberger observou as relações com a pobreza e, essencialmente, com a pobreza rural, pelas diferenças de alimentação presentes entre esses dois “tipos” de pobres (Goldberger, 1988:102).

Esse ressurgimento, na verdade, prenuncia uma consolidação dos estudos sobre desigualdades sociais enquanto um campo bastante restrito no interior da Epidemiologia, que vai, progressivamente se desenvolvendo como ciência positiva, “rejeitando o caráter fundamentalmente descritivo da *epidemiologia das epidemias*” (Almeida Filho & Rouquayrol, 1990:8), reduzindo cada vez mais o alcance de análises que pretendiam incluir as relações entre sociedade e processo saúde-doença.

Os estudos sobre mortalidade de Stevenson, criador do primeiro sistema de *classificação social* baseado em grupos ocupacionais, no Registro Geral da Inglaterra em 1911, foram publicados no início da década de vinte. Neles, foram realizadas análises onde ficam demonstradas que as taxas de mortalidade, padronizadas por idade, apresentavam associação com a classe social, aumentando à medida que se deslocava para os estratos mais pobres, tendência observada para todas as causas de morte, acentuando-se ainda mais para algumas causas específicas como a bronquite (Jones & Cameron, 1984; Power, 1991).

Outra exceção importante para esse longo período de silêncio, foram os trabalhos de Mayor Greenwood, responsável por importantes contribuições no desenvolvimento de técnicas estatísticas para estudos epidemiológicos que estudam a existência de associação entre câncer e estratificação social, encontrando que “a mortalidade por câncer na classe social mais baixa é muito mais alta que a de qualquer outra classe” (Greenwood, 1988:119). Pode ter pesado na escolha dessa variável de análise o posicionamento político-ideológico de Greenwood, que foi um dos membros fundadores da Associação Médica Socialista, em 1930 (Buck, 1988).

Nas décadas seguintes há escassos registros de estudos que tivessem como objetivo analisar as relações entre o processo saúde-doença e as desigualdades sociais. Nesse período, o desenvolvimento de técnicas para a realização de estudos etiológicos é

acompanhado por um afastamento cada vez maior da utilização do instrumental epidemiológico na avaliação e análise de situações de saúde. Contribuiu também para esse *silêncio* da Epidemiologia a crença que a constituição do *welfare state* nos países da Europa Ocidental, com forte impacto na redução da mortalidade e conseqüente incremento da expectativa de vida, levasse as desigualdades sociais a apresentar uma progressiva involução até atingir níveis praticamente imperceptíveis<sup>17</sup>.

Alguns estudos produzidos nesse período incorporam os assim chamados *fatores sócio-econômicos* apenas como uma das “características pessoais que interessam ao epidemiologista”, ao lado das “demográficas, biológicas, hábitos pessoais e características genéticas” (Lilienfeld, 1980:3), possibilitando, apesar desse reducionismo, em parte decorrente dos “vínculos maiores que essa disciplina [a Epidemiologia] estabelece com a sociologia funcionalista”, alguma importância pelo papel de denúncia das desigualdades nos riscos de adoecimento e morte (Barreto, 1990:26).

A partir do desenvolvimento que as pesquisas de investigação etiológica vão alcançando, especialmente no pós-guerra, com a realização de grandes inquéritos epidemiológicos e os avanços metodológicos nos desenhos de pesquisas a partir dos anos 60 (Almeida Filho & Rouquayrol, 1990), alguns dos estudos que são realizados procuram verificar o papel das classes como *fator de risco* para doenças, especialmente as crônico-degenerativas, utilizando diferentes sistemas de estratificação, principalmente a partir do tipo de ocupação, do nível de renda e do grau de instrução.

---

<sup>17</sup> Esse período de silêncio é quebrado, de maneira ocasional, como apontada por Illsey & Baker (1991) por escassos estudos, como os realizados por Timmuss (1943) e Morris (1955) na Inglaterra. Mais recentemente, nos anos 60, merece registro também a investigação de Antonovsky (1967) sobre as relações entre classe social, mortalidade e expectativa de vida.

Como um dos objetivos dos estudos epidemiológicos é testar a existência de associação entre a ocorrência de doenças ou agravos e um suposto fator de risco, a classe social precisa ser considerada para permitir controlar o possível papel de variável de confundimento na associação estudada (Liberatos, 1988).

## 2.6 - EPIDEMIOLOGIA E INIQUIDADES EM SAÚDE: DE VOLTA AO SOCIAL ?

Na América Latina, a partir da metade dos anos 70, em alguns centros acadêmicos localizados inicialmente no México (UAM), Equador (CEAS) e no Brasil<sup>18</sup>, inicia-se um movimento que procura diferenciar-se das posições então hegemônicas no interior do campo da Saúde Pública, a Medicina Preventiva. Essa vertente teórica pretende recuperar as idéias de causalidade social do processo saúde-doença que haviam entrado em declínio desde o advento da Era Bacteriológica, retomando inclusive, em alguns países, a denominação originária de Medicina Social. No Brasil, os marcos iniciais desse movimento podem ser localizados nos trabalhos de Arouca, que realizou em sua Tese de Doutorado uma aguda crítica ao “preventivismo” dominante, e o estudo de Donnangelo, *Saúde e Sociedade*, ambos vindos à luz em 1975 (Nunes, 1991).

Assim como seus antecessores franceses, ingleses e alemães do século passado, os integrantes desse movimento também assumem, via de regra, uma vinculação com o pensamento revolucionário de sua época, que pode ser identificada com a adesão explícita dos fundadores ao ideário marxista. Esta escola latino-americana, que busca “explicar, compreender e identificar meios para transformar as realidades social (incluindo a sanitária), econômica e política” (Melo Filho, 1994:27), promove uma reinterpretação da Epidemiologia, sob o marco teórico do *materialismo histórico*, recolocando o processo saúde-doença enquanto fenômeno socialmente determinado.

---

<sup>18</sup> Houve, também em nosso país, anteriormente a esse período, alguns estudos que procuravam situar os condicionamentos sociais para eventos de saúde, como o de Josué de Castro, médico pernambucano, que em 1946 publicou, pela primeira vez, o seu *Geografia da Fome*, onde analisa o “mosaico alimentar brasileiro”, concluindo que as “causas fundamentais dessa alimentação [do brasileiro] (...) são mais produto de fatores sócio-culturais do que de fatores de natureza geográfica” (1992:58-60).

Alguns autores, engajados nesse processo, voltam-se para a questão da desigualdade epidemiológica, evidenciada em diferentes riscos de adoecimento e morte entre as *classes sociais*. Uma das principais contribuições dessa Epidemiologia *social* ou *crítica* reside na operacionalização de estudos capazes de delinear *perfis epidemiológicos de classe*, como os sugeridos por Breilh (1980). Esses estudos partem do princípio que o conceito marxista de classe social apresenta maior poder explicativo, quando comparado aos tradicionais estudos de estratificação. No início da década de 80, introduzindo essa metodologia em nosso país, Barros (1983) realizou um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos por classes sociais em Ribeirão Preto-SP, utilizando um sistema que procurava caracterizar as *classes fundamentais* e as *frações de classe* existentes naquela sociedade.

A Epidemiologia Social, que procura utilizar o instrumental teórico e analítico marxista em contraposição ao funcionalista, chegou a ocupar o papel de principal alternativa frente a Epidemiologia freqüentemente denominada como *clássica* ou *tradicional*, inspirando a criação de vários centros de ensino e pesquisa e com uma produção acadêmica importante no continente latino-americano. No entanto, nos anos recentes, vem sofrendo um decréscimo na elaboração científica realizada sob sua inspiração e na influência exercida sobre a Epidemiologia praticada no continente latino-americano, principalmente a partir do final dos anos 80, em grande parte devido a “problemas conceituais e metodológicos não solucionados” (Barreto, 1990:27), alguns deles relacionados com a própria crise atual que atravessa o pensamento marxista, envolvendo alguns conceitos fundamentais para essa vertente como *classe*, *determinação* e as *relações natural/social e individual/coletivo*.

Vale ressaltar ainda que, no interior dos limites da Epidemiologia Social, também foram realizadas investigações que procuraram desvendar os processos sociais

envolvidos na ocorrência de doenças e agravos a partir da utilização de conceitos relacionados com outras áreas do conhecimento, como a Geografia e a Antropologia. Nesse campo podem ser referidos, por exemplo, os trabalhos, em nosso país e no resto do continente, que tomaram como referenciais conceitos como *espaço*, *migração*, *violência* e *modo de vida*<sup>19</sup>.

Na Europa, a partir do início dos 80, assiste-se a um incremento significativo na realização de estudos que, sob distintos referenciais teóricos, também tomam como objeto as desigualdades de condições de saúde relacionadas com a posição social, e apontam a existência de desigualdades nos níveis de saúde em sociedades onde acreditava-se que elas inexistiam ou, pelo menos, fossem de magnitude muito inferior ao constatado.

O primeiro desses estudos a alcançar grande notoriedade, pela polêmica que suscitou, foi o resultado de uma investigação realizada por um Grupo de Trabalho proposto pelo Ministério da Saúde da Grã-Bretanha, iniciada no final dos anos 70 para averiguar a existência de iniquidades em saúde e sugerir medidas para reduzi-las. A conclusão dos trabalhos ocorreu em 1980, quando foi apresentado um relatório que veio a ser conhecido pelo nome do coordenador, Sir Douglas Black, no momento em que os *conservadores* ascendiam ao poder, iniciando a *Era Thatcher*. O *Black Report*, por seus resultados e propostas, sofreu, primeiro, uma frustrada tentativa de ocultá-lo da imprensa e da opinião pública, para em seguida ser frontalmente desautorizado pelo novo Governo Inglês (Townsend, 1992).

---

<sup>19</sup> Há inúmeros exemplos, inclusive de produção recente. Pelo papel precursor, sublinha-se apenas a importância das contribuições representadas pelos vários trabalhos de Asa Cristina Laurell, que desenvolveu um conceito originariamente gramsciano, para elaborar o que chamou de "a expressão na corporeidade humana do processo histórico, (...) [o] nexó bio-psíquico" (Laurell, 1991), de Tambellini (1975), Silva (1981) e Possas (1981).

A partir de então, o interesse em estudos sobre iniquidades em saúde mantém-se ativo no continente europeu durante toda a década de 80 e nesta primeira metade dos 90. Sob o patrocínio da OMS é realizado, em Copenhague, um *meeting* em 1984 que reuniu investigadores do tema "Desigualdades em Saúde na Europa", apresentando em seu relatório final a necessidade de desenvolver ações para "melhorar as fontes de dados e a profundidade e qualidade da análise", consideradas insuficientes ou mesmo inexistentes para a maioria dos países.

Um segundo *meeting* realizado em Lisboa, em 1987, já produz uma segunda série de relatórios com análises consideradas de melhor nível de apreensão, "pela colaboração com epidemiologistas e sociólogos" e é tomada como base para o monitoramento do objetivo proposto pela OMS de reduzir em 25 % os atuais desniveis interpaises e entre grupos sociais de um mesmo país, até o ano 2000 (Svensson, 1990:225). Essa retomada reacende também o debate teórico e metodológico sobre os estudos dessas desigualdades consideradas como iníquas, inclusive sobre a propriedade do uso de "grupos ocupacionais" ou outros indicadores tradicionalmente empregados como sistema de classificação (Hillsley & Baker, 1991; Jones & Cameron, 1984).

Também no continente latino-americano assiste-se a essa revitalização, resultando em várias iniciativas para operacionalizar indicadores capazes de apreender a desigualdade social e passíveis de utilização em estudos epidemiológicos de análise de situação de saúde. Refletindo essa direcionalidade, o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Salvador, em 1995, coloca as relações entre esta disciplina e as iniquidades em saúde como seu tema central.

No presente momento, em que no interior do debate epistemológico sobre a maturidade da Epidemiologia aponta-se inclusive para a possibilidade de uma completa apartação entre esta e seu objeto coletivo, populações humanas organizadas em

sociedade, o recrudescimento dos estudos sobre iniquidades em saúde constrói um espaço de muitas possibilidades para que a Epidemiologia venha a retomar seu papel de inteligência capaz de fornecer os instrumentos para a detecção e o monitoramento dessa face particular das injustiças sociais.

