



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Drachler, Maria de Lourdes; Vargas Côrtes, Soraya M.; de Castro, Janice Dorneles; de
Carvalho Leite, José Carlos

Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando
definir prioridades de políticas públicas no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 461-470

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil

Methodological approach to select indicators of health inequalities to define priorities for social policies in Brazil

Maria de Lourdes Drachler ¹

Soraya M. Vargas Côrtes ²

Janice Dorneles de Castro ¹

José Carlos de Carvalho Leite ³

Abstract *Promoting equality in health is a challenge for policy makers. The magnitude of health inequalities and the shortage of resources require policy development supported by health situation analysis and scientific and expert evidence of the impact of policies, programs and actions in promoting equity. This study presents methodological aspects of the selection of indicators of health inequalities devised by the Inquiry into Inequalities in Health in the State of Rio Grande do Sul to help defining priorities for social policies in Brazil. The indicators were devised to assess health inequalities as differences in quality of living and human capabilities which are socially determined. The method is based on principles of active promotion of equity which orient (1) the Brazilian National Health system, (2) the inquiries into inequalities in health in the United Kingdom and (3) the RAWP method for allocation of financial resources for health among the areas of a country, state or municipality, and take into account the particularities of the information systems in Brazil.*

Key words *Inequalities in health, Equity, Health situation analysis, Inquiry into inequalities in health, Health indicators, Social indicators*

Resumo *Promover a saúde com eqüidade é um grande desafio para os gestores públicos. A magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos impõem que as prioridades para a gestão pública se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes. Este artigo apresenta a proposta metodológica de construção e seleção de indicadores de desigualdades em saúde utilizada pela Pesquisa Avaliativa de Desigualdades em Saúde no Rio Grande do Sul (PADS-RS) para auxiliar a definição de prioridades para a gestão pública. Os indicadores foram construídos visando avaliar desigualdades em saúde como diferenças na qualidade de vida e capacidades humanas socialmente determinadas. A metodologia baseia-se em princípios de promoção ativa da eqüidade que orientam (1) o Sistema Único de Saúde Brasileiro, (2) as pesquisas avaliativas de desigualdades em saúde realizadas no Reino Unido e (3) o método RAWP (Resources Allocation Working Party) de alocação de recursos financeiros públicos em saúde entre regiões e considera as peculiaridades dos sistemas oficiais de informação no Estado e no Brasil.*

Palavras-chave *Desigualdades em saúde, Eqüidade, Situação de saúde, Pesquisa avaliativa, Metodologia, Indicadores de saúde, Indicadores sociais*

¹ Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Unisinos e Curso de Graduação em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da UERGS. Rua Costa Lima 790, Bloco C, apto 611. 91720-480, Porto Alegre RS. zecamalu@zaz.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS.

³ Departamento de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul RS.

Introdução

Os gestores públicos têm se confrontado com o desafio de combater desigualdades sociais marcantes e crescentes, em um contexto de restrição de recursos e de crítica ao modelo keynesiano de intervenção estatal, que defende, entre outras coisas, a participação ativa do Estado na promoção do desenvolvimento econômico e social (O'brien e Penna, 1998).

Uma estratégia de governo para identificar prioridades de atuação governamental para maior eqüidade em saúde tem sido as “pesquisas avaliativas de prioridades para a gestão pública” (Townsend e Davidson, 1982; Townsend *et al.*, 1992; Acheson, 1998). Realizadas por solicitação de governos a grupos de pesquisadores independentes, essas pesquisas têm o objetivo de investigar evidências da abrangência e magnitude das desigualdades sociais nos níveis de saúde da população; analisar a determinação social dessas desigualdades; e examinar os fundamentos científicos, a eficácia, a efetividade e a pertinência de intervenções, visando subsidiar estratégias governamentais que sejam potencialmente efetivas, tenham alcance universal e aumentem a eqüidade em saúde (Contandriopoulos *et al.*, 1997). No Reino Unido, foram realizadas nas últimas décadas três grandes pesquisas avaliativas: *The black report on social inequalities in health* (O relatório black sobre desigualdades sociais em saúde), de Townsend e Davidson (1982); *The health divide* (A saúde divide), de Townsend, Davidson e Whitehead (1992); e *Independent inquiry into inequalities in health* (Avaliação independente sobre desigualdades em saúde) de Acheson (1998). Essas pesquisas têm contribuído para estabelecer estratégias governamentais de promoção da eqüidade em saúde a médio e longo prazo, identificação de áreas carentes de informação em saúde e definição de linhas de pesquisa prioritárias para financiamento com recursos públicos.

A proposta metodológica para definir indicadores de desigualdades em saúde, apresentada neste artigo, é resultado da primeira etapa da Pesquisa Avaliativa de Desigualdade em Saúde no Rio Grande do Sul (PADS-RS). A definição desses indicadores é condição necessária para analisar a situação de saúde em estudos dessa natureza no Brasil.

