

ANÁLISE DOS FATORES SOCIAIS E ECONÔMICOS COMO DETERMINANTES DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E BRASIL

Evandro Augusto Boian Konno
Flávio Braga de Almeida Gabriel
Paulo Henrique de Cezaro Eberhardt
João Ferreira da Luz

RESUMO

A qualidade da saúde pública brasileira sempre foi assunto que gerou discussão entre as autoridades políticas, órgãos ligados à saúde e população em geral. Existem inúmeros indicadores utilizados para avaliá-la, dentre eles destaca-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que pode ser resultante da combinação de alguns determinantes representados por fatores sociais e econômicos. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de analisar de forma qualitativa o comportamento da TMI e dos indicadores sociais e econômicos – PIB *per capita*, Índice de Gini, Taxa de analfabetismo e Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde – no Estado do Paraná e no Brasil, entre 2001 e 2012, comparar tais indicadores com a TMI. Os resultados demonstraram que tanto no Paraná como no Brasil ocorreu redução da TMI, Taxa de analfabetismo e Índice de Gini, bem como aumento do PIB *per capita* e Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, com exceção dos gastos em saúde pública, o Paraná apresentou melhores condições socioeconômicas e TMI menor em relação à média nacional. Com base nos resultados obtidos e na literatura encontrada, conclui-se que os indicadores socioeconômicos estão correlacionados à variação das taxas de mortalidade infantil. Além disso, tão importante quanto reduzir a TMI no Brasil, é diminuir a desigualdade na distribuição desses óbitos entre os estratos sociais e as regiões do país.

Palavras-chave: Saúde Pública; Mortalidade Infantil; Determinantes sociais da saúde; Fatores socioeconômicos.

1 INTRODUÇÃO

As políticas realizadas com objetivo de alcançar melhores condições para a saúde pública são difundidas por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Todavia, no Brasil, a precariedade da saúde pública já é conhecida de longa data. Até o início do século XX, as ações realizadas em saúde não tinham qualquer organização institucional. Somente a partir da década de 1930, foi iniciada uma série de transformações, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, pela Constituição Federal (FUNASA, 2004).

Embora a criação do SUS, pela Lei nº 8.080/90, tenha sido um importante passo para a reformulação do serviço de saúde pública brasileira, as filas nos postos de saúde, a falta de leitos nos hospitais e a demora nos atendimentos médicos especializados, entre outros serviços, são recorrentes. Esses fatores podem ser agravantes da morbimortalidade

de pacientes que não têm condições de contratar planos de saúde e precisam esperar pelo atendimento público (COSTA et al., 2001).

Existem inúmeros parâmetros e indicadores utilizados para avaliar a qualidade de saúde ofertada em determinado município, estado ou país. Dentre eles destaca-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que corresponde ao número de crianças mortas antes de completar o primeiro ano de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Segundo a Unicef (2005), este índice revela muito sobre as condições de vida e a qualidade de saúde em um país. Além disso, o monitoramento da mortalidade infantil e de seus fatores de risco é essencial para identificar possíveis impactos de mudanças sociais e econômicas, bem como da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde (SOUSA e LEITE FILHO, 2008).

A qualidade da saúde pública pode ser resultante da combinação de alguns determinantes, que de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2008) são representados por fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos, comportamentais, étnicos e raciais. Mata (2012) afirma que este conjunto de fatores pode influenciar no surgimento de problemas de saúde e de seus fatores de risco, inclusive impactar na TMI.

Segundo a Unicef (2005), a TMI brasileira tem diminuído ao longo do tempo, mas ainda é considerada alta e a sua distribuição ocorre de maneira desigual dentro do território nacional. Szwarcwald e Castilho (1995) afirmaram que as Regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentam o melhor desempenho em relação à mortalidade infantil, sendo suas taxas similares aos níveis de alguns países desenvolvidos. Já a Região Nordeste expressa um padrão muito distante do desejável.

Diversos estudos nacionais e internacionais, que procuram explicar as desigualdades na saúde da população, utilizam a TMI como variável dependente e os determinantes sociais e econômicos (renda, educação, habitação, acesso ao saneamento, taxa de riqueza, índices de desigualdade, etc.) buscam explicar o seu comportamento (MATA, 2012; SZWARC WALD et al., 1999, FISCHER et al., 2007; BOING e BOING, 2008; STARFIELD, 2011). De maneira geral, estes estudos mostram que a qualidade da saúde apresenta forte relação com estes fatores.

Dessa forma, compreendendo-se que a TMI é um dos principais indicadores da qualidade de saúde de uma população, que a mesma é desigual dentro do território nacional, e ainda, que ela pode ser resultante da combinação de inúmeros fatores sociais e econômicos, o presente trabalho depara-se com a seguinte questão: “Como foi o

comportamento da Taxa de Mortalidade Infantil e dos indicadores sociais e econômicos – Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, Índice de Gini, Taxa de alfabetização e Gasto *per capita* em ações e serviços públicos de saúde – no Estado do Paraná e no Brasil, no período compreendido entre 2001 e 2012?”

O Brasil apresenta grande desigualdade na distribuição dessas mortes, sendo as Regiões mais pobres, as que apresentam os maiores índices da TMI (FISCHER et al., 2007; BOING e BOING, 2008; MATA, 2012). A Região Sul do Brasil, composta pelos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, ainda que apresente o melhor desempenho em relação à mortalidade infantil no país, carece de estudos que avaliem diferenciais nos padrões dessa mortalidade segundo as condições de vida (ANDRADE et al., 2006).