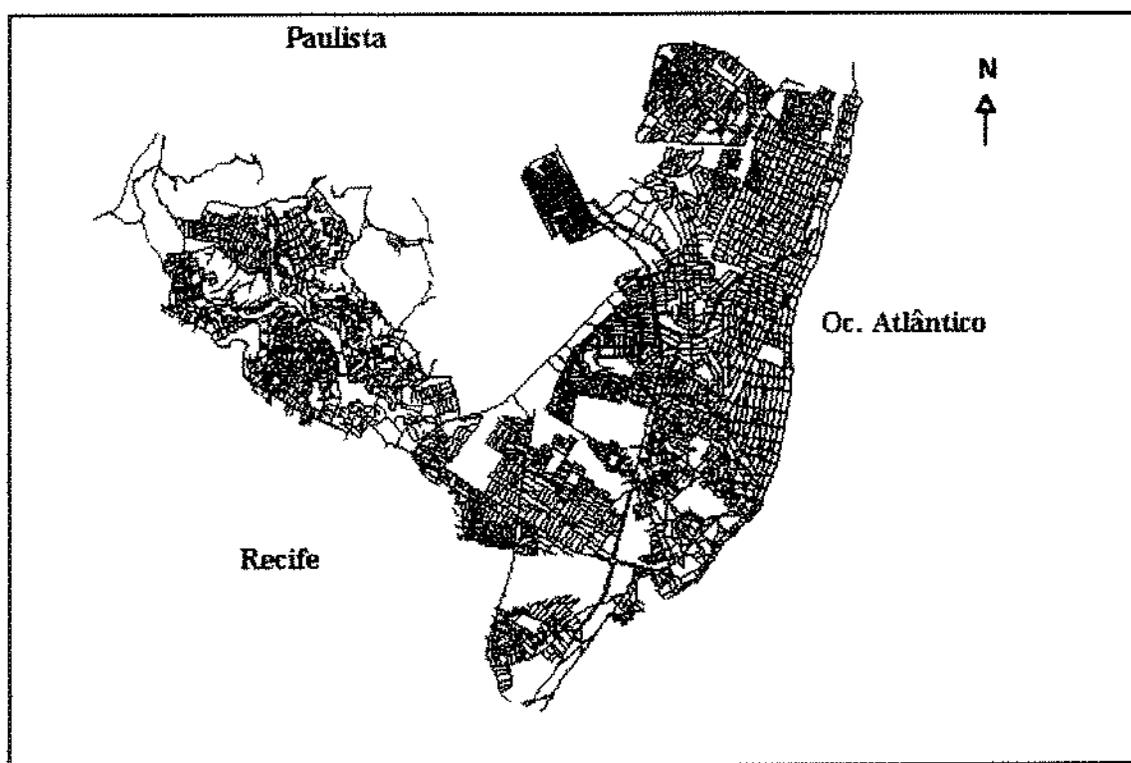
## CAPÍTULO III

### O ESPAÇO DO ESTUDO: OLINDA

#### 3.1 - A CIDADE

Olinda, segunda maior cidade em população do estado de Pernambuco, está localizada ao norte da Região Metropolitana do Recife (RMR), limitando-se com o Oceano Atlântico a leste, com o município do Recife, ao sul, e com o município de Paulista ao norte e ao oeste (Mapa I). A população de Olinda em 1992, estimada com base no Censo de 1991 (IBGE, 1991), era de 347.198 habitantes, concentrados em uma área de apenas 37,4 Km<sup>2</sup>, o que lhe confere uma das maiores densidades demográficas do país (9.283,37 hab/Km<sup>2</sup>).

**MAPA I**  
MUNICÍPIO DE OLINDA



Olinda foi fundada em 1535 pelo primeiro donatário do estado, Duarte Coelho, sendo capital de Pernambuco até 1827. A cidade foi sede da implantação e da grande expansão econômica da cultura da cana-de-açúcar, constituindo-se na virada do século XVI para o XVII, na mais importante do país, inclusive por contar com o porto, Recife, mais próximo da Europa, ponto de conexão comercial e cultural com o Velho Continente (Novaes, 1990).

Os conventos e seminários de diversas ordens religiosas que nela se instalaram, o fausto dos sobrados dos colonizadores e, depois, dos donos dos engenhos-de-açúcar, legaram a Olinda um importante acervo histórico e cultural que sobreviveu até ao incêndio da cidade, efetuado pelos holandeses, em 24 de novembro de 1631. Foi na cidade que se deu a proclamação da pioneira e efêmera República das Américas, a República de Olinda, em 1710. O primeiro curso jurídico do país foi aí instalado no ano de 1827. Conta com cerca de 10 Km<sup>2</sup> de sua área sob preservação, o que levou a UNESCO a conceder-lhe, em 1982, o título de *Patrimônio Natural e Cultural da Humanidade* (Novaes, 1990; Coelho, 1993).

Sofrendo a partir da década de 60 um processo acelerado de crescimento populacional, resultado da atração exercida pelas cidades da Região Metropolitana do Recife sobre a população migrante campo-cidade, e da construção de grandes conjuntos habitacionais, onde hoje residem 25% de sua população, sem que houvesse um correspondente desenvolvimento significativo das atividades produtivas, Olinda, por distar do centro do Recife apenas 8 Km, “é uma cidade gêmea conurbada com a Capital, como se fora um Bairro gigante e aí exercendo sua atividade a maior parte de seus moradores, sendo por isso chamada cidade-dormitório” (Novaes, 1990:84).

O setor terciário (lazer e turismo, comércio e prestação de serviços) responde por 73% da atividade econômica do município que apresenta uma participação bastante

reduzida da agricultura e da indústria. Dentre os 77.284 chefes de domicílios particulares permanentes existentes em Olinda, 36,7% declaram ter renda mensal de até um salário-mínimo e 59,3% até dois (IBGE/UNICEF, 1993). Apesar das ressalvas de caráter metodológico, imputadas aos indicadores sociais baseados na renda (Tavares & Monteiro, 1994), esses números são compatíveis com o valor encontrado no índice de Gini<sup>20</sup>, medida da desigualdade na distribuição da renda, que apresenta, em Olinda, o valor de 0,6189 (IBGE, 1991), revelando uma situação de iniquidade ainda um pouco mais acentuada do que a do país, com média de 0,6024 em 1990 (Tavares & Monteiro, 1994).

A população do município de Olinda encontra-se quase totalmente concentrada (97,2%) na região urbana<sup>21</sup>, que conta com 77.047 domicílios particulares permanentes, com um índice médio de 4,31 moradores por domicílio ocupado<sup>22</sup>. Apresenta um coeficiente geral de fecundidade de 6,2 e um coeficiente de natalidade geral de 18,01‰ (IBGE, 1991). A taxa média de crescimento anual da população foi de 1,73%, na última década, revelando redução significativa desde a década 60-70, quando assumia o valor de 5,96% (M.I./SUDENE, 1985). Esse movimento é ainda mais acentuado que o apresentado pela média nacional que se reduziu de 3%, na década de 60, para 1,8% na década de 80 (Tavares & Monteiro, 1994). Essa tendência é explicada, além da diminuição do papel polarizador da migração rural que era exercido pela

---

<sup>20</sup> Indicador “que compara a proporção do rendimento total auferido por uma parcela de população, em relação ao peso relativo dessa parcela no conjunto da população” (Duchiade, 1995:36). Quanto mais alto o valor entre 0 e 1 indica haver uma maior desigualdade na distribuição da renda.

<sup>21</sup> Para o IBGE a população de Olinda é totalmente urbana. No entanto, assume-se neste trabalho a caracterização proposta pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Olinda que considera como população rural os residentes na área rural que existe encravada no município e que se dedicam à atividade agrícola e à prestação de serviços às chácaras e sítios existentes.

<sup>22</sup> Entre os 243 setores censitários do município, essa taxa varia de 3,38 a 5,43 hab/domicílio, excluindo-se um setor com 12 habitantes em um único domicílio (convento) e um setor sem nenhum morador.

Região Metropolitana do Recife, também pelas “drâmaticas modificações no comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras (...)” (Duchiade, 1995:28). Todavia, esses valores, de Olinda e do país, ainda podem ser considerados elevados, quando comparados aos dos países classificados como de economias com alto valor de Produto Nacional Bruto *per capita* (acima de US\$ 7.911,00), que são estimados em apenas 0,6% para a década 1990-2000 (World Bank, 1993).

Quanto à distribuição por sexo, a população de Olinda compõe-se de 47% de homens e 53% de mulheres (IBGE, 1991). Em relação à distribuição etária, as características encontradas são similares ao padrão observado nas regiões metropolitanas brasileiras, com uma proporção de jovens ainda muito importante, expressa numa população de menores de 15 anos de 33,91%, comparável à proporção nacional (34,2%) e bastante superior à dos países desenvolvidos, como Alemanha (16,2%) e Japão (18,1%) (World Bank, 1993). No entanto, vem sendo registrado um progressivo *envelhecimento* nas últimas décadas, detectável na redução da proporção de menores de 15 anos que representavam 43,36% em 1970 (IBGE). Por outro lado, os maiores de 60 anos aumentaram de 4,57% para 5,40%, na década 70-80, e correspondem atualmente a 7,15% da população de Olinda (IBGE, 1970; IBGE, 1980; IBGE, 1991).

Olinda apresenta taxa de analfabetismo situada em 13,6% na faixa etária dos 11 aos 14 anos e de 14,6% na população acima dos 15 anos (IBGE/UNICEF, 1993). São valores elevados, principalmente se for levada em conta a situação metropolitana do município e a quase inexistência de população rural, onde geralmente as taxas são maiores. Para efeito de comparação com dados do nosso próprio continente, a média nacional, que inclui áreas rurais onde as taxas são superiores às dos centros urbanos, de analfabetismo em adultos na Argentina é de apenas 5% e no Uruguai de 4% (World

Bank, 1993). Ainda em relação aos indicadores educacionais, do total de chefes de domicílio particulares de Olinda, 11.770 (15,2%) possuem menos de 1 ano de estudo (IBGE/UNICEF, 1993).

Em relação às condições sanitárias existentes na cidade, 90,2% da população residem em áreas servidas por água encanada e 29% dispõem da rede de esgotos (SEPLAMA, 1994). Apesar da aparentemente alta percentagem de domicílios que contariam com água encanada, 23,7% das habitações de Olinda são consideradas como tendo abastecimento inadequado<sup>23</sup>, sendo que 32,3% de todas as crianças da faixa etária de 0 a 6 anos residem nessas casas (IBGE/UNICEF, 1993).

Registre-se ainda que os não atendidos pelo sistema de abastecimento d'água, representam mais de 35.000 pessoas, população maior que a de muitos municípios brasileiros, e que se encontram concentradas em algumas regiões do município, como demonstra um levantamento recentemente realizado por Gomes (1993) em uma área de *favela*, onde estão cerca de 50% dos domicílios não ligados, de maneira legal ou clandestina, ao sistema.

Existe um número desconhecido, porém estimado como importante, de sistemas individuais de esgotamento sanitário (fossas) que possuem ligações clandestinas com as galerias pluviais ou que lançam dejetos a céu aberto. Do total de domicílios da cidade, 60,2% são considerados como apresentando “esgotamento sanitário inadequado”<sup>24</sup> (IBGE/UNICEF, 1993).

---

<sup>23</sup> Neste estudo consideraram-se como apresentando “abastecimento d'água inadequado” os domicílios que não estão servidos por água canalizada proveniente da rede geral de abastecimento, com distribuição interna por um ou mais cômodos (IBGE/UNICEF, 1993).

<sup>24</sup> Neste estudo consideraram-se como apresentando “esgotamento sanitário inadequado” os domicílios cujos aparelhos sanitários não estejam ligados a uma rede geral de esgoto sanitário ou não possuam fossa séptica ligada à rede pluvial (IBGE/UNICEF, 1993).

A macrodrenagem da cidade de Olinda é feita pela Bacia do *Beberibe* com seus afluentes (Canal Lava-Tripa e Canal da Malária<sup>25</sup>) e a Bacia do *Paratibe* com seus afluentes (Rio e Canal Fragoso, Canal Ouro Preto, Canal Bultrins e Canal das Tintas). Os canais de macrodrenagem medem 31,7 Km sendo revestidos em apenas 9% de sua extensão (SEPLAMA, 1994).