Breve caracterização da PADS-RS: fontes inspiradoras e arcabouço conceitual

A PADS-RS originou-se do interesse pela temática de pesquisadores vinculados a universidades gaúchas e à Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e também da experiência de um dos pesquisadores no grupo como técnico da Avaliação Independente sobre Desigualdades em Saúde na Grã-Bretanha (Acheson, 1998). A PADS-RS tem buscado evidências de desigualdades em saúde no Estado e das determinações de tais desigualdades revisando a literatura e analisando bancos de dados secundários obtidos em instituições governamentais e em outras pesquisas disponíveis. Quando indispensável, tem realizado estudos empíricos específicos, promovendo ainda discussões com especialistas e representantes institucionais, indivíduos e representantes de seguimentos organizados da sociedade. Posteriormente analisará literatura sobre eficácia, efetividade e eficiência de políticas, programas, projetos e ações interinstitucionais e intersetoriais potencialmente efetivas para o benefício universal à saúde com eqüidade. Essa metodologia baseia-se principalmente na experiência internacional bem-sucedida na Grã-Bretanha e nas peculiaridades da organização da atenção à saúde na gestão do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, ora em processo de descentralização e municipalização.

Um dos objetivos da PADS-RS é sistematizar informações sociais e de saúde para diferentes áreas territoriais, como municípios, coordenações regionais de saúde e macrorregionais de saúde visando auxiliar os gestores estaduais de saúde a estabelecerem critérios de alocação de recursos financeiros, materiais e humanos e a priorizarem políticas, programas e projetos em diferentes áreas do território. Assim poderá colaborar para que o gestor viabilize, em nível estadual, o cumprimento das disposições legais que deveriam estar normatizando o funcionamento do SUS. Nesse sentido, a seleção de indicadores de desigualdade em saúde entre as áreas territoriais foi também influenciada pelo método RAWP (Resource Allocation Working Party), desenvolvido por um grupo de trabalho que visava à eqüidade na alocação de recursos financeiros públicos em saúde entre regiões da Grã-Bretanha (Department of Health and Social Security, 1976, 1988). A fórmula RAWP, implementada em 1976, estima necessidades re-

gionais a partir da população ponderada pela taxa nacional de utilização dos serviços, pela idade e sexo e pela taxa de mortalidade regional padronizada. A RAWP sofreu várias reformulações e tem sido um dos principais métodos de avaliação sistemática de necessidades e o principal mecanismo de distribuição de recursos financeiros por região na Grã-Bretanha (Foster, 1976; Ham, 1992). Seu modelo tem inspirado a adoção de mecanismos semelhantes internacionalmente. No Brasil, a RAWP foi uma das referências para pesquisadores, profissionais e lideranças do setor discutirem sobre distribuição de recursos financeiros entre os níveis subnacionais (estados e municípios) de gestão durante a elaboração da Constituição e das leis do SUS.

A legislação que normatiza o SUS preconiza a distribuição de recursos financeiros através dos seguintes critérios: (1) perfil demográfico; (2) características qualitativas e quantitativas da rede de serviços; (3) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos; (4) perfil epidemiológico da população; (5) desempenho técnico-econômico financeiro no período anterior; (6) previsão de plano quinquenal de investimentos na rede; (7) resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (Brasil, 1990). A fórmula apresentada por Castro (1991), que contempla os três primeiros critérios previstos na lei e os estudos como o de Piola (1990), propõe estratégias de transformação desses critérios em indicadores para distribuição de recursos financeiros da esfera federal para a estadual e municipal, considerando a descentralização e a municipalização ora em curso.

O conceito de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas determinadas socialmente é outro aspecto que fundamenta a proposta de seleção e construção de indicadores de saúde para a PADS-RS. Nesta pesquisa, saúde e desigualdade social são conceituadas a partir de formulações de Anand e Sen (2000) e Therborn (2001). Saúde é definida pela qualidade de vida e pela capacidade de ser e agir de mulheres e homens; e desigualdade social, pelas diferenças produzidas socialmente que sejam moralmente injustas. Assim, desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e indivíduos, porque estas diferenças são moralmente injustas. Nesse sentido, a saúde reflete características vitais aparentemente elementares como estar vivo e sem

doença, estar bem nutrido, ter respeito próprio e ser respeitado e capaz de exercer ação política.

Promover saúde com eqüidade requer métodos de planejamento que privilegiem o uso de recursos (financeiros, humanos e físicos) potencialmente benéficos para melhorar a saúde de toda a população e promover eqüidade em saúde. Para que o impacto social seja maior, as ações devem atingir o maior número possível de pessoas, por exemplo, priorizando reduzir doenças comuns ao invés da erradicar as raras. Como os grupos em menor risco geralmente incluem número de indivíduos muito maior do que os grupos em alto risco, a maioria dos casos de doença e agravos à saúde costuma ocorrer entre indivíduos com risco relativamente baixo. Assim, para que haja maior mudança na saúde populacional, as ações não podem restringir-se aos grupos de alto risco, devendo ter caráter universal (Rose, 1995). Contudo, a promoção da eqüidade requer que o efeito positivo sobre a saúde seja maior nos grupos mais afetados pelas desigualdades em saúde; por exemplo, espera-se maior diminuição dos acidentes de trânsito se as ações promovidas tiverem maior impacto sobre os homens, pois a proporção de motoristas masculinos é maior e eles tendem a se envolver em acidentes mais graves. Para o alcance da eqüidade é de sobremaneira importante que as políticas públicas sejam direcionadas para alterar os determinantes sociais das desigualdades em saúde, *destacando-se as estratégias para melhorar a qualidade de vida e ampliar o capital cultural e político*, concebido por Bourdieu (1986) dos grupos sociais desprivilegiados.

