



ciência plural

ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Social determinants of Analysis of Potential Years of Life Lost in Rio Grande do Norte state

Glenda Almeida Barros • Estudante do Curso Técnico em registros e informações em saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: glendabarros**gb**@hotmail.com

Priscila Caroline Matias de Lima • Estudante do Curso Técnico em registros e informações em saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: priscillacarolinne@hotmail.com

Matheus de Sousa Mata • Professor da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: matheusmata@yahoo.com.br

Autor responsável pela correspondência:

Matheus de Sousa Mata

Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Campus Universitário, Caixa Postal 1524

CEP: 59078-970 - Natal-RN - Brasil

E-mail: matheusmata@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre os determinantes sociais da saúde com os anos potenciais de vida perdidos (APVP) no estado do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, cuja unidade de análise é a área de ponderação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram selecionados os 2.135 domicílios que apresentaram óbitos, a partir dos quais foram calculados os APVP. Como variáveis independentes, foram avaliados o tipo de revestimento externo, presença de sanitário, esgotamento sanitário, água canalizada, coleta de lixo, renda domiciliar e renda domiciliar per capita. Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar se havia diferença entre os grupos de mortalidade por APVP. **Resultados:** O RN contou com 119.940 domicílios em áreas de ponderação para a amostra do censo demográfico 2010. Desse total, 2135 domicílios apresentaram óbitos e, portanto, compuseram a amostra deste estudo. **Conclusões:** A categoria de maior mortalidade estava associada aos domicílios com ausência de sanitário, esgotamento sanitário inadequado e baixa renda per capita, evidenciando uma relação entre determinantes da saúde e maior mortalidade no estado do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Mortalidade; Anos potenciais de vida perdidos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the social determinants of health with the years of potential life lost (YPLL) in the state of Rio Grande do Norte. **Methods:** This was an ecological study, whose unit of analysis is the weighted area used by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The 2,135 households that had deaths, from which the PYLL were calculated were selected. As independent variables, were assessed the type of outer jacket, presence of health, sanitation, piped water, waste disposal, household income and per capita household income. Pearson's chi-square test was used to assess whether there were differences between the groups for mortality PYLL. **Results:** The RN had 119 940 households in weighting areas for the sample of census 2010. Of this total, 2,135 households showed deaths and therefore composed the study sample. **Conclusions:** The highest mortality category was associated with households with no latrine, inadequate sanitation and low per capita income, showing a relationship between determinants of health and higher mortality in the state of Rio Grande do Norte.

Keywords: Social Determinants of Health; mortality; Potential years of life lost.

Introdução

O movimento da reforma sanitária brasileira reconheceu que o direito à saúde deveria ser garantido mediante ações de políticas públicas, econômicas e sociais. Essa conquista está inscrita no artigo 196 da Constituição Federal (1988), o qual traz: “A saúde é direito de todos e dever do estado”, garantido a todo cidadão brasileiro, com acesso igualitário, integral e participativo¹.

A literatura intensifica a relação entre a saúde do indivíduo com os determinantes sociais que, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais e étnicos/raciais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população².

“As desigualdades na saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias”³. Estas se baseiam no conceito de que a saúde é resultado social e que algumas formas de sociedade são mais sadias do que outras, e essa diferença pode ser gerada pela má distribuição de renda, baixa escolaridade e habitação inadequada, expondo os indivíduos a distintos fatores de risco e influenciando a ocorrência dos problemas de saúde.

As situações sociais e econômicas desfavoráveis afetam a saúde ao longo da vida, não apenas dos indivíduos, mas na verdade de toda a coletividade. Ser homem ou mulher, criança ou adulto, classe baixa ou alta, residir em bairros ou favelas, tem diferentes significados e diferentes consequências para a saúde em diferenciados contextos. A raça ou etnia, tendo em vista como sistema social em que a população se distribui, é um importante determinante dos processos de reprodução social, condicionando as diversas casualidades de acesso aos bens e serviços⁴.

A Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde – CDSS² demonstra a diferença social, que afeta a saúde nos países ricos e pobres, como resultado da forma de organização da sociedade através das políticas e práticas econômicas e sociais, e teve como objetivo promover a consciência sobre a importância dos determinantes sociais na saúde do indivíduo e da população e sobre a necessidade do combate as iniquidades. Desde então muito se tem estudado sobre questões referentes às iniquidades que significam a falta de justiça entre grupos e indivíduos.

É preciso rever as condições de pobreza da população, onde as desigualdades das condições de renda afetam alguns indivíduos das classes mais baixas. Para isso, se faz necessário conhecer a saúde da população, identificando quais são os fatores de risco como o estilo de vida, moradia, escolaridade e renda, sendo estes os fatores determinantes no processo saúde-doença⁴.

Portanto, para mensurar o resultado da distribuição desigual dos determinantes sociais sobre a saúde, a mortalidade pode ser considerada indicador adequado para esse desfecho⁴. Como medida complementar aos indicadores usuais de mortalidade foi introduzido os Anos Potenciais de Vida Perdidos revelando o impacto da mortalidade sobre a média da expectativa de vida sobre a população. “Utilizam-se os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) na comparação relativa das causas de morte, pois este estabelece pesos diferentes para cada causa, e traduz um valor social, pois se a morte ocorre

precocemente, afetará o indivíduo na sua idade produtiva afetando também a coletividade pela privação do seu potencial socioeconômico e cultural”⁵.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) com os anos potenciais de vida perdidos no estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, cuja unidade de análise é a Área de Ponderação, utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como menor unidade para os dados da amostra do censo demográfico.

Para proceder à análise utilizando os dados das áreas de ponderação do estado do Rio Grande do Norte, foram selecionados aqueles domicílios que apresentaram registro de óbitos nos dados da amostra. A tabulação dos dados foi realizada entre os meses de junho e julho de 2015.

Como variáveis independentes, foram utilizados os dados dos domicílios que caracterizam os determinantes sociais, sejam eles ligados ao entorno dos domicílios, tais como o Tipo de Revestimento Externo, Presença de Sanitário, Esgotamento Sanitário, Água Canalizada, Coleta de Lixo, ou do domicílio em particular, como Rendimento domiciliar e Rendimento domiciliar per capita.

A variável dependente, utilizada para avaliar o reflexo dos DSS sobre a saúde, foram os anos potenciais de vida perdidos, medidos pela subtração da idade de 70 anos da idade daquelas que foram a óbito. Esses dados também foram obtidos do censo 2010 do IBGE.

As variáveis independentes e dependentes foram categorizadas para permitir uma melhor interpretação dos dados e essa categorização está resumida no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das variáveis independente e dependente.

Variável	Forma de categorização
Revestimento externo	Adequado: Alvenaria com revestimento; Alvenaria sem revestimento; Madeira apropriada para construção (aparelhada); Taipa revestida. Inadequado: Taipa não revestida; Madeira aproveitada; Palha; Outro material; Sem parede.
Presença de sanitário	Sanitário ou buraco para dejeções, existência: Sim Não
Esgotamento sanitário	Adequado: Rede geral de esgoto ou pluvial; Fossa séptica. Inadequado: Fossa rudimentar; Vala; Rio, lago ou mar; Outro.
Água canalizada	Adequado: Sim, em pelo menos um cômodo; Sim, só na propriedade ou terreno. Inadequado: Não.
Coleta de lixo	Adequado: Coletado diretamente por serviço de limpeza; Colocado em caçamba de serviço de limpeza. Inadequado: Queimado (na propriedade); Enterrado (na propriedade); Jogado em terreno baldio ou logradouro; Jogado em rio, lago ou mar; Tem outro destino.
Rendimento domiciliar	Por se tratar de variável quantitativa contínua, a categorização se deu por tercís de rendimento.
Rendimento domiciliar per capita	Por se tratar de variável quantitativa contínua, a categorização se deu por tercís de rendimento per capita.
Mortalidade	Baixa mortalidade: domicílios que apresentaram anos potenciais de vida perdidos negativos ou zero. Intermediária e Alta mortalidade: mediana dos resultados positivos dos anos potenciais de vida perdidos.

Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar possíveis diferenças entre os grupos das variáveis independentes com relação ao desfecho, nesse caso, as categorias de mortalidade por anos potenciais de vida perdidos.

Para proceder à análise, utilizou-se o software estatístico SPSS (versão 20). Por se tratar de análise de dados secundários, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram sorteados 119.940 domicílios do Rio Grande do Norte para compor a fase amostral do censo demográfico de 2010. Desse total, 2135 domicílios apresentaram óbitos no período de referência da pesquisa e, portanto, compuseram a amostra utilizada no presente estudo. Esse total representou, portanto, 1,8% de todos os domicílios da amostra.

A Tabela 1 apresenta o resumo da análise descritiva das variáveis independentes, onde se observam os totais de domicílios em cada uma das categorias e seus respectivos percentuais, além da média de anos potenciais de vida perdidos (APVP) e desvios padrões para cada uma dessas categorias.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis independentes “Determinantes sociais da saúde”. Rio Grande do Norte, 2015.

Variáveis	n	%	Média de APVP*	DP
Revestimento externo das paredes do domicílio				
Adequado	2040	95,6	6,10	26,01
Inadequado	58	2,7	12,30	27,26
Branco	37	1,7	7,49	26,79
Presença de banheiro/Sanitário				
Sim	2054	96,2	5,76	25,68
Não	44	2,1	29,70	32,56
Branco	37	1,7	7,49	26,79
Esgotamento Sanitário				
Adequado	802	37,6	3,63	24,47
Inadequado	1252	58,6	7,13	26,34
Branco	81	3,8	19,56	31,89
Água Canalizada				
Adequado	1888	88,4	5,69	25,57
Inadequado	210	9,8	11,48	29,68
Branco	37	1,7	7,49	26,79
Coleta de lixo				
Adequado	1656	77,6	5,82	25,62
Inadequado	442	20,7	7,93	27,62
Branco	37	1,7	7,49	26,79
Rendimento domiciliar				
Baixa renda	733	34,3	7,72	27,92
Média renda	669	31,3	5,58	25,44
Alta renda	700	32,8	5,38	24,47
Branco	33	1,5	7,97	28,29
Rendimento domiciliar per capita				
Baixa renda	701	32,8	10,20	29,43
Média Renda	708	33,2	6,95	25,95
Alta renda	693	32,5	1,57	21,34
Branco	33	1,5	7,97	28,29

*APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

As categorias em “Branco”, representam domicílios não caracterizados como domicílios particulares permanentes pelo IBGE e, portanto, não foram utilizados na análise da diferença entre os grupos. A Tabela 2 apresenta os resultados das características dos domicílios associados às categorias de mortalidade.

Tabela 2 – Características dos domicílios que apresentaram óbitos relacionados às categorias dos anos potenciais de vida perdidos. Rio Grande do Norte, 2015.

Variáveis independentes	Situação	Categorias de anos potenciais de vida perdidos						Valor de p*
		Baixa mortalidade		Intermediária		Alta mortalidade		
		n	%	n	%	n	%	
Revestimento externo	Adequado	1090	53,4	439	21,5	511	25,0	0,470
	Inadequado	25	43,1	13	22,4	20	34,5	
	Branco	18	48,6	8	21,6	11	29,7	
Presença de Sanitário	Sim	83	58,5	28	19,7	31	21,8	<0,001
	Não	11	25,0	9	20,5	24	54,5	
Esgotamento sanitário	Adequado	458	57,1	165	20,6	179	22,3	<0,001
	Inadequado	646	51,6	278	22,2	328	26,2	
	Branco	29	35,8	17	21,0	35	43,2	
Água canalizada	Adequado	1015	53,8	406	21,5	467	24,7	0,376
	Inadequado	100	47,6	46	21,9	64	30,5	
	Branco	18	48,6	8	21,6	11	29,7	
Coleta de lixo	Adequado	886	53,5	359	21,7	411	24,8	0,841
	Inadequado	229	51,8	93	21,0	120	27,1	
	Branco	18	48,6	8	21,6	11	29,7	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