Acrescente-se ainda a esse quadro dos indicadores sociais do município um estudo sobre *áreas carentes*, realizado pela Secretaria de Planejamento de Olinda (1988), que detectou 33% do total da população habitando nas 47 *favelas* existentes na época, distribuídas pelo território do município, principalmente em terrenos com problemas de drenagem, alagados ou alagáveis, ou nas encostas dos morros, com dificuldade de acesso e risco de desabamentos na época das chuvas.

O território do município pode ser dividido em grandes áreas relativamente homogêneas quanto aos padrões habitacionais preponderantes, podendo ser agrupados em:

(a) *Área do Litoral*, onde se concentram as populações de renda média e alta, com presença de boa infra-estrutura urbana e onde começa a haver um adensamento vertical, compreendendo os bairros litorâneos e parte do sítio histórico, composta por construções de boa qualidade em alvenaria, em média com mais de 6 cômodos, abastecimento regular de água e majoritariamente ligada na rede de esgoto;

(b) *Área Central* do município, onde existe uma forte concentração de conjuntos habitacionais, em que há variável infra-estrutura urbana. Esses conjuntos foram construídos como solução habitacional para populações de renda entre 2 e 3

---

<sup>25</sup> Os nomes dos canais são bastante reveladores das condições sanitárias que os mesmos apresentam e que se agravam pela localização, em praticamente toda a extensão de suas margens, de várias favelas.

salários-mínimos, com abastecimento d'água irregular e ausência ou cobertura mínima de saneamento básico, baixa qualidade técnica das habitações sendo unifamiliares de um pavimento, em pequenos lotes, ou multifamiliares em edifícios;

(c) *Área Oeste* do município, onde concentram-se os padrões habitacionais médio e inferior, incluindo-se as *semifavelas* - os assentamentos resultantes da ocupação legalizada de áreas de pouco valor imobiliário, como encostas e altos de morros, geralmente loteamentos cujas glebas foram divididas em pequenos lotes, aproximadamente entre 100 m<sup>2</sup> e 200 m<sup>2</sup>, cuja distribuição é ordenada, existindo precária infra-estrutura urbana, apresentando-se com fornecimento de água irregular, em grande parte por ligações clandestinas à rede de abastecimento, tipologia habitacional variada predominantemente de casas em alvenaria, geralmente erguidas por auto-construção;

Dispersas por todas as áreas do município, situam-se as favelas, estimadas atualmente em número de 60, de tamanho populacional bastante variável compostas por assentamentos invariavelmente resultantes de invasões de vazios urbanos constituídos por áreas fisiograficamente desfavorecidas, algumas em regiões planas e alagadiças, outras em encostas de morros com sérios problemas de deslizamento, além de carentes de infra-estrutura urbana mínima, grande parte sem ligação legal ou clandestina à rede de abastecimento de água, esgotos "a céu aberto", escassos equipamentos sociais e cuja tipologia habitacional é resultante da autoconstrução utilizando elementos disponíveis para aquela faixa de renda, predominando a taipa, a madeira, refugos como tábuas e chapas de metal e materiais perecíveis tipo papelão e plástico (SEPLAMA, 1988).

Olinda resulta, assim, desse primeiro olhar, com características bastante semelhantes ao quadro encontrado nas cidades-dormitórios das regiões metropolitanas brasileiras, com vários indicadores sociais revelando precárias condições de vida e

serviços essenciais, como o abastecimento de água, sem estarem sequer ainda universalizados. No entanto, é preciso ir para além das médias que representam o conjunto da cidade, porque elas, num país marcado por tamanhas desigualdades, podem não estar retratando, efetivamente, nenhuma das várias Olindas que coexistem, às vezes separadas por poucos metros, uma das outras.

### 3.2 EM BUSCA DA CIDADE HETEROGÊNEA

A primeira opção realizada para tentar revelar a heterogeneidade presente no interior do espaço urbano de Olinda foi a de buscar construir “recortes” formado por regiões com provável uniformidade de características sócio-econômicas, evitando as demarcações estrita ou predominantemente administrativas como bairros ou distritos, que guardam em seu interior um elevado grau de heterogeneidade.

A partir de um levantamento prévio realizado pela Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente (SEPLAMA, 1994) da Prefeitura Municipal de Olinda, foram agrupadas áreas homogêneas internamente quanto a determinadas características de padrão habitacional e de infra-estrutura urbana, e heterogêneas entre si, resultando em cinco agregados. As áreas que os compõem não se encontram, necessariamente, em situação de contigüidade espacial, apresentando algumas delas, um grau elevado de dispersão pelo território do município.

A definição sobre a homogeneidade das áreas considerou os dados secundários de infra-estrutura urbana, compreendendo a tipologia do *padrão habitacional* (qualidade, tipo e material utilizado na construção; situação legal e tamanho médio dos lotes; uso preponderante dos domicílios; parcelamento do solo; acessibilidade, expressa pela existência e qualidade do sistema viário e de transporte, e as *condições físico-ambientais*, compreendendo a topografia, cobertura vegetal, hidrografia, abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem e limpeza urbana). A inferência da situação social apresentada pelos habitantes dessas áreas foi realizada a partir destes parâmetros.

O Quadro I mostra a caracterização desses agregados homogêneos:

**QUADRO I**  
**CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS HOMOGÊNEOS**

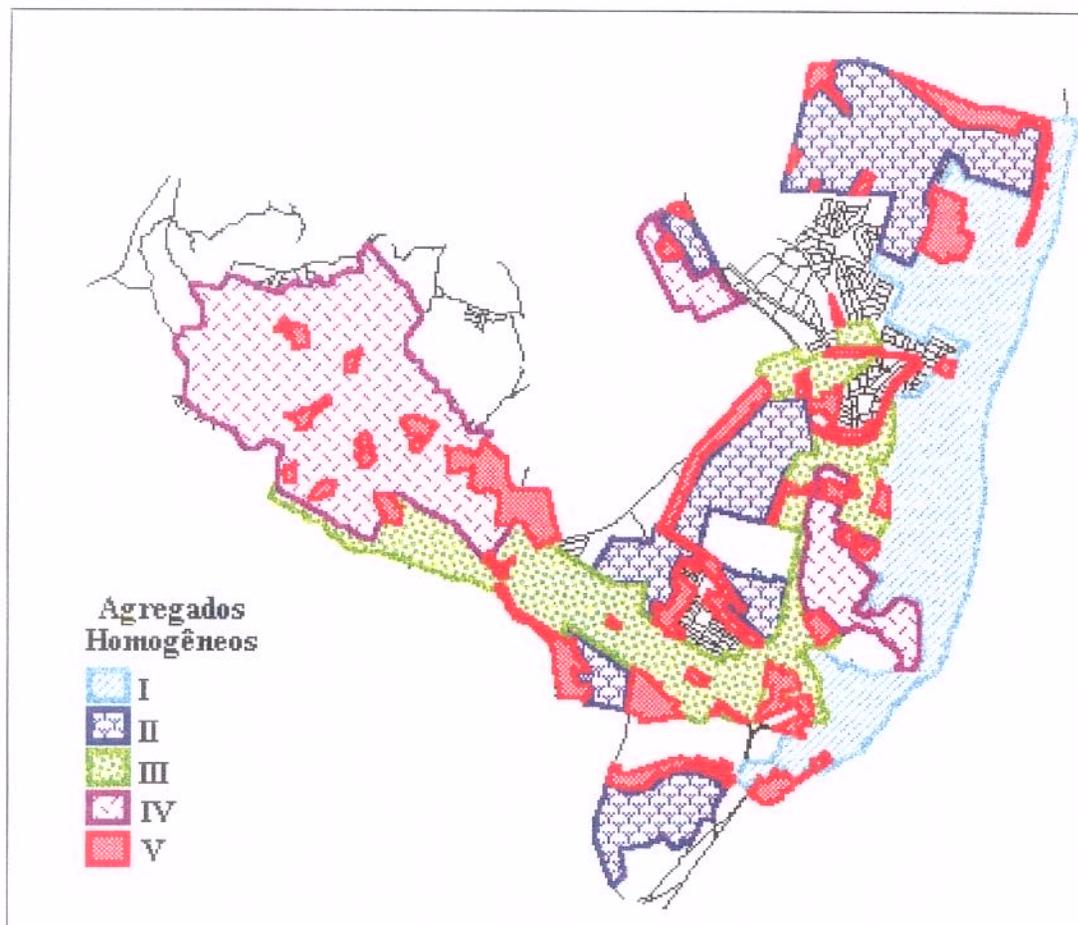
AGREGADO HOMOGÊNEO	CARACTERÍSTICAS	
	PADRÃO HABITACIONAL	CONDIÇÕES FÍSICO-AMBIENTAIS
I	Predominância de habitações de padrão construtivo médio e alto, com tendência a um adensamento verticalizado, implantadas em loteamentos legalizados com lotes regulares de tamanho médio de 360 m <sup>2</sup> .	Áreas de topografia predominantemente plana, situadas próximo ao litoral, com abastecimento d'água regular, esgotamento sanitário em rede e parte em fossa, coleta de lixo regular e boa acessibilidade.
II	Constituído por grandes massas de conjuntos habitacionais, com residências de alvenaria implantadas isoladamente em lotes de 200 m <sup>2</sup> ou verticalizadas em blocos de apartamentos <i>populares</i> .	Áreas de topografia predominantemente plana, com abastecimento d'água regular, esgotamento sanitário em rede, coleta de lixo insatisfatória e boa acessibilidade.
III	Predominantemente constituído por habitações de baixo e médio padrão construtivo, implantadas em loteamentos legalizados com lotes médios de 200 m <sup>2</sup> .	Áreas de topografia plana, com problemas de drenagem nas vias, abastecimento d'água regular, esgotamento sanitário no sistema de fossas, coleta de lixo insatisfatória e relativa acessibilidade.
IV	Caracterizado por grande concentração de habitações de baixo padrão construtivo, executadas em alvenaria ou <i>taipa</i> e implantadas em lotes irregulares em função da topografia acidentada onde se localizam, com lotes de tamanho médio inferior a 200 m <sup>2</sup> .	Áreas de topografia acidentada, com problemas de desmoronamento de barreiras, abastecimento d'água irregular, esgotamento sanitário precário quando existente, coleta de lixo insatisfatória e acessibilidade precária.
V	Constituído por grande adensamento de residências, ocupando de forma ilegal áreas impróprias para habitação, com lotes de tamanho mínimo, padrão construtivo variando entre o consolidado (alvenaria) e o precário (materiais perecíveis como plásticos, restos de madeira, lonas, etc.).	Áreas situadas em barreiras ou locais alagáveis, totalmente desprovidas de infra-estrutura e acessibilidade muito precária.

Fonte: Seplama/P.M.O.

Assumindo a premissa de que a ocorrência das características utilizadas para agrupar as áreas nos agregados homogêneos é determinada pela *estratificação social*

presente no município, utilizar-se-á essa distribuição como *proxy* das condições de vida da população de Olinda. As áreas homogêneas que compõem esses *agregados* encontram-se distribuídas pelo território do município como o mapa seguinte apresenta:

**MAPA II**  
AGREGADOS DE ÁREAS HOMOGÊNEAS EM OLINDA



Na constituição desses agregados de áreas homogêneas observa-se uma variabilidade importante do grau de contiguidade / dispersão das diversas microrregiões que os compõem, oscilando de apenas uma grande área composta de bairros contíguos no I até as 44 pequenas concentrações dispersas por todo o território do município que se agrupam no V (Tabela I):

**TABELA I**  
**ÁREAS POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992**

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>ÁREAS Nº</b>
I	1
II	7
III	4
IV	3
V	44
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>

Realizando uma superposição entre essas áreas e os 243 setores censitários (SC), utilizados pelo IBGE para o censo de 1991 no município, detecta-se que 50,6% desses eram homogêneos internamente, ocorrendo em todo o seu território apenas um dos padrões de área, enquanto, nos 49,4% restantes encontrou-se a coexistência, no espaço delimitado para o SC, de áreas com padrões diferentes (p.ex. favelas e conjuntos habitacionais), com variação de predominância.

Para encontrar a população de cada *agregado de áreas homogêneas*, foram utilizadas duas metodologias, aplicadas em razão da homogeneidade ou heterogeneidade apresentada pelo setor censitário. Nos primeiros a população foi totalizada diretamente da contagem de cada conjunto de setores pertencentes aos diferentes *agregados* enquanto nos últimos foi realizada a estimativa da população contida em cada subárea integrante do SC, a partir da contagem do número de domicílios integrantes de cada uma delas, aplicando-se em seguida a taxa de habitantes por domicílio obtida para aquele *agregado* a partir dos setores homogêneos que o integravam (IBGE, 1991).