O objetivo principal desse trabalho foi o de analisar o comportamento da Taxa de Mortalidade Infantil e dos indicadores sociais e econômicos – PIB *per capita*, Índice de Gini, Taxa de alfabetização e Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde – no estado do Paraná e no Brasil, entre 2001 e 2012, relacionando os indicadores sociais e econômicos com as TMIs e comparando os resultados obtidos entre os dois grupos.

O presente trabalho está dividido em quatro partes, além dessa introdução. Na primeira parte é apresentada o referencial teórico, acerca dos temas que envolvem a qualidade de saúde pública e seus determinantes: Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de analfabetismo, PIB *per capita*, Índice de Gini e Gasto público em saúde. A segunda apresenta a metodologia utilizada. Na terceira parte, são apresentados os resultados obtidos para cada uma das variáveis analisadas, no Paraná e no Brasil (média nacional), comparando-os entre si e com os resultados encontrados na literatura. E na quarta e última parte, são apresentadas as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Pública no Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS)

No artigo 198 da Constituição Federal de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, constituído por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (CONOF, 2012).

A sua regulamentação foi implementada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a sua organização e o funcionamento dos seus serviços (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei 8.080 / 1990, a saúde é um direito de todos e o Estado deve prover as condições indispensáveis para o seu funcionamento, garantindo políticas que visem a redução de riscos à doença e outros agravos à saúde. A direção do SUS é única, e deve ser exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos(BRASIL, 1990):

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e
- III. no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

As ações e serviços públicos de saúde devem obedecer a alguns princípios, nos quais se destacam, entre outros, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, ou seja, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a descentralização dos serviços para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

2.2 A Taxa de Mortalidade Infantil e os fatores que a influenciam

2.2.1 Taxa de Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos mais importantes indicadores epidemiológicos, utilizados internacionalmente, para avaliar os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de determinado local – país, estado, município, etc. (BEZERRA FILHO et al., 2007). É determinada pelo número de crianças que vão a óbito antes de atingir um ano de vida, a cada mil nascidas vivas (UNICEF, 2008).

A TMI segue uma tendência de queda em todo o mundo, principalmente nas últimas décadas (MATA, 2012). No Brasil não é diferente, mas, apesar de também ter havido um declínio deste índice, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação da saúde pública. Os níveis ainda são elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, que se agravam ainda mais com as desigualdades regionais e interurbanas e com a concentração dos óbitos na população mais pobre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2008, a TMI brasileira era semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 1960, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica (UNICEF, 2008).

De acordo com Mata (2012), a meta para o Brasil, até 2015, era de atingir a taxa de 17,9 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos. Em 2010, o Brasil já a havia reduzido esse índice, mas apesar do progresso obtido, as desigualdades nas diferentes regiões do território brasileiro ainda persistem, sejam elas por questões étnicas ou regionais.

Embora nenhum estado brasileiro tenha apresentado aumento da TMI nos últimos anos, observa-se uma expressiva desigualdade entre eles, sendo que 11 encontram-se acima da média nacional, dentre os quais nove pertencem à região Nordeste e dois, à região Norte (BEZERRA FILHO et al., 2007). Corroborando com esses dados, o Ministério da Saúde (2009) afirma que as Regiões Nordeste e Norte apresentam um número 40% maior do que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da Região Sul.

Essas mortes, no entanto, poderiam ser evitadas na maioria das vezes, se fossem garantidos à população serviços qualificados de saúde e em tempo oportuno. Além disso, uma combinação de fatores biológicos, sociais e culturais, além de falhas no sistema de saúde são os principais responsáveis pelos seus altos índices. Outrossim, as políticas para a sua redução dependem de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, bem como de ações diretas, definidas pelas políticas públicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.2.2 Gasto per capita com ações e serviços públicos de saúde

O gasto público *per capita* com ações e serviços de saúde é a soma dos gastos realizados em saúde, por habitante, pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2003), os gastos com ações e serviços públicos de saúde estão definidos na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 deste Conselho. A sua composição financeira compreende: gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo (administração direta, autarquias e fundações); e transferências negociadas de recursos a outras esferas de governo (estados e municípios) e a instituições privadas.

Ugáet al. (2003) sustentam que ter conhecimento acerca da distribuição dos recursos federais entre os estados e municípios é requisito essencial para avaliar o impacto redistributivo da participação federal no financiamento do SUS, bem como para delimitar

propostas de novos critérios alocativos que tenham o alcance de maior equidade na distribuição dos recursos como principal objetivo.

Assim, as questões como a destinação do recurso, a sua utilização e os seus resultados reais sobre a saúde da população são fatores de suma importância para a avaliação do desempenho do SUS. Tais informações tendem a viabilizar o aprimoramento da gestão, disseminar experiências bem sucedidas entre os entes federados e melhorar a distribuição dos gastos nas ações de saúde (TEIXEIRA e GONÇALVES, 2003).

O montante dos investimentos destinados à saúde está diretamente relacionado com o grau de desenvolvimento dos países. Os países desenvolvidos, além de terem um PIB mais elevado que os países em desenvolvimento, ainda investem uma parcela maior deste PIB na área da saúde, ultrapassando, em alguns casos, os 20% (WRIGHT et al., 2008).