Desigualdades em saúde entre grupos sociais com diferentes condições socioeconômicas, étnicas, de gênero, idade e de território têm sido evidenciadas internacionalmente. A saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições socioeconômicas, os que vivem em zona rural ou favela e entre grupos étnicos cuja representação social é associada a estigmas, como os negros e os índios. Estudos mostram que a determinação da saúde é multidimensional e que os determinantes interagem, influenciando a saúde dos indivíduos desde a concepção até a morte, através das gerações. Diferenças marcantes na qualidade de vida e nas capacidades humanas resultantes de desigualdades no acesso a bens sociais tendem a se sobrepor e as privações sociais múltiplas dependem muito mais de desigualdades estruturais que se mantêm ao longo do tempo do que de atributos individuais (Foster, 1976; Townsend *et al.*, 1992; Abel-Smith,

1994; Drachler, 1998; Acheson, 1998). A concepção multidimensional do processo saúde-doença implica dar maior prioridade a medidas que possam produzir maior variedade e quantidade de consequências socialmente positivas. Esse é o caso de políticas que aumentem o acesso à educação e repercutam positivamente na renda familiar em geral, de programas para garantir renda mínima e de ações de atenção à saúde de gestantes, mães e crianças (Acheson, 1998; Drachler e Cortes, 2002).

A ampliação do capital cultural e político dos grupos sociais desprivilegiados é um aspecto inovador da PADS-RS em relação a outras pesquisas avaliativas de desigualdades em saúde. Ele refere-se ao empoderamento de representantes de usuários e trabalhadores de saúde por meio de informações organizadas e sistematizadas. Por um lado, a pesquisa está desenvolvendo novos indicadores para avaliar, por municípios, o nível de participação e de empoderamento de grupos sociais tradicionalmente excluídos dos processos decisórios, tais como mulheres e usuários de serviços de saúde, privilegiando o nível de participação em postos políticos, administrativos e de gerência e o nível de institucionalização de fóruns participatórios (Cortes, 2000). Por outro, a PADS-RS visa promover diretamente maior participação e empoderamento. Os resultados da pesquisa serão apresentados não apenas à Secretaria da Saúde do Estado, mas também ao Conselho Estadual de Saúde. Uma das principais fontes de desigualdades de poder entre membros de conselhos de saúde é a diferença de acúmulo de capital cultural, indicada pela desigualdade de acesso a fontes de conhecimento. Um objetivo fundamental da pesquisa é garantir a todos os conselheiros o acesso ao conhecimento científico produzido pelo estudo, priorizando a comunicação dos resultados de forma acessível aos representantes de usuários. Assim, será possível ampliar os recursos argumentativos, a capacidade de produzir discurso e, portanto, de influenciar decisões desses conselheiros. Desse modo, a PADS-RS privilegia não apenas canais tradicionais de tomada de decisão, como ocorre nas experiências de pesquisas avaliativas britânicas (Townsend & Davidson, 1982; Townsend *et al.*, 1992; Acheson, 1998), mas também os espaços participativos de deliberação política, peculiares à experiência brasileira.

Qualidade de vida e capacidades humanas socialmente determinadas: a busca de indicadores

Trabalhando na perspectiva de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas (Anand e Sen, 2000; Therborn, 2001), a PADS-RS tem procurado elaborar indicadores de saúde que refletem a qualidade de vida e a capacidade de ser e agir, indicados pela (1) longevidade, mortalidade, morbidade e estado nutricional e a (2) qualidade dos serviços de saúde no Estado, indicados pelo acesso às estruturas e aos processos de cuidado e pela efetividade do cuidado recebido. A maioria dos indicadores vem sendo produzida com dados da Secretaria Estadual de Saúde, da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul Siegfried Emanuel Heuser (FEE), da Fundação IBGE e do Datasus do Ministério da Saúde. Foi crucial selecionar indicadores de desigualdade social em saúde de elaboração relativamente fácil a partir do uso de bancos de dados disponíveis, que permitam formular recomendações de políticas e de ações no presente e avaliar seus resultados no futuro (Townsend & Davidson, 1982; Townsend *et al.*, 1992; Acheson, 1998; Drachler & Cortes, 2002).

A longevidade foi medida pela expectativa de vida ao nascimento. O risco de morte para crianças foi indicado pelos coeficientes de mortalidade neonatal e infantil e pelas taxas de mortalidade de menores de 5 anos e de 5 a 14 anos, e para os adultos por meio de taxas de mortalidade padronizadas para idade usando como referência a população mundial estimada para 2000-2025, todas apresentadas por grupos de causas. A morbidade foi medida pela incidência e prevalência de doenças selecionadas, como por exemplo HIV/Aids, e o estado nutricional ao nascimento, pelo peso ao nascimento.