Dessa maneira, a população de Olinda no ano de 1992 foi estimada, a partir dos dados do censo de 1991, para cada um dos cinco *agregados de áreas homogêneas*, como sendo correspondente ao apresentado na Tabela II:

**TABELA II**  
POPULAÇÃO POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992

AGREGADO HOMOGÊNEO	POPULAÇÃO	
	N	(%)
I	61.957	17,8
II	89.173	25,8
III	67.022	19,3
IV	73.944	21,3
V	45.281	13,0
<b>SUBTOTAL</b>	<b>337.377</b>	<b>97,2</b>
Área rural	9.820	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>347.198</b>	<b>100,0</b>

Utilizando os demais dados disponíveis para os setores censitários, foram construídos, para os que apresentavam homogeneidade interna, dois indicadores, *renda familiar média* e *proporção dos chefes de família com instrução superior*, para verificar se havia correspondência entre a inferência da condição social obtida a partir deles e a apontada pela caracterização do padrão habitacional e demais características urbanas utilizadas aqui (IBGE, 1991). Os resultados apresentados na Tabela III indicam a correspondência presumida:

**TABELA III**  
**RENDA MÉDIA E PROPORÇÃO DE CHEFES DE FAMÍLIA COM INSTRUÇÃO SUPERIOR POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992**

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>RENDA MÉDIA (em S.M.)</b>	<b>INSTRUÇÃO SUPERIOR (%)</b>
I	9,3	35,3
II	3,3	7,6
III	2,1	3,2
IV	1,3	0,7
V	0,9	1,0

Os dois indicadores apresentam tendência decrescente quando se deslocam dos agregados I para o V, confirmando a relação esperada entre o nível de condições de vida sugerido por essas características. Nos dois últimos agregados (IV e V) foram obtidos valores muito próximos, representando, uma possível efetiva semelhança ou dificuldade de diferenciação, no caso da *renda média*, talvez induzida pelo caráter instável e sazonal da *ocupação* nesses grupos sociais. Em relação à proporção de chefes de domicílio com grau de instrução superior, a presença, ainda que ínfima, de pessoas com nível de instrução superior nas *favelas* pode sugerir a persistência de alguma heterogeneidade, porém de pequena importância.

O ano de 1992 foi escolhido para servir de referência na análise da situação de saúde, por ser, na época do início do estudo, o mais recente para o município de Olinda, a ter concluído o processo de codificação de *causa básica* e revisão dos campos de informação da Declaração de Óbito (D.O.). Os dados referentes à *idade*, *sexo*, *endereço* e *causa básica* foram colhidos diretamente das D.O. por auxiliares de pesquisa que transcreveram para instrumento próprio essas informações. Depois de revistos pelo

pesquisador, esses dados foram digitados para um aplicativo de banco-de-dados informatizado.

Os 1.791 óbitos de residentes em Olinda ocorridos no ano de 1992 foram localizados em cada um dos cinco agregados homogêneos, plotando-se seu endereço diretamente sobre o mapa do município de Olinda, obtido a partir de aerofotogrametria, em grande escala (1:1.000), que permite a visualização de cada lote urbano, ou através de visita realizada por um auxiliar de pesquisa ao local, quando havia dúvidas sobre sua correta localização. Dessa maneira foi possível computar o número de óbitos ocorridos em cada um deles, fornecendo o numerador para a construção de indicadores que utilizam a mortalidade para avaliar o nível de saúde de uma comunidade, detectando possíveis diferenciais decorrentes de estratificação social. A distribuição desses óbitos em cada agregado homogêneo está expressa na Tabela IV:

**TABELA IV**  
ÓBITOS POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS, OLINDA, 1992

AGREGADO HOMOGÊNEO	ÓBITOS	
	Nº	%
I	266	14,8
II	432	24,1
III	306	17,1
IV	461	25,8
V	326	18,2
<b>TOTAL</b>	<b>1791</b>	<b>100,0</b>

A partir dessa distribuição foram construídos os indicadores de uso freqüente em Epidemiologia para analisar a situação de saúde em Olinda e em cada um dos agregados homogêneos. A escolha dos indicadores de mortalidade obedeceu aos seguintes critérios: (a) sua utilização universal em diagnósticos de situação de saúde,

possibilitando comparações para o próprio município em anos anteriores e com outras localidades; (b) a localização metropolitana do município que reduz a ocorrência de óbitos sem assistência médica, garantindo uma maior fidedignidade da informação sobre a causa da morte e (c) a quase totalidade de seu território e de sua população situados em área urbana, eliminando o risco de ocorrência de sub-registro de óbitos por existência de cemitérios *clandestinos*, ainda encontrados em municípios da região nordestina situados no interior dos estados.

Os indicadores utilizados para a análise serão: o *coeficiente de mortalidade geral* (CMG)<sup>26</sup>, a *razão de mortalidade proporcional* ou *índice de Swaroop-Uemura* (RMP ou ISU)<sup>27</sup>, a *curva de mortalidade proporcional* ou *indicador de Nelson Moraes* (CMP)<sup>28</sup>, os *índices de mortalidade proporcional por causas específicas e por grupos de causa* (IMPCE ou IMPGC)<sup>29</sup>, os *índices de mortalidade proporcional por grupos etários* (IMPGE)<sup>30</sup>, os *coeficientes de mortalidade específico por causas e por grupos de causa* (CMD ou CMGC)<sup>31</sup> e os *coeficientes de mortalidade específico por idade* (CPId)<sup>32</sup> (Rouquayrol, 1994).

Na análise por Grupos de Causa de Morte, utilizaram-se os agrupamentos a partir dos capítulos correspondentes da Classificação Internacional de Doenças (CID)

---

<sup>26</sup> Coeficiente de Mortalidade Geral =  $(n^{\circ} \text{ total de óbitos} / \text{População total}) \times 1.000$

<sup>27</sup> Razão de Mortalidade Proporcional ou Índice de Swaroop-Uemura =  $(n^{\circ} \text{ de óbitos em 50 anos e mais} / n^{\circ} \text{ de óbitos totais}) \times 100$

<sup>28</sup> Curva de Mortalidade Proporcional ou Índice de Nelson Moraes é uma representação gráfica das Mortalidades Proporcionais [ $(n^{\circ} \text{ óbitos grupo etário} / n^{\circ} \text{ óbitos totais}) \times 100$ ] para os grupos etários de "< 1 ano", "1-4", "5-19", "20-49" e "50 e mais".

<sup>29</sup> Índice de Mortalidade Proporcional por Causas Específicas ou por Grupos de Causa =  $(n^{\circ} \text{ de óbitos por uma causa específica ou grupo de causas} / \text{total de óbitos}) \times 100$

<sup>30</sup> Índice de Mortalidade Proporcional por Grupos Etários =  $(n^{\circ} \text{ de óbitos do grupo etário} / \text{total de óbitos}) \times 100$

<sup>31</sup> Coeficiente de Mortalidade Específico por Causa ou por Grupos de Causa =  $(n^{\circ} \text{ de óbitos por uma causa específica ou grupo de causas} / \text{população da área}) \times 100.000$

IX, para *Doenças Infecciosas e Parasitárias* (DIP) - CID 001 a 139; *Causas Externas* (CExt) - CID E800 a E999; *Neoplasias* (Neo) - CID 140 a 280; *Doenças do Aparelho Circulatório* (DAC) - CID 390 a 459 e *Sinais Sintomas e Afecções Mal Definidos* (SSAMD) - CID 799.

---

<sup>32</sup> Coeficiente de Mortalidade Específico por Idade = (nº de óbitos ocorridos num determinado grupo etário / população da área) x 100.000

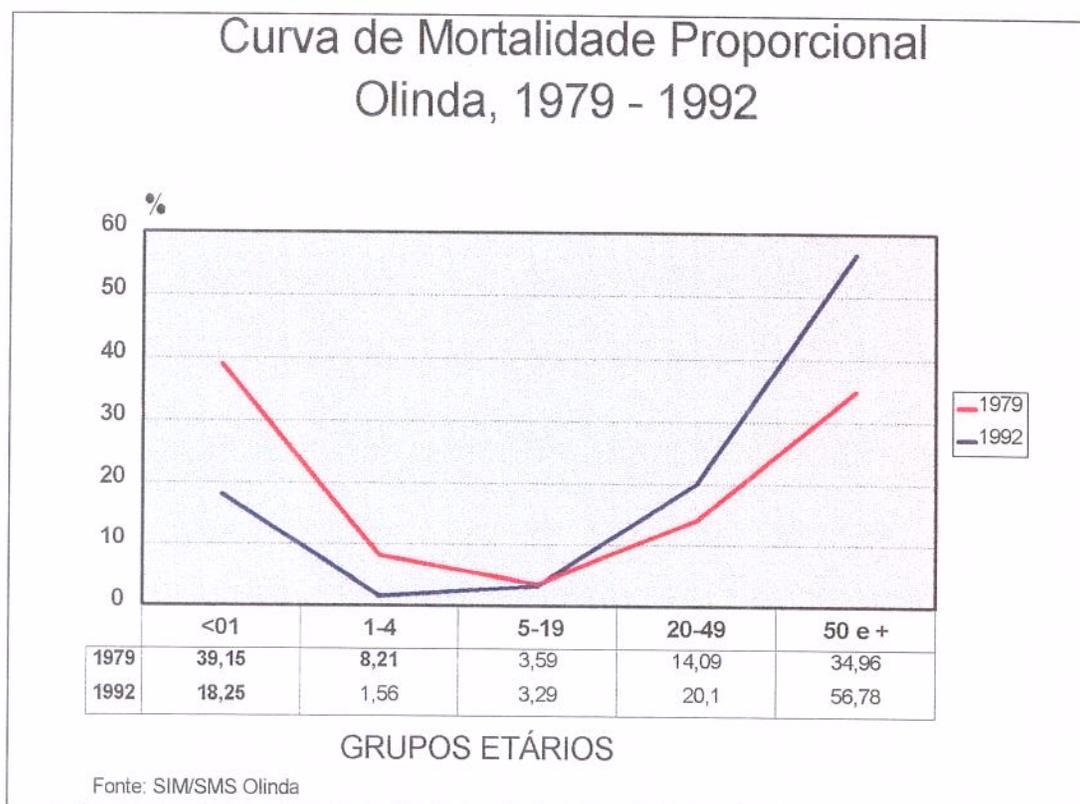
## CAPÍTULO IV

### DIFERENCIAIS DE SAÚDE: AS OLINDAS DENTRO DE OLINDA

#### 4.1 - O HAITI É AQUI ... O HAITI NÃO É AQUI

A análise das *curvas de mortalidade proporcional* ou *indicador de Nélson Moraes* do município de Olinda, construídas para os anos de 1979<sup>33</sup> e 1992 (Figura 1),

Figura I



revela uma melhora relativa no nível de saúde para esse período, expressa na tendência de modificação da curva do padrão em “U” (transição do tipo II ao III) para o padrão em “J” (tipo III)<sup>34</sup>.

<sup>33</sup>O banco-de-dados dos óbitos ocorridos no ano de 1979 é o mais antigo disponível no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), em meio magnético, da Secretaria Municipal de Saúde de Olinda.

Essa mudança de traçado é realizada principalmente às custas de uma redução na mortalidade proporcional em menores de 1 ano (de 39,15% para 18,25%) e correspondente aumento na proporção de óbitos ocorridos após os 50 anos (de 34,96% para 56,78%).