Ainda segundo Wright et al. (2008), se for considerado o gasto *per capita* com saúde dos 60 maiores países do mundo, o Brasil encontra-se na 35ª posição, imediatamente atrás da Rússia e do Chile, e acima de países como Turquia, México, Venezuela e China. O gasto brasileiro com saúde pública supera também a média da América Latina, entretanto, corresponde a cerca de um terço da média mundial.

Além disso, a iniquidade do financiamento ocorre, também, dentro do território nacional. A distribuição *per capita* de recursos federais para o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade favorece nitidamente as regiões mais desenvolvidas do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Cabe lembrar que estes recursos são somente federais, ou seja, provavelmente as desigualdades seriam ainda maiores se fosse analisada a alocação do gasto público total com saúde, incluindo as despesas dos estados e municípios com recursos próprios, pois a princípio, os estados e municípios mais ricos devem aplicar mais em saúde (UGA et al., 2003).

A forma de aplicação dos recursos de saúde impacta diretamente nas condições de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde da população, pois a saúde está diretamente ligada à vantagem social em termos absolutos, ou seja, quanto maior o recurso social dos indivíduos e das comunidades, maior é a probabilidade de uma saúde melhor, e quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maiores as disparidades na saúde (TEIXEIRA e GONÇALVES, 2003).

2.2.3 Taxa de analfabetismo

A taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais caiu ininterruptamente ao longo do século, saindo de um patamar de 65,3% em 1900 para chegar a 13,6% em 2000. Contudo, não basta a queda da taxa de analfabetismo, é fundamental também a sua redução em números absolutos, e neste aspecto há muito ainda a ser feito. Assim, se for considerado números absolutos (sem, no entanto, considerar o crescimento da população), em 2000, havia uma maior quantidade de analfabetos do que aquele existente em 1960 e quase duas vezes e meia o que havia no início do século XX (PINTO et al., 2000).

As desigualdades regionais também são observadas na taxa de analfabetismo. Regiões com menor desenvolvimento econômico têm apresentado os piores indicadores. Assim, no ano 2000, o Nordeste brasileiro possuía a maior taxa de analfabetismo do país, com um contingente que correspondia a 50% do total do País (PINTO et al., 2000).

Diversos autores associam a taxa de analfabetismo à TMI, afirmando que nos lugares onde há um maior percentual de analfabetos, existe também um maior número de morte de crianças antes de completar um ano de vida (BOING e BOING, 2008; GUIMARÃES et al., 2003; ANDRADE et al., 2004; FISCHER et al., 2007; COSTA et al., 2001; BEZERRA-FILHO et al., 2007; SOUSA e LEITE FILHO, 2008; MATA 2012).

2.2.4 PIB per capita

Para Carvalho et. al., (2007) o PIB *per capita* é um indicador geral do padrão de vida de uma população. A relação existente entre o crescimento do PIB *per capita* no Brasil, ao longo do tempo, é diretamente proporcional à melhoria da qualidade dos bens consumidos pelos brasileiros. As comparações entre países também mostram uma forte relação positiva entre PIB *per capita* e os mais variados indicadores de bem-estar econômico. Vale ressaltar que o PIB tem como sua principal atribuição mensurar o valor de bens e serviços produzidos no mercado, ou seja, o PIB não é uma medida de bem-estar ou da felicidade dos cidadãos, nem mesmo de desenvolvimento econômico.

O nível de renda da população é uma variável bastante presente nos estudos sobre mortalidade infantil (BOING e BOING, 2008; GUIMARÃES et al., 2003; GOLDANI et al., 2001; ANDRADE et al., 2004; FISCHER et al., 2007; COSTA et al., 2001; BEZERRA-FILHO et al., 2007; SOUSA e LEITE FILHO, 2008; MATA 2012).

Mata (2012) explica que o PIB *per capita* reflete a riqueza produzida em um território, e o seu incremento permite uma maior oportunidade de melhorar os investimentos nas condições de vida das pessoas e, dessa forma, contribui para reduzir os impactos negativos

nos indicadores de saúde. Fischer (2007) salienta que áreas mais pobres apresentam TMI mais elevadas quando comparadas às áreas mais ricas. Costa et al. (2001), encontraram correlação positiva entre a baixa renda e a TMI. Andrade et al. (2004), afirmaram que nos grupos cujo chefe da família possui menor renda, a TMI é maior.

2.2.5 Distribuição de renda e Índice de Gini

De acordo com Hoffmann (2006), distribuição de renda refere-se à maneira pela qual a renda nacional é repartida entre as várias categorias de pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para sua produção. No Brasil, os níveis de distribuição de renda estão entre os piores do mundo, por isso o país ocupa uma posição bastante insatisfatória no cenário mundial, sendo essa desigualdade de distribuição um dos nossos grandes problemas sociais. Assim, embora alguns estados brasileiros tenham apresentado elevadas taxas de crescimento da renda *per capita* nas últimas décadas, eles podem ter reduzido a pobreza relativamente menos do que outros. Tal desigualdade é responsável pelo fato do crescimento econômico ser relativamente ineficiente para a redução da pobreza.