Os indicadores de qualidade dos serviços de saúde foram definidos em dois níveis. O individual, pelo acesso às estruturas e processos de cuidado e pela efetividade do cuidado recebido pelo indivíduo. Já o nível coletivo, pela qualidade dos cuidados de saúde recebidos pelas populações, indicados pelo acesso a cuidados efetivos, eficientes e equânimes, capazes de otimizar benefícios para toda a população (Campbell *et al.*, 2000). Uma experiência inovadora da PADS-RS na busca de estratégias de avaliação da efetividade do cuidado recebido pelo indivíduo foi o desenvolvimento de um instrumento padronizado para avaliar percepção de apoio social provido pelos serviços a indivíduos em tra-

tamento para HIV/Aids no SUS e outro instrumento para avaliar a expectativa desses indivíduos em sua capacidade de aderir ao tratamento (Leite *et al.*, 2002). Esses questionários permitiram examinar desigualdades sociais (1) no processo de adesão ao tratamento, medida pela proporção da dose prescrita que é efetivamente usada e (2) na efetividade do tratamento, medida pela carga viral plasmática rotineiramente coletada pelos serviços especializados (Silveira *et al.*, 2003; Pinheiro *et al.*, 2002).

Limitações dos bancos de dados disponíveis levam a que os indicadores dos cuidados de saúde recebidos pelas populações restrinjam-se a indicadores de atenção básica, de serviços de média e alta complexidade e de cobertura de ações de vigilância em saúde. Algumas observações adicionais são relevantes sobre tais indicadores. A primeira se refere à qualidade das informações disponíveis. Os dados para construir indicadores de morbidade são de qualidade variada, limitando substancialmente a possibilidade de comparar grupos populacionais e períodos. A mortalidade do idoso apresentava maior proporção de perda de informação do que as demais faixas etárias, sendo as "causas mal definidas" importante grupo de causas de morte acima de 65 anos. A maioria das análises se limita a desigualdades em saúde entre grupos sociais. Isso ocorreu porque muitas informações (por exemplo cobertura vacinal) são disponíveis somente para unidades territoriais. Além disso, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é individual, mas as informações – exceto território, idade, gênero e causa da morte – não são preenchidas para grande parte dos indivíduos. Análises de desigualdade interindividual na saúde estão sendo realizadas para o peso ao nascimento, a maternidade na adolescência, a cobertura de pré-natal e a prevalência de partos cesárea, porque o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) apresenta as informações sociais e de saúde individuais, completas para quase a totalidade dos nascidos vivos.

Determinantes sociais da qualidade de vida e capacidades humanas: busca de indicadores

Diversas formas de desigualdade social, particularmente aquelas relacionadas às dimensões (1) socioeconômica, (2) geográfico-territorial, (3) de faixa etária, (4) de gênero e (5) de etnia

têm sido identificadas como determinantes de iniquidade em saúde na população.

A dimensão socioeconômica das desigualdades sociais tem sido abordada principalmente através do conceito de classe social, que se refere aos modos de inserção do indivíduo no processo produtivo. Estudos têm mostrado que diferenças de classe são as principais produtoras de desigualdade social. Embora diferenças bioconstitucionais venham sendo incorporadas à explicação das desigualdades sociais, as evidências da importância dos fatores estruturais têm crescido. Sociedades com melhores condições de trabalho, menor desigualdade de rendimentos e menor variação nas condições de moradia apresentam menos desigualdades em saúde entre os grupos socioeconômicos (Abel-Smith, 1994; Drachler *et al.*, 2002). As características bioconstitucionais como a idade, a cor da pele e o sexo predispõem aos desfechos em saúde, mas não são seus principais determinantes. Construções sociais dessas características afetam fortemente a saúde, na medida em que associam a certas faixas etárias, gêneros e etnias representações sociais sobrevalorizadas ou estigmatizadas. Constroem-se também imagens sociais pejorativas sobre o trabalhador manual, os moradores de favelas e o pobre. Tais representações determinam desigualdades de oportunidades, estabelecem interdições formais e informais, impõem maneiras de agir, estilos de vida e comportamentos pessoais, os quais afetam a saúde diretamente e modificam os efeitos das características bioconstitucionais. Afetam ainda a natureza das relações sociais dos indivíduos no contexto imediato (com amigos, na família, na escola, no trabalho e na comunidade), influenciando suas condições de vida, na medida em que implicam oportunidades desiguais de ocupação no mercado de trabalho, de remuneração, de acesso à educação, à moradia adequada e aos serviços de saúde de boa qualidade.