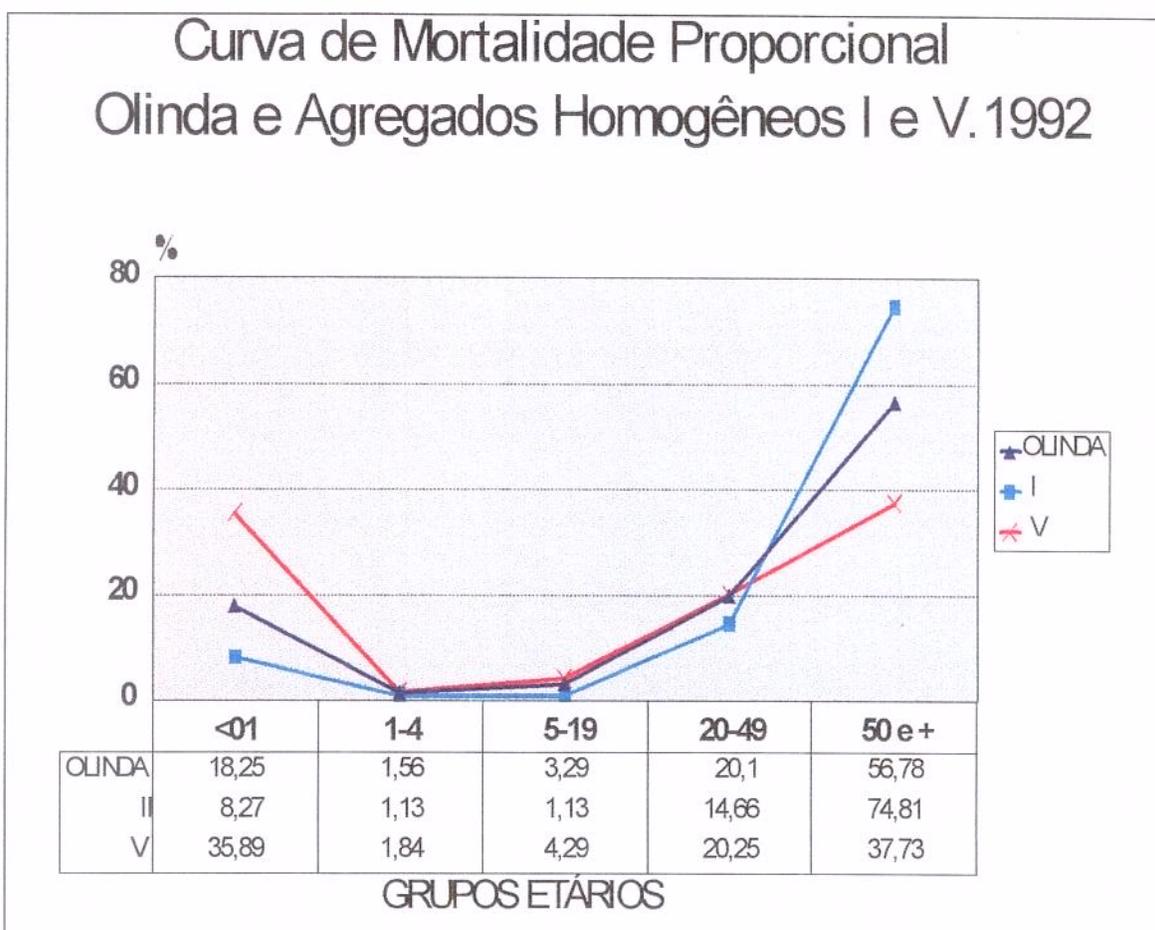
Contudo, o nível de saúde sugerido pela curva em 1992 ainda seria classificado, de acordo com a tipologia proposta pelo idealizador deste indicador, no final da década de 50, apenas como *razoável* (Rouquayrol, 1994), apresentando uma elevada mortalidade proporcional em menores de 01 ano (18,25%), superior à média nacional para 1988, que era de 13,58% (M.S., 1988), similar ao valor encontrado na Colômbia (18,20%) e o dobro do argentino (8,20%), ambos para o ano de 1989 (OPS, 1994:16). O percentual de óbitos no grupo de adultos jovens, entre os 20 e 49 anos (20,1%), também é relevante.

Quando se construíram essas curvas para cada um dos cinco agregados de áreas homogêneas, para o ano de 1992, constatou-se que essa relativa melhora dos níveis de saúde do município, não ocorreu de maneira uniforme. As diferenças nos traçados obtidos, decorrentes de importantes variações no perfil da mortalidade proporcional nos diferentes grupos etários, são especialmente marcadas quando se comparam os agregados “polares”, que sintetizam, respectivamente o melhor e o pior padrão de condições de vida, o I e o V (Figura II).

---

<sup>34</sup> O padrão gráfico apresentado pelas curvas é dependente dos valores assumidos pelos Índices de Mortalidade Proporcional dos cinco Grupos Etários (< 01; 1-4; 5-19; 20-49; 50 e +) e podem variar, numa escala ascendente de qualidade, de nível de saúde do tipo I ao tipo IV (Rouquayrol, 1994).

Figura II



O traçado da curva obtida para o agregado V tende, de maneira nítida, para o de tipo em “U”, característico de regiões com baixíssimos níveis de saúde, às custas de uma elevada mortalidade proporcional no grupo de menores de 1 ano (35,89%), combinada com uma baixa proporção de óbitos ocorridos acima dos 50 anos (37,73%). Os extremos da curva apresentam-se como de “altura” semelhante, pela proximidade dos valores obtidos nesses dois grupos etários, com uma diferença de apenas 2% entre eles.

Para o agregado I, o traçado apresenta-se de tipo em “J”, com uma baixa proporção de mortes no grupo de menores de 1 ano (8,27%) e uma correspondente elevação proporcional dos óbitos nas faixas etárias mais velhas, com 74,81% do total

ocorrendo no grupo etário de 50 anos e mais. Esse tipo de curva é observado em regiões com melhor nível de saúde, onde a redução da mortalidade durante a infância e o aumento da expectativa de vida deslocam a ocorrência das mortes para as faixas de idade posteriores aos 50 anos.

Como resultado da ainda relativamente elevada mortalidade precoce observada para o conjunto do município, a proporção dos que morrem após os 50 anos, que constitui o indicador *razão de mortalidade proporcional* ou de *Swaroop-Uemura*, ainda é reduzida, apesar do aumento registrado no período estudado, 1979 a 1992. O valor mais recente, 56,78%, ainda é muito inferior ao verificado em países como a Suécia, Inglaterra e Holanda, todos acima dos 90% já no ano de 1990, e comparável aos valores apresentado pelo México e Egito, ambos de 54,3% para os anos de 1987 e 1988, respectivamente (Rouquayrol, 1994). Os elaboradores desse índice propunham, ainda em 1957, que seria indicativo de boa qualidade de saúde apenas os valores acima dos 75% (Rouquayrol, 1994).

Quando se analisa esse indicador estratificado para os agregados de áreas homogêneas, o valor médio de 56,78%, assume uma acentuada variação, decrescendo à medida que se progride do agregado I ao V, com o primeiro apresentando um valor de 74,81%, similar ao do Chile, enquanto o último com 37,73%, assemelha-se aos piores valores encontrados na América Latina, em El Salvador (Rouquayrol, 1994). Ou seja, nas áreas de pior qualidade de vida, a elevada proporção de óbitos com ocorrência precoce, antes dos 50 anos, reduz esse indicador à metade do encontrado nas áreas com melhor padrão de vida (Tabela V).

**TABELA V**  
**RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL (%)**  
**POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992**

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>R.M.P. (%)</b>
I	74,81
II	69,21
III	57,84
IV	47,51
V	37,73
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>56,78</b>

O *índice de mortalidade infantil proporcional*, que apresenta-se declinante de 39,15% para 18,25%, tomado para todo o município entre 1979 e 1992, também apresenta diferenciais importantes, variando de 35,89% no agregado V, valor muito elevado quando comparado ao atual padrão brasileiro, que apresentava uma média nacional de 13,58% no final da década de 80 (M.S., 1988), enquanto para os agregados I e II, os valores estão situados abaixo dos 10% (Tabela VI).

**TABELA VI**  
**ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL PROPORCIONAL (%) POR AGREGADOS**  
**HOMOGENÊOS. OLINDA, 1992.**

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>LM.I.P. (%)</b>
I	8,27
II	9,26
III	16,34
IV	21,25
V	35,89
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>18,25</b>

A *quantificação de Guedes*, indicador que traduz numericamente as curvas de mortalidade proporcional, por meio de um valor que resulta da combinação, de forma ponderada, das proporções observadas, apresenta para os anos estudados, uma variação que parte de um valor negativo (-4,40), indicativo de situação de saúde muito precária para alcançar, no ano de 1992, um valor positivo (14,42), confirmando a melhora já caracterizada pela modificação do padrão gráfico.

Aqui também encontra-se um diferencial importante, constatado no desnível apresentado entre os cinco agregados homogêneos. O valor obtido para o conjunto da cidade de Olinda (14,42) dispersa-se numa significativa variação, como demonstrado na Tabela VII, onde observa-se, para o pior agregado, o V, a persistência de um valor ainda negativo, de -2,36, que eleva-se, progressivamente, até atingir um valor, muito acima da média municipal, de 29,34 para o agregado I.

**TABELA VII**  
QUANTIFICADOR DE GUEDES POR  
AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>QUANTIFICADOR DE GUEDES</b>
I	29,34
II	25,11
III	15,49
IV	6,93
V	-2,36
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>14,42</b>

O *coeficiente de mortalidade geral* encontrado para o município de Olinda em 1992 apresenta um valor de 5,31 p/ 1.000. Para avaliar a existência de diferenciais no risco

de morte entre os agregados foi necessário proceder-se a padronização do indicador, pela existência de importantes diferenças na estrutura etária de cada um. Enquanto no agregado I o grupo etário de menores de 05 anos representa apenas 7,24% do total, no agregado V essa proporção se eleva para 13,72%. Correspondentemente, para o grupo etário de 65 anos e mais, esses valores são de 6,92% e 2,88%, respectivamente, quadro compatível com os indicadores de saúde já aferidos. Tomando-se a população do município como *padrão* e adotando-se o método direto, os CGM assim calculados apresentaram-se variando de 3,65 para o agregado I, elevando-se para 7,87 no agregado V, indicativo de um risco geral de morte que se amplia entre os agregados com pior condição de vida, atingindo uma distância significativa entre os dois valores "polares" (Tabela VIII).

**TABELA VIII**  
COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE\*  
POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>CGMp</b>
I	3,65
II	4,64
III	4,43
IV	6,86
V	7,87
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>5,31</b>

\* padronizado por idade

O *coeficiente de mortalidade infantil*, que em 1977 era de 106,2 p/ 1.000 nascidos vivos em todo o município (Nacul, 1990), reduziu-se para 53,8 p/ 1.000 nascidos vivos em 1992, acompanhando a tendência declinante que esse indicador apresenta nacionalmente, em especial a partir da década de 40, ainda que com velocidades significativamente diversas para cada região do país. Esse valor ainda é bastante elevado quando comparado

aos encontrados em outras cidades brasileiras nessa mesma época, como Belo Horizonte que registrava 37,2 p/1000 nascidos vivos em 1990 e Curitiba com 26,6 p/1.000 nascidos vivos, em 1991 (Bessa, 1992; Carvalho, 1993).

A divisão proporcional dos óbitos de menores de 01 ano, entre os componentes *neonatal* (< 28 dias) e *tardio* ou *pós-neonatal* (28 dias a < 01 ano), é relacionada com o patamar em que se encontra o coeficiente de mortalidade infantil. Quando este ainda é muito elevado, predominam os óbitos entre os 28 dias e 1 ano. Essa correspondência, já bastante estabelecida em estudos sobre o comportamento do CMI (Rouquayrol, 1994), resulta da associação do componente *neonatal* com as causas perinatais e com as doenças congênitas, enquanto o componente *tardio* está relacionado com causas como as diarreias e as infecções respiratórias, influenciadas mais diretamente pela qualidade de vida representada por variáveis como saneamento, acesso a serviços de saúde e cobertura vacinal, entre outras. Assim, quando se observa uma redução nos valores do CMI ao longo de um período de tempo, geralmente essa tendência ocorre, inicialmente, às custas do segundo componente, resultando num aumento proporcional do primeiro.

Em Olinda essa variação é detectada entre os anos de 1979 e 1992, quando a porção *neonatal* amplia-se de 48,3% para 60,6%, enquanto a *tardia* reduz-se de 51,7% para 39,4%. No entanto, esse último valor pode ser considerado ainda como elevado por tratar-se de um conjunto de causas muito vulnerável a intervenções médico-sanitárias.