O tipo de revestimento externo dos domicílios, bem como a presença de água canalizada e coleta de lixo não apresentaram significância estatística entre os grupos de mortalidade. Já a presença de sanitário no domicílio apresentou diferença significativa entre as categorias de mortalidade ($p < 0,001$), onde dos domicílios com sanitário 21,8% se apresentaram na categoria de alta mortalidade, ao passo que daqueles que não possuíam 54,5% estavam na categoria de alta mortalidade.

O esgotamento sanitário também apresentou diferenças significativas entre as categorias ($p < 0,001$). Daqueles domicílios com esgotamento adequado 22,3% estavam na categoria de alta mortalidade. Por outro lado, daqueles com inadequado esgotamento 43,2% estavam incluídos na categoria de alta mortalidade.

Esses resultados mostram que quanto piores as condições sanitárias do domicílio, maiores serão os anos potenciais de vida perdidos.

A Tabela 3 apresenta os resultados relacionados às condições financeiras no domicílio, apresentando-os juntamente com as categorias de anos potenciais de vida perdidos.

Tabela 3 – Categorias de rendimentos nos domicílios relacionadas às categorias de anos potenciais de vida perdidos. Rio Grande do Norte, 2015.

Variáveis independentes	Situação	Categorias dos anos potenciais de vida perdidos						Valor de p*
		Baixa Mortalidade		Intermediária		Alta Mortalidade		
		n	%	n	%	n	%	
Rendimento domiciliar	Baixa renda	391	53,3	139	19,0	203	27,7	0,228
	Renda média	359	53,7	152	22,7	158	23,6	
	Alta renda	366	52,3	164	23,4	170	24,3	
Rendimento domiciliar per capita	Baixa renda	354	50,5	124	17,7	223	31,8	<0,001
	Renda média	357	50,4	158	22,3	193	27,3	
	Alta renda	405	58,4	173	25,0	115	16,6	

O rendimento domiciliar não apresentou significância estatística na diferença entre as categorias. Quando esse rendimento é dividido pela quantidade de pessoas do domicílio, as diferenças entre os grupos passam a ser significativas.

As categorias do rendimento domiciliar per capita apresentam distintas composições em relação à mortalidade. Do grupo de baixa renda 31,8% dos domicílios estão na categoria de alta mortalidade, ao passo que do grupo de alta renda apenas 16,6% deles está no grupo de maior mortalidade.

Existe portanto, uma relação entre a renda domiciliar per capita e os anos potenciais de vida perdidos, sendo que as categorias de alta mortalidade estão mais fortemente associadas às mais baixas rendas.

Discussão

Assim como no Rio Grande do Norte observou-se uma maior experiência de mortalidade associada a piores condições do entorno dos domicílios e da baixa renda per capita, outros estudos mostram que esse fenômeno não é exclusivo desse estado.

Observa-se, a partir dos dados, que há uma relação entre os domicílios cuja população apresenta maior mortalidade em anos de vida perdidos com aqueles domicílios em condições sanitárias inadequadas e com uma baixa renda per capita.

Os resultados apresentados evidenciam que a presença ou ausência de sanitário nos domicílios é um fator determinante para a saúde, onde 54,5% não tinham acesso e por isso estavam no grupo da alta mortalidade, em contrapartida, 21,8% tinham acesso e encontravam-se na categoria de baixa mortalidade.

No Brasil, o grau de pobreza é superior ao encontrado em outros países com renda per capita similar. Embora cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o grau de desigualdades é um dos mais elevados do mundo⁴.

A renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia⁷. Se por um lado alguns bairros têm uma ótima condição de saneamento, em outros bairros, como em áreas de periferia, ficam evidentes a desigualdade social e os problemas decorrentes dessa situação, comum a vários Estados brasileiros.