Um instrumento muito utilizado para calcular a desigualdade de distribuição de renda de um determinado grupo é o índice de Gini. Esse indicador apresenta uma escala que varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo 0 (zero) a situação de completa igualdade de distribuição de renda, e 1 (um) a situação de extrema desigualdade (MARINHO e SOARES, 2003).

Barros e Mendonça (1997) afirmaram que, se o Índice de Gini brasileiro diminuísse 16%, a pobreza seria reduzida em 11%, e este resultado poderia ser obtido com uma taxa de crescimento da renda de 4% ao ano durante 10 anos.

Por isso, Szwarcwald et al. (1999) salienta a importância de se incluir, nos estudos, indicadores que considerem a distribuição da riqueza como característica de uma sociedade ou de um grupo. Segundo a autora, diversos estudos que buscam avaliar a qualidade da saúde pública da população têm revelado a importância da inclusão de indicadores de concentração de renda ao invés dos tradicionais indicadores de renda absoluta, enfatizando a relevância da pobreza relativa e a maneira como ela exclui pessoas, social e materialmente, das oportunidades proporcionadas pela sociedade. Os resultados indicam que nas sociedades com distribuição de renda mais equilibrada, há também melhores condições de saúde.

Baseado nisso, os índices de desigualdade tem sido analisados como possíveis determinantes da mortalidade infantil. O índice de Gini foi utilizado nas pesquisas de Boing e

Boing (2008), Fischer et al. (2007), Costa et al., (2001), Sousa e Leite Filho (2008), Mata (2012), enquanto a razão de renda entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres foi utilizado por Bezerra-Filho et al (2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e métodos da pesquisa

Para o delineamento deste estudo, foi realizada uma revisão de literatura, fundamentada em pesquisas bibliográficas através de materiais como livros, artigos científicos e documentos oficiais, como leis e afins; posteriormente, efetuou-se a coleta dos dados secundários das variáveis dependente e independentes, dos dois grupos do estudo, quais sejam, o Estado do Paraná e o Brasil (média nacional), disponibilizados no site do DATASUS; e, por fim, foram realizados: a análise descritiva dos dados coletados, a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, a comparação entre os dois grupos do estudo e o confronto com os debates encontrados na literatura.

3.2 Variáveis da pesquisa

A variável dependente deste estudo é a Taxa de Mortalidade Infantil, que é determinada pelo total de óbitos em menores de um ano de idade, a cada mil crianças nascidas vivas, no período de um ano.

Já as variáveis que influenciam a TMI foram selecionadas utilizando-se como referência estudos científicos já publicados (MATA, 2012; BOING e BOING, 2008; FISCHER et al., 2007, ANDRADE et al., 2006; GUIMARÃES et al., 2003; GOLDANI et al., 2001; ANDRADE et al., 2004; COSTA et al., 2001; BEZERRA-FILHO et al., 2007; SOUSA e LEITE FILHO, 2008), em que os autores analisaram a sua relação com a taxa de Mortalidade Infantil. São eles: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, Índice de Gini, Taxa de analfabetismo e Gasto público *per capita* com ações e serviços de saúde.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Inicialmente, todos os dados coletados são apresentados em forma de tabela e, posteriormente, é realizada a análise individual de cada uma das variáveis utilizadas.

Os dados das variáveis referentes ao estado do Paraná e à média brasileira, extraídas do site DATASUS, estão presentes na Tabela 1. Nota-se que em ambos os grupos, ao longo do período analisado, a Taxa de Mortalidade Infantil, a Taxa de

Analfabetismo e o Índice de Gini sofreram redução de seus valores, enquanto o PIB *per capita* e Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde se elevaram.

Tabela 1 – Distribuição dos dados da TMI e variáveis socioeconômicas do Paraná e Brasil entre 2001 a 2012.

ANO	Taxa de Mortalidade Infantil		Taxa de Analfabetismo (%)		Gasto <i>per capita</i> em saúde (R\$)		Índice de Gini		PIB <i>per capita</i> (R\$)	
	PR	BR	PR	BR	PR	BR	PR	BR	PR	BR
2001	18,41	28,15	8,65	12,37	213,20	238,91	0,563	0,594	7.808,34	7.553,79
2002	17,57	26,64	7,90	11,86	220,22	272,14	0,536	0,588	8.926,92	8.462,44
2003	16,78	25,22	7,83	11,59	243,00	306,80	0,544	0,581	10.926,81	9.611,21
2004	16,02	23,88	8,00	11,46	274,26	365,84	0,543	0,570	12.088,35	10.691,89
2005	15,30	22,62	7,14	11,14	328,14	418,59	0,535	0,567	12.375,78	11.658,10
2006	14,61	21,44	6,57	10,49	383,45	467,38	0,515	0,561	13.211,78	12.686,60
2007	13,96	20,34	6,61	10,11	405,58	510,76	0,522	0,554	15.474,42	14.056,26
2008	13,34	19,32	6,59	9,99	473,05	591,22	0,496	0,544	17.007,21	15.991,55
2009	12,75	18,37	6,72	9,72	507,33	653,11	0,493	0,540	17.862,99	16.917,62
2010	12,19	17,49	6,13	9,37	584,18	725,83	0,480	0,535	20.252,66	19.763,93
2011	11,65	16,67	6,27	8,59	669,12	830,14	0,467	0,529	22.121,69	20.998,00
2012	11,15	15,92	5,26	8,67	733,42	903,52	0,479	0,528	23.442,55	22.044,00

Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

Já a estatística descritiva da TMI e demais variáveis socioeconômicas do Paraná e do Brasil, para o período de 2001 a 2012, tais como Média, Desvio Padrão, Mediana, Valores Máximo e Mínimo e Variação Percentual, podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 1 – Estatística descritiva da TMI e variáveis socioeconômicas do Paraná e Brasil entre 2001 - 2012.