Para trabalhar a dimensão socioeconômica, tentou-se – sem sucesso – construir a variável ocupação como indicador de classe social. Nos atestados de óbito, há perda de informação para a variável ocupação atual na maioria dos casos e, para os aposentados, é desconhecida a principal ocupação durante a vida. A informação sobre ocupação na Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho (RAIS) também não pode ser utilizada porque se refere aos trabalhadores ocupados no setor formal da economia, excluindo, portanto, os desempregados e as pessoas em ocupações pre-

cárias. Além disso, as informações da RAIS não podem ser relacionadas aos dados disponíveis sobre a saúde dos indivíduos e das populações, porque o endereço de referência da RAIS é a sede estadual ou regional das empresas, e não a residência dos indivíduos.

Um indicador de desigualdade socioeconômica usado na PADS-RS foi o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* municipal, que expressa o montante de produção de renda da economia do município (FEE, 2001). Uma das razões para a sua escolha foi sua disponibilidade por município para a década de 1990, período focalizado pela presente pesquisa. O PIB sinaliza a renda total, desconsiderando o modo de sua distribuição. Por outro lado, o Gini, índice de concentração de renda-salário municipal (FEE, 2001), poderia ser um indicador importante da distribuição de rendimentos entre a população de cada cidade. Entretanto, esse índice Gini indica o nível de concentração de rendimentos provenientes de aposentadorias e ocupações formais, incluindo somente trabalhadores com carteira assinada, trabalhadores autônomos com vínculo previdenciário e funcionários públicos, excluindo do índice cerca de 52,5% do total de ocupados no Estado (Fligenspan, 2000). Dessa forma, o índice Gini construído pela FEE subestima desigualdades de rendimentos dentro dos municípios, porque a proporção de trabalhadores em atividades de baixa remuneração tende a ser maior entre aqueles em ocupações precárias. Essa subestimação não é homogênea entre os municípios, o erro será maior para municípios com maior proporção de ocupações precárias. Já o índice Gini produzido pelo IBGE refere-se à renda das pessoas responsáveis pelos domicílios, mas, até o momento, está disponível somente para 1991. Por isso, o PIB *per capita* municipal foi usado como o indicador básico da dimensão econômica das condições socioeconômicas. Através dele está sendo possível verificar o impacto da dimensão econômica sobre os diversos indicadores de saúde mencionados anteriormente.

O nível de escolaridade materna também foi usado como indicador de desigualdades socioeconômicas. Ele foi escolhido, porque a literatura tem mostrado a importância da educação feminina na melhoria das condições de vida, expressas por indicadores de mortalidade infantil e de expectativa de vida ao nascer (Leite, 1988; Abel-Smith, 1994). No entanto, as categorias de escolaridade diferiram entre os censos do IBGE de 1991 e 2001 e a contagem popula-

cional de 1996, o que prejudicou a análise das tendências temporais do efeito das desigualdades em educação sobre a saúde. Foi possível, entretanto, examinar tendências temporais relacionadas à escolaridade materna utilizando dados do Sinasc-RS de 1996 a 2000. Este banco de dados apresenta informações sociais e de saúde completas para quase todos os indivíduos registrados, o que permite a realização de análises em nível individual e de grupo social. A escolaridade das mães foi então relacionada a indicadores de saúde como o estado nutricional ao nascimento (peso ao nascimento) e a maternidade na adolescência, conhecidos fatores de risco para morbidade e mortalidade na criança. A escolaridade materna também foi relacionada à cobertura de consultas de pré-natal e à incidência de parto cesárea, que refletem a qualidade dos serviços de saúde.

A dimensão geográfico-territorial das desigualdades sociais foi indicada pelo município e sua localização nos territórios das 7 macrorregiões de saúde e das 19 coordenadorias regionais de saúde do Estado. Essas unidades territoriais correspondem às áreas administrativas construídas historicamente através de um conjunto de decisões políticas, das quais participaram vários atores sociais. As 7 macrorregionais de saúde foram constituídas na última administração estadual a partir de municípios pólo de referência para serviços e coordenação de ações e políticas de saúde regionais. As 19 coordenadorias de saúde originaram-se das "delegacias regionais", organizadas em 1938, pelo então recém-criado Departamento Estadual de Saúde (Cortes, 1988). Elas representam a regionalização estadual tradicional no setor, atualmente questionada quanto a sua adequação às novas tendências de regionalização no Estado (Cortes, 2002). Particularmente os municípios – principal unidade de agregação de dados desta pesquisa – se constituem em espaços politicamente definidos, onde diferentes determinantes sociais da saúde se manifestam através da capacidade da economia local de gerar riqueza, escolaridade de seus habitantes, proporção das moradias com abastecimento de água encanada e esgotamento sanitário ligado à rede geral ou fossa séptica, tamanho da população residente e grau de urbanização, medido pela proporção de residentes nas zonas rurais. Tais desigualdades sociais intermunicipais e regionais têm sido recorrentemente abordadas pela literatura (Bandeira, 1999) e estão sendo descritas pela pesquisa. A desigualdade territorial em

saúde foi analisada para todos os indicadores de qualidade de vida e das capacidades humanas mencionados anteriormente. As principais causas de morte nas diversas coordenadorias regionais e macrorregionais de saúde foram detalhadas para os períodos 1991-1993, 1994-1996, 1997-1999. Os indicadores de saúde baseados nos dados do Sinasc-RS foram elaborados para essas unidades territoriais para 1994-1996, 1997-1998, e 1999-2000.