Não foi possível calcular o CMI para cada um dos agregados, por não estar disponível, à época da realização do estudo, a população de nascidos vivos ou a população de menores de 01 ano para cada setor censitário. No entanto, o *coeficiente de mortalidade em menores de 05 anos*, indicador que sintetiza diversas variáveis também presentes no

CMI, apresenta uma importante desigualdade, partindo de 5,57 p/ 1.000 hab. encontrado no agregado I para um valor quase quatro vezes maior, de 19,80 p/ 1.000 hab. para o agregado V (Tabela IX).

**TABELA IX**  
COEF. DE MORTALIDADE EM MENORES DE 05 ANOS (p/1.000 hab.)  
POR AGREGADOS HOMOGÊNEOS. OLINDA, 1992

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>COEF. MORTALIDADE &lt; 05 ANOS</b>
I	5,57
II	6,03
III	8,39
IV	13,13
V	19,80
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>10,94</b>

Bastante sugestiva também da desigualdade que deve existir nos valores do CMI, é a relação entre os componentes neonatal e pós-neonatal dos óbitos ocorridos em menores de 01 ano para cada agregado. Comparando-se as duas proporções através de uma razão, encontramos que, enquanto no agregado I, para cada óbito ocorrido entre os 28 dias e um ano, há 4,5 óbitos em menores de 28 dias, quadro associado, principalmente com as causas perinatais, para o agregado V, encontramos uma razão de 0,9, indicando que a maioria dos óbitos infantis ainda está ocorrendo no período pós-neonatal, situação indicativa de valores muito elevados para o CMI desse agregado (Tabela X).

**TABELA X**  
**RAZÃO ENTRE OS COMPONENTES NEONATAL / PÓS-NEONATAL**  
**DOS ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO, OLINDA, 1992**

<b>AGREGADO HOMOGÊNEO</b>	<b>RAZÃO</b>
I	4,5
II	2,1
III	2,3
IV	1,7
V	0,9
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>1,5</b>

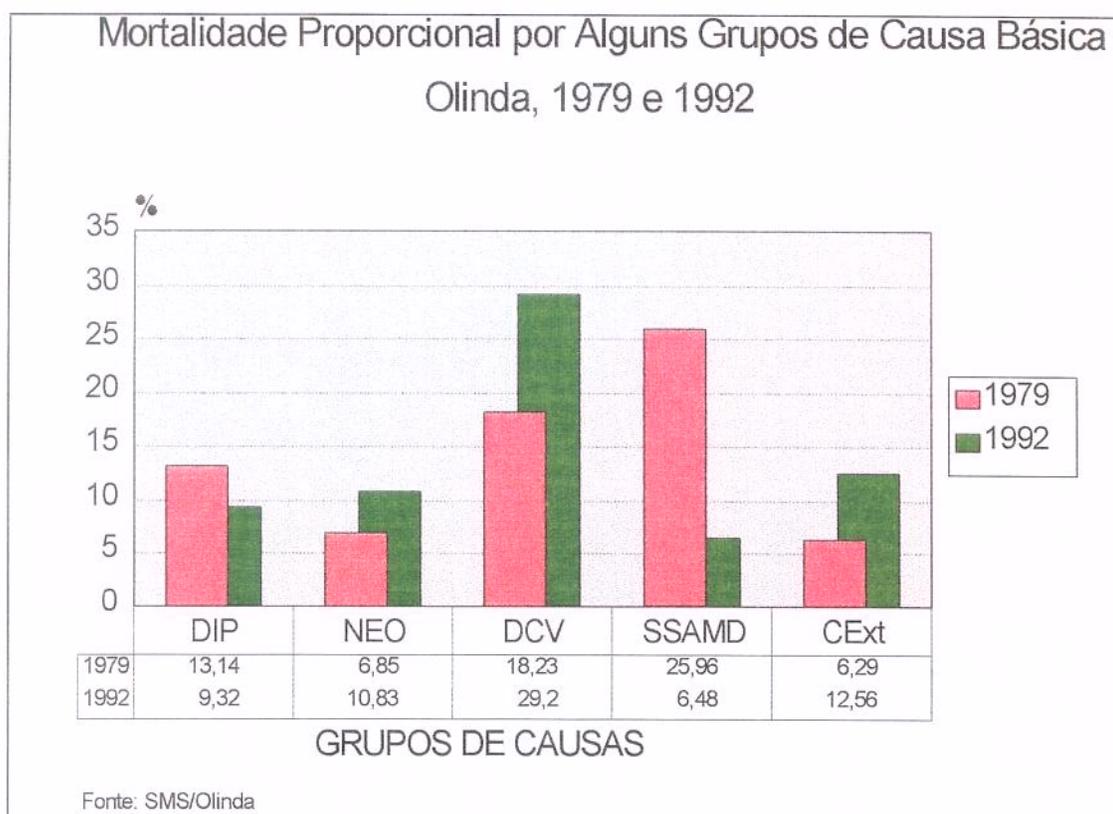
A análise do *índice de mortalidade proporcional por grupos de causa* sugere que as transformações ocorridas no perfil das mortes do município, para o período 1979-1992, desenvolvem-se no sentido de configurar, cada vez com maior nitidez, um quadro característico de *polarização epidemiológica*<sup>35</sup>, como o descrito por Araújo (1992). Tal situação é constituída através de uma elevada e crescente proporção de mortes no grupo das *doenças crônico-degenerativas*, principalmente pelas doenças do aparelho cardiovascular e pelas neoplasias, e no grupo das *causas externas*, destacando-se em seu interior os homicídios e os acidentes de trânsito, agravos e doenças *contemporâneas* ou *modernas*, coexistindo com valores ainda importantes, apesar de tendencialmente em

---

<sup>35</sup> O conceito de *polarização epidemiológica* é sugerido para caracterizar essa superposição de grupos de causa observada particularmente em regiões periféricas do mundo, onde grande parte da população ainda permanece sob condições bastante precárias de vida. Essa padrão de *mosaico* difere da *transição epidemiológica* que ocorreu nos países desenvolvidos a partir da Revolução Industrial no século passado, onde houve um processo de *substituição* cuja principal característica é uma redução a níveis insignificantes da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com a proporcional elevação das doenças crônico-degenerativas e das causas externas (Omram, 1971).

redução, da mortalidade pelo grupo das *doenças infecciosas e parasitárias* (DIP), as doenças consideradas do *passado*, como representado graficamente na Figura III:

Figura III



Essa superposição de causas de óbito com determinação diversa e com datação histórica supostamente não sincrônica, evidencia-se no declínio da proporção de mortes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), observado no período, de 13,14% para 9,32%. Essa redução, no entanto, ainda não é suficiente para considerar-se esse grupo de causas como efetivamente *superado* historicamente. Ao mesmo tempo registra-se um crescimento proporcional das doenças do aparelho cardiovascular (DCV), de 18,23% para 29,20%, e das neoplasias, de 6,85% para 10,83%, o que confirma a importância crescente desses grupos na definição do perfil atual da mortalidade em Olinda.

Chama a atenção também o crescimento, em mais de 100%, da mortalidade proporcional por causas externas, assumindo o segundo lugar entre os grupos de causa de morte. Esse fenômeno do aumento das mortes causadas por violências e acidentes estende-se a todas as regiões metropolitanas brasileiras, tendo sido decisivo para fazer com que esse grupo de causas que representava apenas 2% de todas as mortes ocorridas no país, no início dos anos 30, aumentasse sua participação para 15,3% em 1989 (Souza & Minayo, 1995).

Os óbitos por sinais, sintomas e afecções mal definidos (SSAMD), apesar de terem experimentado uma redução importante ao longo do período, decrescendo de 25,96% para 6,48%, ainda apresentam valores elevados, tomando-se em conta a localização metropolitana e a quase total urbanização do município de Olinda, mostrando que um número não desprezível de óbitos, para essas condições referidas, ainda está ocorrendo sem assistência médica, ou pelo menos, sem a qualificação de oportuna ou adequada. Esses valores aproximam-se dos encontrados para a média nacional do Uruguai (6%) e representam duas vezes o apresentado pela Argentina (3%) (OPS, 1994:451).

A persistência da relevância das mortes por DIP torna-se ainda mais nitidamente identificável quando se utiliza o agrupamento de causas proposto pela OPS<sup>36</sup> que reúne todos os óbitos relacionados com doenças infecciosas e transmissíveis - além daqueles reunidos no grupo das DIP, as infecções respiratórias e as meningites infecciosas (CID 001-

---

<sup>36</sup> A OPS sugere a utilização, para análises baseadas em mortalidade, de um sistema composto por 6 grandes grupos de causas, excluindo-se as não definidas: (1) "doenças transmissíveis"; (2) "tumores"; (3) "doenças do aparelho circulatório"; (4) "afecções originadas no período perinatal"; (5) "causas externas"; (6) "demais enfermidades". A diferença em relação ao agrupamento tradicionalmente utilizado é que no primeiro grupo (DT), além de todas as categorias da secção I da CID-9, que compõem o capítulo das DIP, agregam-se as mortes ocorridas por meningites e doenças infecciosas respiratórias. Essa proposta, também chamada "lista 6/61", é apresentada como traduzindo melhor o peso real das mortes por doenças transmissíveis (OPS, 1992:XII).

139; 320-322; 460-466; 480-487) num mesmo grupo de causas, que, com essa *correção* passaria a representar 13,29% do total de óbitos ocorridos em Olinda no ano de 1992.

No interior dos grandes grupos de causa, também podem-se detectar modificações como a troca de posições entre os cânceres de colo de útero (CID 180) com o de mama (CID 174), que eram responsáveis por 9,46% e 8,11% do total de óbitos por neoplasias em 1979, passando a representar 6,67% e 12,0%, em 1992, respectivamente. Essa inversão do peso relativo de cada tipo, não elude a importância da mortalidade por câncer de colo de útero, ainda muito elevada, quando se sabe de sua vulnerabilidade às medidas precoces de detecção e tratamento.

Entre as doenças do aparelho circulatório, o infarto agudo do miocárdio (CID 410), que respondia por 13,45%, representa agora 22,38% das mortes desse grupo, invertendo sua posição em relação a doença cerebrovascular (CID 436) que decaiu sua importância relativa de 18,53% para 17,23%. No grupo das causas externas, o destaque é o acentuado crescimento das mortes por homicídios (CID E960/E965/E966/E968), que dos 27,94% registrados em 1979, passa a responder em 1992 por mais da metade (57,49%) de todas as mortes violentas e acidentais.

A análise dos anos potenciais de vida perdidos (APVP)<sup>37</sup>, indicador que sugere o impacto *social* das mortes, na medida em que é afetado pela precocidade com que elas ocorrem, reafirma a influência assumida pelas causas externas no padrão da mortalidade em Olinda. Esse resultado pode ser observado na Tabela I, onde os anos de vida *retirados* dos olindenses, como consequência das mortes por violência e acidente, representavam

---

<sup>37</sup> A metodologia de cálculo desse indicador ainda é controversa. Aqui optou-se pelos valores sugeridos por Araújo (1992) para limites mínimo e máximo como 01 e 70 anos, respectivamente.

mais que o dobro da segunda causa em importância (DCV), já no ano de 1988, pela grande proporção desses óbitos (76,21%) que ocorrem a partir da adolescência e entre os adultos jovens, dos 15 aos 49 anos (Silva Jr., 1994).

**TABELA XI**  
ANOS POTENCIAS DE VIDA PERDIDOS (APVP) POR ALGUNS  
GRUPOS DE CAUSA. OLINDA, 1988.

<b>GRUPOS DE CAUSA</b>	<b>APVP</b>
D.Infecciosas e Parasitárias	2.316
D.Ap. Cardiovascular	4.705
Neoplasias	2.926
Causas Externas	9.306

Fonte: SMS/Olinda

Nessa análise realizada com o APVP, os autores já evidenciavam a importância assumida pelo grupo das causas externas, mesmo para o ano de 1979, onde este já suplantava todas os demais grupos de causas, com o valor de 5.491. Também no grupo das neoplasias o APVP, como resultado de sua sensibilidade para a faixa etária predominante das mortes, aponta para o ano de 1988, um valor de 272 para o câncer de colo de útero, superior aos 220 alcançados pelo câncer de pulmão, apesar de este último ser incidente em ambos os sexos (Silva Jr., 1994).