Indicador	Média		Desvio Padrão		Mediana		Valor Mínimo		Valor Máximo		Variação (%) entre 2001 e 2012	
	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil	Paraná	Brasil
Taxa de Mort. Inf.	14,5	21,3	2,4	4,0	14,3	20,9	11,2	15,9	18,4	28,2	-39,43%	-43,44%
Taxa de Analf. (%)	6,972	10,447	0,96	1,248	6,665	10,3	5,26	8,59	8,65	12,37	-3,39%	-3,70%
Gasto per Capita em Saúde (R\$)	419,57	523,68	176,56	219,72	394,51	489,07	213,2	238,91	733,42	903,52	344%	378,18%
Índice de Gini	0,515	0,558	0,031	0,023	0,519	0,557	0,467	0,528	0,563	0,594	-14,98%	-11,15%
PIB per Capita em mil R\$)	15,1	14,2	5,1	4,9	14,3	13,4	7,8	1,6	2,3	2,2	300,22%	291,82%

Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

De maneira geral, os dados apontam para um melhor desempenho do Estado do Paraná em relação à média brasileira, no que diz respeito ao menor índice de mortalidade infantil, menor grau de analfabetismo, maior renda média (maior PIB *per capita*) e melhor distribuição de renda (menor Índice de Gini); entretanto, o Brasil (média nacional) apresentou maior gasto público *per capita* em saúde em relação ao Estado do Paraná.

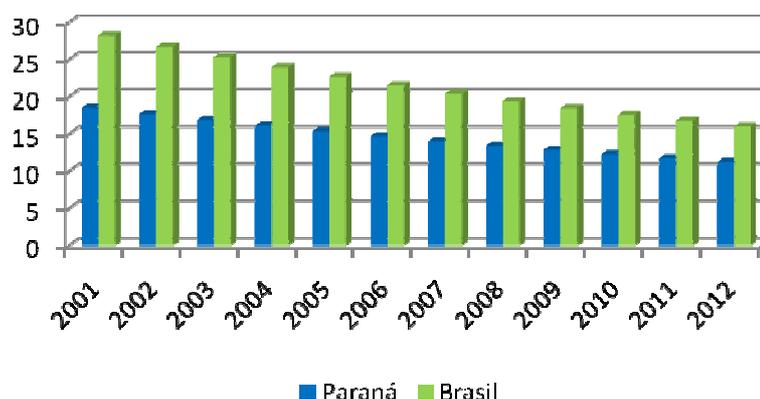
4.1 Taxa de Mortalidade Infantil

No presente estudo, em todos os anos analisados, o estado do Paraná apresentou índices de TMI abaixo da média nacional. Em 2001 a diferença foi maior, sendo reduzida com o passar dos anos. No Brasil, naquele ano, de cada mil crianças que nasceram vivas, 28,15 morreram antes de completar o primeiro aniversário, enquanto que no estado paranaense, essa taxa foi de 18,41, ou seja, 36,6% menor. A média brasileira só viria a atingir esse patamar oito anos mais tarde, em 2009. Os dados anuais acerca da TMI e demais variáveis independentes podem ser observados na Tabela 1.

Com uma redução de 43,44% no decorrer dos anos, a TMI média do Brasil atingiu em 2012 a marca de 15,92 mortes por mil crianças nascidas vivas. O Paraná, por sua vez, reduziu os seus valores para 11,15, o que corresponde a uma queda de 39,43% em relação a 2001. Comparando-se os valores obtidos em 2012, a TMI do Paraná foi 29,96% abaixo da média brasileira. O comportamento da TMI de ambos os grupos está disposto no Gráfico 1.

A média da TMI no Estado do Paraná, nos anos analisados, foi de 14,47 crianças mortas para mil nascidas vivas, enquanto que no país, essa média foi de 21,33. Isso significa que a média brasileira foi 47,41% maior em relação à paranaense (Tabela 2).

Gráfico 1 – Taxas de Mortalidade Infantil do Paraná e Brasil, entre 2001 e 2012.



Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

De acordo com a Unicef (2005), em 1980 morriam no Brasil, em média, 82,8 crianças a cada mil nascidas vivas, e em 2004 a taxa reduziu para 23,8. A redução da taxa de fecundidade, a melhoria das condições gerais de vida e na provisão de serviços de saúde, além de políticas voltadas à saúde infantil são apontados como determinantes dessa tendência (COSTA, et al., 2003).

Entretanto, a TMI no Brasil ainda é considerada alta, e o seu declínio em muitos momentos e lugares tem escondido a presença de grandes diferenças de óbitos entre pobres, com maiores taxas, e ricos (UNICEF, 2005). Tal discrepância é apresentada no estudo de Wagstaff (2000), que analisou os dados de óbitos em menores de um ano de nove países em desenvolvimento, e apontou o Brasil como o país que detém a maior desigualdade social na mortalidade infantil.