A desigualdade social referente à **faixa etária** e ao **gênero** foi analisada em sua associação com todos os indicadores de qualidade de vida e capacidades humanas mencionados anteriormente, os quais foram estimados para os períodos 1991-1993, 1994-1996, 1997-1999, separadamente para as 7 macrorregionais de saúde e as 19 coordenadorias regionais de saúde do Estado, e para municípios agrupados conforme o PIB *per capita*, o tamanho da população e o grau de urbanização, indicado pela percentagem de residentes em zona rural.

A elaboração de indicadores da **dimensão étnica** das desigualdades em saúde foi um grande desafio, pois a variável etnia ou cor da pele não está incluída nos sistemas de informação SIH/SAI e está sub-registrada no SIM, Sinasc e Sinam (Diehl *et al.*, 2003). Foi possível examinar desigualdades étnicas para o peso ao nascimento, local do nascimento (hospital e domicílio) e para tipo de parto (cesárea ou outro) usando dados do Sinasc a partir de 1998. A falta de preenchimento da etnia na maioria dos atestados de óbito impediu, até o momento, o exame das desigualdades étnicas ou de cor da pele na mortalidade e na expectativa de vida. A exceção foi a análise da atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, no âmbito do Rio Grande do Sul, comparada às médias estaduais para (1) cobertura de profissionais de saúde, (2) cobertura de consultas médicas e de internações hospitalares e (3) taxas de mortalidade geral, infantil e de menores de 5 anos em 2001 (Diehl *et al.*, 2003). O número de profissionais da saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena foi obtido de portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) e a cobertura de serviços hospitalares, calculada a partir de informações do Banco de Autorizações de Internações Hospitalares (SIH-RS) em hospitais que recebem incentivos para atendimento de indígenas. Já que as AIHs não informam cor ou etnia, as internações de índios foram identificadas a partir do sobrenome e endereço dos indivíduos. A identificação foi feita pela equipe

de Coordenação de Saúde Indígena da SES/RS, com auxílio de um indigenista da Secretaria Estadual de Educação do Rio Grande do Sul e, quando necessário, de lideranças indígenas da área de residência do indivíduo hospitalizado. Em casos de dúvida, o indivíduo era considerado não-índio. Assim, embora internações de indivíduos de outras raças ou etnias possam ter sido identificadas como internações de índios, é mais provável que índios tenham deixado de ser identificados por usarem sobrenomes incomuns, morarem fora de terras indígenas, ou por erros no preenchimento da AIH, levando à subestimação das taxas de internação hospitalar. A idade no dia da internação foi calculada a partir das datas de nascimento e de internação hospitalar. O número de nascimentos em 2001 de crianças índias, cujas mães residiam no DSEI Interior Sul - RS, foi obtido do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc-RS); as informações sobre os óbitos foram buscadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM-RS). Outra fonte de dados sobre internações hospitalares, mortes e nascimentos de índios foi o relatório apresentado pela Funasa/RS em reunião do Conselho Distrital do DSEI Interior Sul, realizada em Florianópolis em junho de 2002.

As análises realizadas pela PADS-RS mostraram que as taxas de mortalidade dos povos indígenas são bem menores quando estimadas com dados do SIM e Sinasc do que com dados da Funasa. Embora exista a possibilidade de que alguns nascimentos não tenham sido registrados pela Funasa, a maior parte das diferenças entre as fontes de dados provavelmente reflete sub-registro de óbitos de índios no sistema oficial (SIM), devido à não exigência de atestado de óbito para índios, sepultados em cemitérios indígenas, onde não há necessidade de apresentação de registro de óbito. Esse sub-registro pode estar subestimando a mortalidade em municípios que incluem população indígena, como foi demonstrado para Redentora, no Rio Grande do Sul em 2001 (Menegolla *et al.*, 2002). O Sistema de Informações de Saúde Indígena (Siasi), atualmente em implantação, poderá dificultar a avaliação da situação de saúde indígena dentro do contexto nacional e manter a já apontada invisibilidade das desigualdades étnicas no Brasil (Oliveira, 1997; Coimbra Jr. e Santos, 2000; Peterson, 2002). A falta de informações sobre idosos, mencionada anteriormente, e sobre as minorias étnicas expressa desatenção institucionalizada e recorrente em relação a esses grupos sociais.