A análise estratificada pelos cinco agregados homogêneos das alterações observadas no perfil da mortalidade recente, relacionada com os *índices de mortalidade proporcional por grupos de causas*, revela diferenciais importantes nessas modificações detectadas para o conjunto do município. Para o agregado I, observa-se uma configuração de quadro mais típico de regiões que já concluíram a “transição epidemiológica”, com uma

pequena proporção de óbitos por DIP (2,26%) e uma correspondente elevação da importância das doenças crônico-degenerativas, com as doenças cardiovasculares respondendo por 42,86% do total de óbitos, seguido pelas neoplasias, com uma proporção de 16,92%.

Já para o agregado V, o perfil inferido pelas proporções dos óbitos entre os grupos de causa reforça um quadro característico de uma situação de “polarização epidemiológica”, onde superpõem-se uma elevada proporção de óbitos por DIP (17,18%), que atinge praticamente o mesmo peso relativo das mortes por DCV (19,63%), e um valor expressivo para as mortes causadas por acidentes e violências, que respondem por 15,64% do total de óbitos ocorridos nesse agregado. Aqui, a proximidade das proporções de óbitos por causas tão diversas em sua determinação é emblemática do “mosaico epidemiológico”.

Destaca-se ainda o diferencial da proporção de óbitos que correspondem ao grupo de SSAMD, que representa 6,75% no agregado com pior padrão de vida, enquanto no de melhor padrão esse valor corresponde a apenas 1,13% (Tabela XII).

**TABELA XII**  
MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS,  
OLINDA E AGREGADOS HOMOGÊNEOS, 1992.

GRUPOS DE CAUSA	MUNICÍPIO	AGREGADOS				
		I	II	III	IV	V
D.I.P.	9,32	2,26	5,79	8,17	11,93	17,18
NEOPLASIAS	10,83	16,92	13,66	10,46	7,59	7,06
D.C.V.	29,20	42,86	35,19	27,45	23,64	19,63
S.S.A.M.D.	6,48	1,13	5,56	6,21	10,41	6,75
C. PERINATAIS	9,27	5,64	5,79	10,13	11,50	12,88
C. EXTERNAS	12,56	8,65	8,33	16,34	14,10	15,64
OUTRAS	22,33	22,56	25,69	21,24	20,82	20,86

Quando se utilizam os *coeficientes de mortalidade por grupos de causa*, encontra-se um quadro semelhante de diferenciais, com os grupos de DIP e causas externas apresentando as variações mais importantes entre os agregados, com os valores desse indicador elevando-se progressivamente, à medida em que pioram as condições de vida, localizando-se no agregado I os menores riscos de morte por essas causas (9,68 p/ 100.000 e 37,12 p/ 100.000) e, no V, os maiores valores, de 123,67 p/ 100.000 e 112,63 p/ 100.000, respectivamente. Em relação aos grupos das DCV e das neoplasias, estas apresentam um maior coeficiente de mortalidade no agregado I, porém sem a amplitude da desigualdade entre os agregados, detectado para os grupos de DIP e causas externas (Tabela XIII).

**TABELA XIII**  
COEF. DE MORTALIDADE POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS (p/ 100.000),  
OLINDA E AGREGADOS HOMOGÊNEOS, 1992.

GRUPOS DE CAUSA	MUNICÍPIO	AGREGADOS				
		I	II	III	IV	V
D.I.P.	49,50	9,68	28,04	37,30	74,38	123,67
NEOPLASIAS	57,50	72,63	66,16	47,75	47,33	50,79
D.C.V.	155,02	184,00	170,46	125,33	147,41	141,34
C. EXTERNAS	66,69	37,12	40,37	74,60	87,90	112,63

Esses riscos diferentes de mortes pelos diversos grupos de causa, proporcionam que em alguns grupos etários verifiquem-se variações significativas como as já referidas para as crianças de 0 a 5 anos, assim como nos adultos jovens, principalmente dos 30 aos 34 anos quando o agregado V apresenta valores bastante superiores (4,30 p/ 1.000) aos encontrados no agregado I (0,40 p/ 1.000). Merece registro especial, também, a diferença encontrada no coeficiente de mortalidade por homicídios, que no agregado I é de 12,91 p/

100.000, elevando-se progressivamente para 17,94 p/ 100.000 no agregado II, 41,78 p/ 100.000 no III, 52,74 p/ 100.000 no IV e chegando aos 72,88 p/ 100.000 no agregado V. Esses valores encontrados para os agregados com piores condições de vida, que encontram-se em patamar bastante elevado, ainda devem ser maiores, se levarmos em conta que, no Brasil, diversos estudos têm apontado a existência de importante subestimação dos números oficiais de mortes por homicídios (Souza & Minayo, 1995).

## 4.2 CONCLUSÕES

A análise da situação de saúde realizada para o município e para os cinco agregados de áreas homogêneas, resulta em algumas conclusões:

1. Confirmando outros estudos anteriores, a *aproximação* utilizada para agregar áreas da cidade com semelhantes condições de vida, inferidas das características associadas ao padrão habitacional e a infra-estrutura urbana, demonstrou ser capaz de recortar o tecido urbano em conjuntos relativamente homogêneos, possibilitando-se aferir a existência de desigualdades em saúde condicionadas por essa diferente inserção social. A razoavelmente ampla acessibilidade aos dados que possibilitam a construção desses agregados, pode tornar esse tipo de estratificação disponível para utilização rotineira, pelos sistemas de saúde, na realização de diagnósticos e monitoramentos, que tenham por objetivo associar a detecção de diferenciais em saúde com a localização dos grupos que vão ser alvo prioritário de intervenções sanitárias e extra-setoriais, que operem no sentido de corrigir as iniquidades evidenciadas. A precisão desse “mapa” pode ser ainda mais elevada com o acréscimo de outras variáveis que aumentem seu poder discriminador. Uma outra possibilidade da utilização do recorte territorial é permitir sua combinação com técnicas recentes de geoprocessamento, que facilitem a análise do processo saúde-doença relacionada com outras informações relevantes como a rede de saneamento, presença de “áreas de risco”, distribuição das unidades de saúde, entre outras;

2. Todos os indicadores utilizados revelaram que os valores médios encontrados para o município, que configurariam um aparentemente homogêneo nível de saúde, variam significativamente entre os agregados, com um padrão de regularidade que sempre colocou o de melhor condições de vida ( I ) com o melhor nível de saúde, piorando, geralmente de

maneira progressiva, para os agregados com as condições de vida mais precárias. O perfil apresentado pelo agregado V no ano de 1992, assemelha-se ao do conjunto do município para o ano de 1979, como se houvesse um “atraso” de, pelo menos, 13 anos, na tendência de melhora dos níveis de saúde, caso esses se deslocassem de maneira linear ao longo do tempo. Essa defasagem é muito maior se tomados, para comparação, os valores apresentados pelo agregado I, que se encontra vários anos adiante da média da cidade. Comparando-se com parâmetros internacionais, é como se no exíguo espaço de menos de 40 Km<sup>2</sup> que corresponde ao território de Olinda, convivessem, simultaneamente, o Chile e o Haiti, respectivamente responsáveis pelos melhores e piores indicadores de saúde de nosso continente, caracterizando um quadro de marcada desigualdade entre os cinco agregados de áreas homogêneas estudados;

3. A *conjuntura epidemiológica* do município também varia intensamente entre os agregados, caracterizando uma particular forma de polarização. Não delinea-se uma separação rígida, onde para o agregado de melhor condição de vida prevalecessem apenas as mortes por doenças “modernas”, enquanto nos de piores condições houvesse apenas as mortes por doenças do “atraso”. A superposição, na verdade, é de duplo nível, convivendo no interior da cidade de Olinda, uma configuração de conjuntura “pós-transição epidemiológica”, bem definida no agregado I, com um quadro de acentuada “polarização” cuja melhor caracterização apresenta-se no agregado V. Neste, revela-se mais fortemente o fenômeno da superposição de perfis de mortalidade com causalidade diversa, indicando uma exposição múltipla e concomitante ao “passado” e ao “presente” epidemiológico, agravada pela também elevada exposição à violência, expressa no índice da mortalidade por homicídios;

4. Retomando-se a conceituação inicial, onde era apontada a necessidade de se ir além do meramente descritivo, para se estabelecerem parâmetros que qualificassem as desigualdades em saúde, os valores alcançados pelo agregado I, por serem realmente existentes, nesse momento, poderiam ser tomados como “possíveis” de universalização para toda a cidade, caso fossem igualitárias as condições que contribuem para sua ocorrência. Assim, poderiam ser qualificadas como desigualdades “injustas”, ou seja, *iniquidades em saúde*, os significativos diferenciais encontrados entre esse agregado e os demais. Apenas no grupo etário de menores de 5 anos, por exemplo, se todos os agregados apresentassem o mesmo coeficiente de mortalidade do I (5,57 p/ 1.000), em vez das 355 mortes que ocorreram, em 1992, teriam havido apenas 181, poupando a vida de 174 crianças. A capacidade do sistema de saúde em aferir e trazer à tona números como esses para a definição de suas prioridades, pode representar um bom início para que a *paixão* indignada desafie a *razão* a construir sociedades mais justas.

## SUMMARY

*The objective of this work was to contribute to the development of the health situation analysis, which will be able to apprehend differentials related to inequalities of living conditions present in the distinct population groups coexisting in the urban space.*

*Reviewing the main theorization related to the social inequalities and the relationship between these inequalities and the Epidemiology, it was emphasized the need of adopting methodologies that permit the operacionalization of variables which reflect these inequalities. At the same time, these methodologies must be accessible to be utilized by the health system, enlarging its ability to identify main population groups, in order to plan health actions.*

*It was assumed the premise of the social determination existing on the urban space occupation. A set of habitation pattern and urban infra-structure characteristics was adopted as a proxy of living conditions. A populational stratification was built based on grouping of regional areas of the city of Olinda-PE, homogeneous for those characteristics.*

*Utilizing health indicators of common use in Epidemiology, it was made a diagnosis of the health situation of these groupings where was detected significant differentials among them, corresponding to ascendent levels of health situation to those with better living conditions. This result indicates the existence of health iniquities in the city under study. Furthermore, it suggests the possibility of the utilization of the listed variables in the urban environment as adequate to build a stratification system which allow*

*to apprehend those differences on the risk of illness and death related to the social inequality.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. Anotações sobre a história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 1-6.
- \_\_\_\_\_. Caos e causa na epidemiologia. In: ABRASCO. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia - Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p. 117-126.
- \_\_\_\_\_. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. Salvador: APCE; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, n. 2, ano I, p. 5-16, jul. 1992.
- AYRES, J.R.C.M. *A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde: a crítica da razão instrumental na constituição histórica da ciência epidemiológica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991. (mimeo)
- BARATA, R.C. B. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO. *Textos de Apoio - Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1985. p. 13-27.