As diferenças encontradas neste estudo, entre as TMI's do Estado do Paraná e a média brasileira, estão de acordo com os trabalhos encontrados na literatura, uma vez que estes têm apontado para a existência de grandes diferenças regionais na mensuração deste indicador. De acordo com Szwarcwald e Castilho (1995), Boing e Boing (2008) e Fischer et al. (2007), as regiões Sul e Sudeste apresentam menor mortalidade infantil quando comparados às demais regiões do país.

4.2 Taxa de Analfabetismo: percentual da população de 15 ou mais anos

No presente estudo, o percentual de analfabetos com 15 anos ou mais apresentou redução em ambos os grupos estudados, durante o período de 2001 a 2012. A taxa de

analfabetismo nacional no ano de 2001 foi de 12,37%, enquanto no estado do Paraná, esse valor foi de 8,65%.

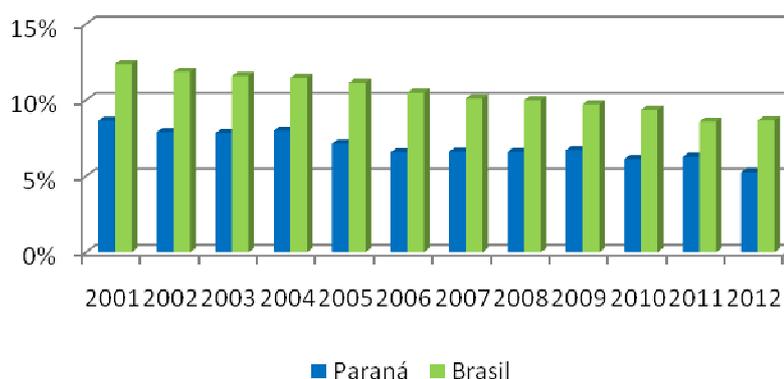
O percentual de analfabetos no Brasil, ano após ano, sofreu quedas gradativas (com exceção de 2012 que houve uma pequena elevação, de 8,59% para 8,67%). Já no estado do Paraná, essa taxa sofreu oscilações negativas e positivas no decorrer do período em questão, mas no geral, também apresentou tendência à queda. Esses dados estão presentes na Tabela 1 e Gráfico 2.

Um fato interessante foi que no último ano da pesquisa (2012), a taxa de analfabetismo encontrada no país chegou a 8,67%, uma redução de quase um terço em relação ao primeiro ano. Todavia, a discrepância entre as taxas de analfabetismo, nacional e a paranaense é tamanha, que mesmo em 2012 o percentual de analfabetos do país ainda se mostrou maior do que os valores encontrados no Paraná, mas no ano de 2001.

Em relação à média da taxa de analfabetismo desse período, o Brasil obteve um percentual de 10,44%. Isso significa que a cada dez brasileiros com 15 anos ou mais, um era analfabeto. No Paraná, por sua vez, esse percentual foi bem menor, 6,97% (Tabela 2).

Nota-se, através dos valores apresentados na Tabela 1 e nos Gráficos 1 e 2, que há uma relação positiva entre a TMI e a taxa de analfabetismo, ou seja, no decorrer do período analisado, ocorreu queda nos valores, tanto da TMI como da taxa de analfabetismo.

Gráfico 2 – Taxa de Analfabetismo do Paraná e Brasil, entre 2001 e 2012



Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

Uma das melhorias sociais que fizeram a TMI reduzir no Brasil foi o incremento educacional realizado no país após 1990 (PAIM et al, 2011). Essa variável foi identificada em diferentes estudos como importante para a redução da mortalidade infantil. Tanto o nível

educacional geral, como a escolaridade materna, apresentaram relação inversa com a mortalidade infantil (BOING e BOING, 2008).

O grau de instrução das mulheres também causa grande impacto sobre a mortalidade infantil, sendo que quanto maior o número de anos de estudo da mãe, mais chance ela tem de evitar a morte de um filho nos primeiros cinco anos (UNICEF, 2005).

Dessa forma, percebe-se que os resultados obtidos neste trabalho corroboram com outros estudos, já que autores como Paim et al. (2011), Costa et al. (2001), Fischer et al. (2007) e Andrade et al. (2004), também encontraram relação positiva entre a TMI e a taxa de analfabetismo, ou seja, quanto maior o percentual de analfabetos, maior é a TMI.

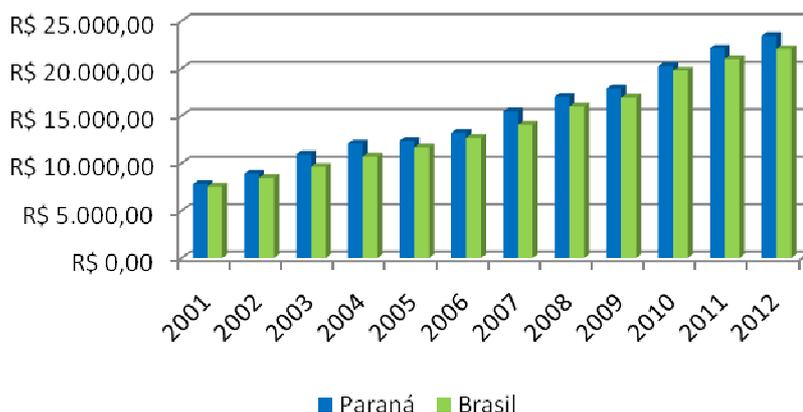
4.3 PIB *per capita*

A variação do PIB *per capita* se comportou da maneira como se esperava, tanto no Paraná como no Brasil, crescendo em todos os anos da pesquisa. Assim, caminhou no sentido oposto ao da TMI, que reduziu gradativamente, ano a ano, nos dois grupos estudados. Dessa forma, a relação inversa entre essas variáveis, mostra que nos anos em que o PIB *per capita* foi maior, a TMI foi menor.