Considerações finais

A magnitude das desigualdades e os recursos escassos no Brasil impõem que as prioridades para a gestão pública sejam embasadas em conhecimento sobre a natureza das desigualdades sociais em saúde e sobre o impacto social de políticas, programas, projetos e ações públicas sobre a saúde e seus determinantes. A pesquisa avaliativa do Rio Grande do Sul visa contribuir para o estabelecimento de prioridades para a gestão pública e para a formação de uma agenda de ações governamentais comprometida com a promoção da eqüidade em saúde. O delineamento e operacionalização da PADS-RS estão informados por experiência internacional de avaliação e planejamento bem-sucedidos. Seus principais procedimentos baseiam-se na Avaliação Independente sobre Desigualdades em Saúde (Acheson, 1998), adaptados às particularidades da organização dos serviços de saúde no Brasil, às informações disponíveis e aos recursos financeiros da pesquisa. Embora na Grã-Bretanha as informações sobre a realidade social e em saúde sejam mais completas e mais acessíveis, foi possível construir metodologia similar, pois existem no Brasil bancos de dados de boa qualidade – no IBGE, Datasus e em outras instituições de pesquisa regionais e estaduais – e é intensa a produção acadêmica no país sobre os temas da desigualdade social e em saúde. No entanto, a incompatibilidade entre os sistemas de informação e a especificidade das informações coletadas pelas diferentes instituições restringem as possibilidades de análise das desigualdades sociais em saúde. Portanto, estratégias para compatibilizar e melhor aproveitar os dados são necessárias.

A PADS-RS vem utilizando uma série de indicadores de desigualdades em saúde, mas não privilegiou índices de “desigualdade na saúde total”, como os que vêm sendo desenvolvidos pela OMS na última década. Eles sumarizam, ao mesmo tempo, desigualdades interindividuais absolutas e relativas, através de um valor numérico único. O primeiro é o Índice de Desigualdade na Sobrevida de Crianças, um coeficiente Gini que é elaborado pela combinação de riscos individuais de adoecimento e de morte até dois anos de idade. O segundo indica, para adultos, a desigualdade interindividual na expectativa de vida saudável (HALE – Health-Adjusted Life-Expectancy), medida pela diferença na expectativa de vida, levando em conta a severidade de desfechos não-fatais. Esse índi-

ce está ainda em fase de desenvolvimento. É calculado de modo semelhante ao índice das crianças, combinando riscos individuais de morte e prevalência de desfechos de saúde não-fatais em uma série de faixas etárias. Embora se reconheça a relevância dos dois índices gerais de desigualdade em saúde desenvolvidos pela OMS, a PADS-RS não os utilizou devido às seguintes limitações. Os dois índices trabalham com o conceito de desigualdade na saúde total, mas são baseados somente em indicadores de adoecimento e morte. O Índice de Desigualdade de Sobrevida das Crianças restringe-se aos menores de dois anos, desconsiderando que os riscos nessa faixa etária diferem dos apresentados por crianças mais velhas. O índice de desigualdade na expectativa de vida saudável para adultos está ainda em desenvolvimento. Ambos requerem dados individuais de alta qualidade obtidos de registros vitais, dados censitários e inquéritos de saúde individual em todos os territórios a serem comparados. Os inquéritos de saúde individual no Rio Grande do Sul abrangem poucos municípios (a maioria foi realizada em Pelotas e na região metropolitana de Porto Alegre). Ainda está em fase de validação a proposta da OMS de lidar com a carência de informações individuais por meio da utilização de valores populacionais disponíveis para ‘pequenas-áreas’, tais como distritos sanitários ou municípios. Embora essa seja a melhor solução encontrada para a carência de informações individuais, a medida da desigualdade será subestimada se a população dessas pequenas unidades territoriais for heterogênea, em termos sociais e de saúde.

A iniciativa da OMS de medir desigualdade em saúde a partir da variação em saúde entre indivíduos é importante, porque as medidas entre grupos ignoram as desigualdades que existem dentro dos grupos sociais. Contudo, como a provisão dos recursos é planejada e distribuída para grupos populacionais e os custos da construção regular dos índices de desigualdade interindividual na saúde total são muito altos, é provável que, mesmo após sua validação, eles não estarão entre os principais métodos de avaliação sistemática da saúde. Conforme o relatório entregue à OMS pelo grupo de especialistas em avaliação de desempenho de sistemas de saúde (SPRG, 2001), os indicadores de maior utilidade para a definição de políticas e ações promotoras de saúde com eqüidade têm sido os que permitem estimar a situação atual e as tendências da longevidade, mortalidade, mor-

bidade, estado nutricional e qualidade dos serviços de saúde para os grupos sociais, em termos absolutos e relativos, que têm sido buscados neste estudo. Espera-se que esta pesquisa, ora em andamento, colabore para o desenvolvimento de metodologia de pesquisa avaliativa sobre desigualdade em saúde que possa ser aplicada em outros estados e no país.