O exemplo mais nítido do desperdício no avanço do país é a falta de esgoto e saneamento básico, que é ou deveria ser indispensável, mas muitas cidades não usufruem deste item de necessidade básica. Outro estudo nos mostra que um outro determinante social está relacionado com a mortalidade, o acesso à água canalizada, onde o aumento de 10% no seu acesso resultou na redução da taxa de mortalidade de cerca de 1,6 (para os Estados da Bahia, Piauí e Rio Grande do Norte) a 2,9 (no Estado do Maranhão) para cada 1000 crianças menores de 1 ano de idade⁸.

No entanto, o presente estudo não encontrou significância estatística nas diferenças entre os domicílios com e sem água canalizada em relação ao padrão de mortalidade ($p=0,376$). Dados da série histórica dos censos populacionais no Brasil revelam que as variáveis de saneamento, como a proporção de domicílios urbanos e rurais com água canalizada aumentou, obtendo média de 21,5% em 1991 e 40,7% em 2000. A coleta de lixo em domicílios urbanos teve aumento na média da cobertura de 38,2% em 1991 para 66,5% em 2000. O esgotamento sanitário em domicílios, apesar de melhorar sua abrangência de 3,0% para 14,8%, ainda apresenta valor muito abaixo do necessário para caracterizar um bom nível de condição sanitária⁹.

Esses dados, além de apontarem diretamente para a oferta de serviços básicos, podem contribuir para diferenças na saúde das populações, determinando piores condições para populações que não tem acesso adequado àqueles serviços.

Portanto, A análise dos determinantes socioeconômicos dos indivíduos no Estado do RN permitiu apontar os determinantes que estão associados com as categorias dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), no intuito de servir de base aos gestores do Estado para o norteamento de intervenções necessárias na habitação, na saúde e melhoria da renda per capita.

Conclusões

O resultado do estudo chama atenção, considerando que os fatores relacionados com a pobreza, renda, habitação e saneamento explicam a variação da taxa de mortalidade, denotando riscos mais elevados para indivíduos de baixa renda e com local de habitação em condições precárias.

Especificamente, o estudo aponta que domicílios sem sanitários/banheiros, com esgotamento sanitário inadequado e com baixo rendimento per capita estão associados àqueles domicílios com um perfil de elevada mortalidade. Ao passo que variáveis como tipo de revestimento externo das residências e ausência de água canalizada e de coleta de lixo não apresentaram significância estatística que comprovassem sua relação com uma maior mortalidade.

Observou-se, portanto, que há uma associação entre determinantes sociais da saúde e piores resultados de saúde no Rio Grande do Norte, aqui medidos em anos potenciais de vida perdidos. Sugere-se, portanto, que políticas públicas de inserção social, como acesso a educação, saneamento básico e de aumento da renda são caminhos possíveis para reduzir as taxas de mortalidade e, assim, melhorar a saúde e o bem-estar de toda a população.

Referências

1. Moura ES. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440&revista_caderno=9. Acesso em: 3 jul. 2015.
2. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar., 2007.
3. Pellegrini-Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, abr./jun., 2004.
4. Barata RB. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, jan., 2009, p. 11-59.
5. Almeida, MEL, Silva MGC, Souza ECF. Anos potenciais de vida perdidos devido à mortalidade por câncer de boca e faringe. *Porto Alegre*, v. 50, n. 1, p. 21-4, 2002.
6. Barros RP, Henriques R, Mendonca R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.15, n.42, p.123-142, 2000.
7. Ludermir AB, Melo-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associada a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 213-21, 2002.

8. Sousa TRV, Leite-Filho PAM. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Pública, v. 42, n. 5, p. 796-804. Agosto, 2008.
9. Miná DL, Barreto ML. Mortalidade infantil e condições sociodemográficas no Ceará, em 1991 e 2000. Ver. Saúde Pública, v. 41, n. 6, p. 1023-31, 2007.

Submetido: 29/08/2015

Aceito: 30/12/2015