Os dados obtidos mostram que o PIB *per capita* do cidadão paranaense foi maior do que o da média brasileira em todos os anos do estudo. Em 2001, enquanto os paranaenses tiveram um PIB *per capita* de R\$7.808,34, no Brasil este valor foi R\$7.553,79, uma diferença de 3,37%. Já em 2012, esse percentual foi ainda maior, 6,34%. Nesse ano, o valor alcançado pelo Estado do Paraná foi R\$23.442,55 e a média nacional foi R\$22.044,00 (Tabela 1 e Gráfico 2).

No que diz respeito à média do PIB *per capita*, nota-se que houve uma diferença de 6,49% entre os dois grupos, sendo maior no Paraná, R\$15.124,96, em relação ao Brasil como um todo, que foi de R\$14.202,95. Esses dados podem ser obtidos no Gráfico 2.

Gráfico 3 – PIB *per capita* do Paraná e Brasil, entre 2001 e 2012.



Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

Estes resultados corroboram com a literatura encontrada, já que diversos autores afirmam, em seus trabalhos, que quanto maior o nível de renda familiar e melhor condição de vida em uma população, menor é a sua TMI.

Boing e Boing (2008) e Mata (2012), utilizaram regressão múltipla para analisar as influências de diversas variáveis socioeconômicas, incluindo o PIB *per capita*, nas variações da TMI. Como resultado, eles encontraram correlação negativa, estatisticamente significativa, entre PIB *per capita* e TMI, e perceberam que independentemente das demais variáveis incluídas no modelo de regressão, o PIB *per capita* manteve influência na TMI.

Andrade et al. (2004), em um trabalho feito no Rio de Janeiro, também encontraram maiores taxas de mortalidade infantil nos grupos cujo chefe da família apresentava menor renda. Bezerra-Filho et al. (2007) e Costa et al. (2003), entretanto, não encontraram significância estatística entre essas variáveis.

4.4 Índice de Gini

O Índice de Gini manteve uma postura decrescente, em ambos os grupos, no período estudado. Isso significa que houve uma tendência à diminuição da concentração da renda de 2001 a 2012, tanto no Paraná como no Brasil.

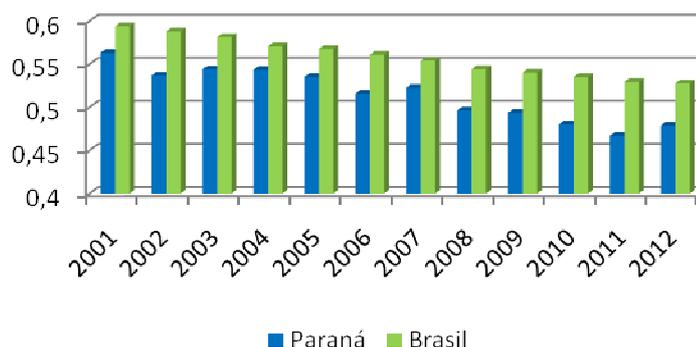
No Paraná, esse índice sempre se manteve abaixo da média brasileira, demonstrando que a concentração de renda a nível nacional é maior do que a nível

paranaense. Em 2001, enquanto no Brasil, o Índice de Gini foi de 0,594, no Paraná foi 0,563, o que significa que a média nacional foi 5,46% maior.

Durante o período de 2001 a 2012, o Gini brasileiro apresentou redução de 12,54%, alcançando o patamar de 0,528. Já o paranaense obteve um recuo de 14,99%, e atingiu o valor de 0,479. Os dados da série histórica e o comportamento dessa variável ao longo do tempo podem ser observados na Tabela 1 e no Gráfico 4.

As médias do Índice de Gini obtidas nesse período foram 0,515 no Paraná e 0,558 no Brasil (Tabela 2). De acordo com esse indicador, o Estado do Paraná apresentou menor desigualdade na distribuição de renda se comparado à média nacional.

Gráfico 4 – Índice de Gini do Paraná e Brasil, entre 2001 e 2012.



Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

Considerando-se que estes resultados apontam para uma relação positiva entre a variação da TMI e a variação do Índice de Gini, ou seja, na medida em que os anos passam, tanto a TMI quanto o Índice de Gini apresentaram declínio, pode-se afirmar que tais resultados condizem com diversos trabalhos encontrados na literatura.

De acordo com Boing e Boing (2008), nos países em desenvolvimento, o índice de Gini foi um importante responsável pela variação da TMI. Os autores analisaram municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes, e encontraram correlação positiva entre a desigualdade e a mortalidade infantil. Bezerra-Filho et al. (2007), analisaram a razão entre a renda dos 10% mais ricos e 40% mais pobres e também evidenciaram associação entre a desigualdade na distribuição de renda e a variável TMI (BEZERRA-FILHO et al., 2007).