Referências bibliográficas

- Abel-Smith B 1994. *An introduction to health. Policy, planning and financing*. Longman, Londres.
- Acheson D 1998. *Independent inquiry into inequalities in health*. Stationery Office, Londres.
- Anand S & Sen A 2000. Human development and economic sustainability. *World Development* 28(12): 2.029-2.049.
- Bandeira P 1999. *Participação, articulação de atores sociais e desenvolvimento regional*. Texto para discussão. (630). Brasília: IPEA. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>
- Bourdieu P 1986. The forms of capital, pp. 241-258. In JG Richardson (org.). *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Greenwood Press, Nova York.
- Brasil. Congresso 1990. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.
- Brasil 2002. Portaria Conjunta n. 167 de 1º de agosto de 2002. Altera os valores do incentivo de atenção básica aos povos indígenas dos municípios constantes do anexo desta portaria, destinado às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas e Agentes Indígenas de Saúde. In *Diário Oficial da União* 148:109-111, 2 de agosto de 2002. Seção 1.
- Campbell SM, Roland MO & Buetow SA 2000. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51:1.611-1.625.
- Castro JD 1991. Análise da distribuição dos recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul – Proposta de operacionalização dos critérios para a sua distribuição. *Saúde em Debate* 32:10-16.
- Coimbra Jr., CEA & Santos RV 2000. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 5:125-132.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault R 1997. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. pp. 29-47. In ZMA Hartz (org.). *Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cortes SMV 1988. Os serviços estaduais de saúde antes de 1940. *Boletim de Saúde* 11(2):32-38.
- Cortes SMV 2000. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In E Barros, pp.23-42. *Caderno de Textos da 11a Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Cortes SMV 2002. *Descentralização da administração pública no Estado do Rio Grande do Sul – 1991 a 2001*. Nipesc, Porto Alegre. (Texto para discussão, fotocopiado).
- Department of Health and Social Security 1976. *Sharing resources for health in England. Report of the resources allocation working party*. DHSS, Londres.
- Department of Health and Social Security 1988. *Review of the RAWP formula. Final report by the NHS Management Board*. DHSS, Londres.
- Diehl EE, Drachler ML, Menegolla I & Rodrigues I 2003. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In CEA Coimbra-Jr, AL Escobar, RV Santos (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Abrasco, Rio de Janeiro.
- Drachler ML *et al.*, 2002. The role of socioeconomic in differences in height of pre-school children within and between the Czech Republic and Southern Brazil. *Central European Journal of Public Health* 10:135-141.
- Drachler ML & Cortes SMV 2002. *Relatório parcial de pesquisa: desigualdades em saúde no rio grande do sul: pesquisa avaliativa de prioridades para a gestão pública*. Porto Alegre (fotocopiado).
- Drachler ML 1998. *Social inequalities in child development: a cross-sectional survey on developmental determinants among children aged 6 to 59 months in Porto Alegre, Brazil*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, Londres.
- FEE. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser 2001. Disponível em <http://www.fee.tche.br/main_frames.htm>.
- Fligenspan FB 2000. *Economia gaúcha e reestruturação nos anos 90*. Porto Alegre: FEE.

- Foster DP 1976. Social class differences in sickness and general practitioner consultations. *Health Trends* 8: 18-34.
- Ham C 1992. *Health policy in Britain. The politics and organization of national health sector*. MacMillan, Hong Kong.
- IBGE 1996. *Contagem da população* (cd). IBGE. Rio de Janeiro.
- IBGE 2001. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>.
- Leite JCC, Drachler MDL, Centeno MO, Pinheiro CAT & Silveira VLD 2002. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15:121-133.
- Leite MC 1988. *Diferenciais de mortalidade nas regiões metropolitanas de Recife, São Paulo e Porto Alegre - 1980*. Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas. Campinas (fotocopiado).
- Menegolla IA, Fukuoka E & Rodriguez IH 2002. Investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos na Terra Indígena Guarita, Município de Redentora/RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia* Suplemento Especial: 229.
- Ministério da Saúde. 2001. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>
- O'brien M & Penna S 1998. *Theorising welfare - enlightenment and modern society*. Sage, Londres.
- Oliveira JP 1997. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Horizontes Antropológicos* 6:60-83.
- Peterson C 2002. *Trambiclinicas, pilantrópicas, embromeds: um ensaio sobre gíria médica*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Pinheiro CAT, Leite JCC, Drachler ML & Silveira VL 2002. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 35(10):1.173-1.181.
- Piola SF 1990. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para a transferência de recursos federais para estados e municípios*. OPAS-WHO, Brasília. (Série Economia e Financiamento 1).
- Rose G 1995. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Oxford.
- Sen A 1992. *Inequality re-examined*. Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Silveira VL, Drachler MDL, Leite JCDC & Pinheiro CAT 2003. Característica do esquema terapêutico e adesão ao tratamento anti-retroviral. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 7 (no prelo).
- SPRG Scientific Peer Review Group 2001. *Health systems performance assessment*. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/report_of_sprg_on_hspa.htm>
- Therborn G 2001. *Globalization and inequality: issues of conceptualization and of explanation*. Apresentado no Third International Meeting of Economists on Globalization and Development Problems. Havana (fotocopiado).
- Townsend P & Davidson N 1982. *The black report on social inequalities in health*. Pelican, Londres.
- Townsend P, Davidson N & Whitehead M 1992. *The health divide*. Penguin, Londres.
- WHO 2000. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. WHO Library Cataloguing in Publication Data, Geneve.

Artigo apresentado em 12/11/2002

Aprovado em 17/12/2002

Versão final apresentado em 28/4/2003