- BARRET, F.A. A medical geographical anniversary. *Soc. Sci. Med.*, Great Britain, v. 37, n. 6, p. 701-710, 1993.
- BARRETO, M.L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D.C. (org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 19-38.
- BARRETO, M.L. et al. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 127-46, 1993.
- BARROS, M.B.A. *Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos*, Ribeirão Preto. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1983. (mimeo)
- BARROS, M.B.A. & ARAÚJO, M. *Espacialização dos óbitos de menores de um ano no município de Campinas*. Trabalho apresentado no Seminário "Usos das Informações de Mortalidade em Nível Municipal", São Paulo, 1992.
- BERNHARDT, J. Hobbes. In: CHÂTELET, F. (org.) *História da filosofia*. v. 3. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 115-136.
- \_\_\_\_\_. O pensamento pré-socrático: de Tales aos Sofistas. In: CHÂTELET, F. (org.) *História da filosofia*. v. 6. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. p. 23-64.
- \_\_\_\_\_. Química e biologia no século XIX. In: CHÂTELET, F. (org.) *História da filosofia*. vol. 6. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 61-112.
- BESSA, A.M.S. et al. *Mortalidade neonatal em Belo Horizonte: um estudo dos fatores de risco através do sistema de informação sobre nascidos vivos*. Belo Horizonte, 1992. (mimeo)

- BOTTOMORE, T. (ed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- BOUDON, R. *O lugar da desordem*. Lisboa: Gradiva, 1990.
- BOUDON, R. & BOURRICAUD, F. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 1993.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO INTERIOR (M.I.) / SUDENE. *Aspectos do quadro social do nordeste*. Recife, 1985.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatísticas de Mortalidade*. Brasília, 1988.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP, 1991.
- \_\_\_\_\_. (org.) Componente de metodologia: la construccion del pensamiento en medicina social. In: FRANCO, S. A. et al. *Debates en medicina social*. Quito: OPS, 1991. p. 138-248.
- BREILH, J & GRANDA, E. et al. *Deterioro de la vida*. Quito: Corporación Editora Nacional / CEAS, 1990.
- BREILH, J & GRANDA, E. *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito: CEAS, 1980.
- CARVALHEIRO, J.R. Processo migratório e disseminação de doenças. In: ABRASCO. *Textos de Apoio: Ciências Sociais I*, Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ ABRASCO, 1983.
- CARVALHO, O.S. et al. *Projeto nascer em Curitiba vale uma vida*. Curitiba, 1993.  
(mimeo)

- CASTELLANOS, P.L. *Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en America Latina*. PAHO/OMS, 1992 (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Sistemas nacionales de vigilancia de la situacion de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. OPS/OMS, 1991. (mimeo)
- CASTRO, J. *Geografia da Fome (o dilema brasileiro: pão ou aço)*. 11. ed., Rio de Janeiro: Gryphus, 1992.
- CAVALLI, A. Classe. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 1, 4. ed., Brasília: EDUNB, 1992. (a)
- \_\_\_\_\_. Estratificação Social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 1, 4. ed., Brasília: EDUNB, 1992. (b)
- COELHO, G.V. *Depoimento pessoal*, 1993.
- COLIMON, K. *Fundamentos de epidemiologia*. 2. ed. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- COSTA, D.C. & COSTA, N.R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. In: COSTA, D.C. (org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.
- COSTA, D.C. (org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1990.
- CZERESNIA, D. et al. Fundamentos conceituais em epidemiologia. In: ABRASCO. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia - Anais do II Congresso*

- Brasileiro de Epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p. 273-5.
- DALLEMAGNE, J. & NAÏR, S. A economia política, o socialismo utópico. In: CHÂTELET, F. (org.) *História da filosofia*. v. 5. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 124-169.
- DELUMEAU, J. *O medo no ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DI VILLAROSA, F.N. *A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário*. Manual de Instruções. Brasília: OPS/Cooperação Italiana em Saúde, 1993.
- DUCHESNEAU, F. A filosofia anglo-saxônica de Bentham a W. James. In: CHÂTELET, F. (org.) *História da filosofia*. v. 6. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 113-137.
- DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. (org.) *Os muitos brasis - saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 14-56.
- ELSTER, J. *Marx, hoje*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- ENGELS, F. *La situation de la classe obrera en Inglaterra*. México: Cultura Popular, México, 1984.
- FARR, W. Mortalidad de los mineros: una seleccion de los informes y escritos de William Farr. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 69-73.
- FROST, W.H. Introdução. In: SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.

- GOLDBERG, M. Esse obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D.C. (org.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- GOLDBERGER, J. Estudios sobre la pelagra. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 101-105.
- GOMES, M. *Um canal chamado malária*. Olinda, 1993. (mimeo)
- GREENWOOD, M. Epidemiología del cáncer. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 115-125.
- GUIMARÃES, J.L. & FISHMANN, A. *Desigualdades da mortalidade infantil entre favelados e não-favelados no município de Porto Alegre, RS, Brasil, 1980*. Porto Alegre, Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, 1986. (mimeo). apud ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- HENNEKENS, C.H. & BURING, J.E. *Epidemiology in medicine*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1987.
- HIPÓCRATES. Aires, aguas y lugares. . In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 18-19.
- HOBBSAWN, E.J. Marx, Engels e o socialismo pré-marxiano. In \_\_\_\_\_ . *História do Marxismo*. 2. ed. vol. I. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. p. 33-66.

IBGE. *Censo demográfico - 1970*. (mimeo)

\_\_\_\_\_ - 1980. (mimeo)

\_\_\_\_\_ - 1991. (mimeo)

IBGE/UNICEF. *Crianças & adolescentes - indicadores sociais* (número 13 - Pernambuco).

Rio de Janeiro, 1993.

ILDES-Instituto latino americano de desenvolvimento econômico e social & Fundação

Friedrich Ebert. *Karl Marx, 1818-1883, vida-obra-época*. Rio de Janeiro, 1983.

ILLSLEY, R. & BAKER, D. Contextual variations in the meaning of health inequality.

*Soc. Sci. Med. Great Britain*, v. 32, n. 4, p. 359-365, 1991.

JONES, G.S. Retrato de Engels. In HOBBSBAWN, E.J. *História do marxismo*. 2. ed. vol. I.

Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. p. 377-422.

JONES, I.G. & CAMERON, D. Social class analysis - an embarrassment to epidemiology.

*Community Medicine. Great Britain*, v. 6, n. 1, p. 37-46, 1984.

KADT, E. & TASCA, R. *Promovendo a equidade - um novo enfoque com base no setor da*

*saúde*. São Paulo: Hucitec; Salvador: Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

LAST, J.M. (ed.) *A Dictionary of epidemiology*. 2. ed. New York/Oxford/Toronto: Oxford

University Press, 1988.

LAURELL, A.C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. A. et al.

*Debates en medicina social*. Quito: OPS, 1991.

LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1985.

- LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: ABRASCO. *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Campinas:ABRASCO, 1990.
- LIBERATOS, P.; LINK, B.G.; KELSEY, J.L. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, v. 10, p. 87-121, 1988.
- LILIENFELD, A.M. & LILIENFELD, D.E. *Foundations of epidemiology*. 2. ed. New York/Oxford: Oxford University Press, 1980.
- LILIENFELD, D.E. Definitions of epidemiology. *Am. J. Epidemiol.*, v. 107, n. 2, p. 87-90, 1978.
- LLOPIS, A. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.) *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 3-17.
- LYRA, T.M. et al. *Vigilância dos óbitos infantis - uma experiência de Olinda*, 1993. Trabalho apresentado (poster) no IV Congresso da ABRASCO, Olinda, 1994.
- MACHADO, L.G. Política In: Rousseau, J.J. *Do contrato social*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).
- MacMAHON, B. & PUGH, T. F. *Epidemiology principles and methods*. 1. ed. 11. print. Boston: Little, Brown and Company, 1970.
- MARX, K. & ENGELS, F. Manifesto do partido comunista. In: *Obras escolhidas*. Tomo I. Lisboa/Moscovo: Edições Progresso, 1982.
- MARX, K. *Miséria da filosofia*. São Paulo: Ciências Humanas, 1982.

- \_\_\_\_\_. *O capital*. Livro Terceiro, t.2. (parte segunda). São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Economistas).
- MELO FILHO, D.A. *Contribuição à compreensão e crítica da epidemiologia social*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Dept<sup>o</sup> de Medicina Preventiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.
- MENDES GONÇALVES, R.B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas. In: ABRASCO. *Textos de Apoio - Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1985. p. 31-86.
- MENDES, E.V. (org.) *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPS/OMS, 1993.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 383-402.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA/OPS. *Proyecto sistema nacional de vigilancia de la situacion de salud segun condiciones de vida en Cuba*. Habana, 1992. (mimeo)
- MORALES, A.V. *Perfil de proyecto sobre salud y condiciones de vida en tres areas geopoblacionales de Paraguay*. Assunción, 1993. (mimeo)
- NACUL, L. C. Evolução da Mortalidade Infantil Recente em Olinda/PE. *Revista do IMIP*, Recife, v. 4, n.1, p. 5-8, 1990.

- NÁJERA, E. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafío de la epidemiología*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 3-17.
- NOVAES, F. *Olinda: evolução urbana*. Recife: FUNDARPE/CEPE, 1990.
- NUNES, E.D. Trayectoria de la medicina social en america latina: elementos para su configuración. In: FRANCO, S. A. et al. *Debates en medicina social*. Quito: OPS, 1991. p. 17-137.
- OLINDA.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLINDA (SMS/OLINDA). *Inquérito de cobertura vacinal*. Olinda, 1991. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Informe Epidemiológico*. Olinda, 1993 - .(mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Dados do SINASC*. Olinda, 1995.(mimeo)
- OLINDA. SEPLAMA (Secretaria de Planejamento). *Caracterização das áreas carentes do município de Olinda*. Olinda, 1988. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Dados sócio-econômicos do município de Olinda*. Olinda, 1994. (mimeo)
- OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem. Fund.Q.*, n. 49, p. 509-583, 1971.
- OPPENHEIM, F. Igualdade. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 4. ed., Brasília, EDUNB, 1992 (2 vol.).
- OPS. *Las condiciones de salud en las Americas - edición de 1994*. Washington: OPS, 1994. (Publicação Científica nº 549). 2 v.

- OPS. *Estadísticas de salud de las Americas - edición de 1992*. Washington: OPS, 1992.  
(Publicação Científica nº 542).
- PAIM, J.S. et al. Mortalidade infantil proporcional, Salvador, Bahia, Brasil. *Bol. Of. Sanit. Panam.* Washington, v. 103, n. 2, p.113-122, 1987.
- PAHO. Research on health profiles. Background information on mortality analysis projects. *Epidemiological Bulletin PAHO*, 9(2): 1-3, 1988.
- PASTORE, J. *Desigualdade e mobilidade social no Brasil*. São Paulo: EDUSP, 1985.
- PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE / UNICEF. *Crianças e adolescentes em Pernambuco*. Recife: UNICEF, 1992.
- PERRENOUD, A. L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVIIe siècle. apud SCHELLEKENS, J. Mortality and socio-economic status in two eighteenth-century dutch villages. *Population Studies*, v. 43, p. 391-404, 1989.
- POSSAS, C.A. *Saúde e trabalho*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Epidemiologia e sociedade - heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- POWER, C.; MANOR, O.; FOX, J. *Health and class: the early years*. London: Chapman & Hall, 1991.
- PRZEWORSKI, A. *Capitalismo e social-democracia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

- RICHARDSON, B.W. John Snow, um representante da ciência e da arte médica na era vitoriana. In: SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- ROTHMAN, K. *Modern epidemiology*. Boston/Torono: Little, Brown and Company, 1986.
- ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- ROUSSEAU, J.J. *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores). (a)
- \_\_\_\_\_. *Do contrato social*. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores). (b)
- SANTOS, M. *Manual de geografia urbana*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- SCHELLEKENS, J. Mortality and socio-economic status in two eighteenth-century dutch villages. *Population Studies*, v. 43, p. 391-404, 1989.
- SILVA, L.J. *Evolução da doenças de chagas no estado de São Paulo*. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 1981.
- \_\_\_\_\_. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em Epidemiologia. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, n. 19, p. 377-83, 1985.

- \_\_\_\_\_. Organização do espaço e doença. In: ABRASCO. *Textos de Apoio - Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1985. p. 157-208.
- SILVA JR. , J.B. et al. *Evolução do perfil da mortalidade nos anos 80, Olinda/PE*. Trabalho apresentado (poster) no IV Congresso da ABRASCO, Olinda, 1994.
- SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M.C.S. (org.) *Os muitos brasis - saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 87-116.
- SVENSSON, P. Introduction. *Soc. Sci. Med.*, Great Britain, v. 31, n. 3 (Health Inequalities in Europe), p. 225-227, 1990.
- TAVARES, R. & MONTEIRO, M.F.G. População e condições de vida. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. (orgs.) *Saúde e sociedade no Brasil - anos 80*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1994. p. 43-72.
- TERRIS, M. Discusión. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.) *El desafio de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 3-17.
- THOMPSON, E.P. *A miséria da teoria ou um planetário de erros*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. (ed.) *Inequalities in health - The Black report - The health divide*. 4. ed. rev. atual. London: Penguin Books, 1992.

- TURNER, J.H. *Stratification theory*. New York: Columbia University Press, 1984.
- VEGA, J. *Situación de salud y condiciones de vida*. Santiago, 1993. (mimeo)
- VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1989.
- VIEIRA, C.A Saúde no desenvolvimento. In: ABRASCO. *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Campinas:ABRASCO, 1990.
- VILLERMÉ, L.R. Reseña del estado físico y moral de los obreros de las industrias del algodón, la lana y la seda. In: BUCK, C.; LLOPIS, A.; NÁJERA, E.; TERRIS, M. (orgs.). *El desafío de la epidemiologia*. Washington: OPS, 1988. (Publicação Científica nº 505). p. 34-37.
- WEBER, M. *Economia y sociedad*. 2.ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- WORLD BANK. *World development report 1993 - Investing in Health*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1993.