Sousa e Leite-Filho (2008) e Costa et al. (2001) incluíram em suas análises sobre TMI o índice de Gini, entretanto, eles não encontraram influência significativa dessa variável

em relação à TMI. Mata (2012), ao contrário, afirmou que em seu estudo, o fator desigualdade teve significância estatística, revelando que quanto maior a desigualdade, maiores também foram as taxas de mortalidade infantil.

4.5 Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde

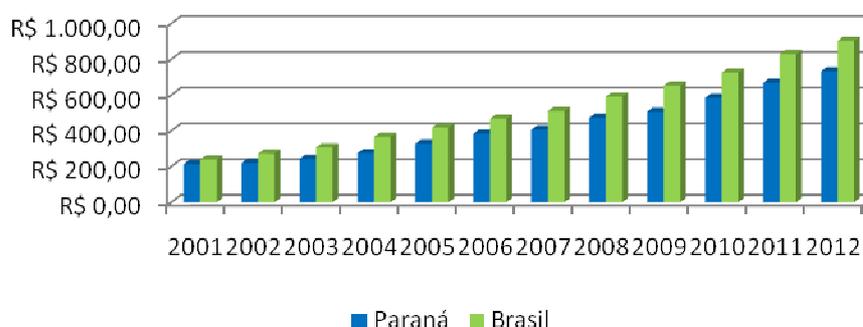
Durante todo o período analisado, nota-se que o gasto público *per capita* em saúde foi crescente anualmente, tanto no Estado do Paraná quanto a nível nacional. Estes dados estão disponíveis na Tabela 1 e no Gráfico 5.

Em 2001, no Paraná foi investido R\$213,20 em saúde pública para cada cidadão. Por sua vez, a média gasta com cada brasileiro, no mesmo ano, foi R\$238,91, ou seja, 12,06% a mais. Cabe lembrar que esses valores correspondem ao investimento realizado pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios).

No último ano analisado, 2012, o gasto em saúde com cada paranaense foi de R\$733,42, o que representa um aumento de 244% em relação a 2001. O crescimento dos gastos em saúde com a população brasileira foi ainda maior, 278,18%, atingindo a marca de R\$903,52 em 2012. Assim, no referido ano, os gastos *per capita* a nível nacional foi 23,19% superior ao paranaense. Estes dados podem ser observados nas Tabelas 1 e 2.

Em relação à média obtida pelos dois grupos nesta variável, a média de gastos realizados com cada paranaense, no decorrer do período em análise, foi de R\$419,57; já no Brasil, essa média foi de R\$523,68, que significa um valor 24,81% maior (Tabela 2).

Gráfico 5 – Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde do Paraná e Brasil, entre 2001 e 2012.



Fonte: DATASUS (2014). Elaborado pelo autor.

O comportamento das curvas de gasto com saúde apresentado neste trabalho, mostra que essa variável tem relação inversa com a TMI, ou seja, quanto mais se investe em saúde, menor deve ser a TMI. Entretanto, embora o gasto *per capita* com os brasileiros tenha sido superior ao realizado com os paranaenses, a TMI nacional ainda foi maior.

Os resultados obtidos na literatura têm sido variados e condizem, em partes, com estes aqui encontrados. No trabalho de Starfield (2011), o autor relatou que existe uma baixa associação entre os custos de um sistema de saúde e os resultados da saúde desta população, mas reconhece a necessidade de outras análises. Afirmou ainda que esta falta de estudos nos investimentos em saúde, sobre os determinantes sociais da saúde, justifica a necessidade de incluir essa variável nos modelos de análise.

Boing e Boing (2008) utilizaram os investimentos públicos em saúde como variável independente na análise de correlação com a mortalidade infantil. Eles encontraram, na correlação simples, uma relação inversa entre a Despesa Total com Saúde e a TMI, que foi estatisticamente significativa. Entretanto, ao ser aplicada uma regressão múltipla para ajustes de variáveis, os investimentos públicos em saúde perderam significância estatística frente outros determinantes sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar o comportamento da Taxa de Mortalidade Infantil e das variáveis socioeconômicas que nela pudessem influenciar, comparando os dados obtidos entre o Estado do Paraná e a média brasileira. Os dados foram coletados no site do DATASUS, ao longo do período compreendido entre os anos de 2001 a 2012.

Identificou-se que a TMI foi declinante tanto no Estado do Paraná quanto no Brasil, no entanto a média brasileira apresentou, durante todos os anos da pesquisa, valores mais elevados de mortalidade infantil em relação ao estado do sul. Em 2012, por exemplo, a média nacional atingiria um patamar que o Paraná já havia alcançado em 2005, e no último ano da pesquisa, 2012, a TMI paranaense foi 29,96% inferior à média nacional.

No decorrer dos anos, ambos os grupos melhoraram também os índices de suas variáveis socioeconômicas. No que diz respeito às variações percentuais observadas de 2012 em relação a 2001, a Taxa de Analfabetismo apresentou redução de 3,39 pontos percentuais, ou 39,19% no Paraná e 3,7 pontos percentuais, ou 29,91% no Brasil; o Gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde aumentou 344% no Paraná e 378,18%

na média nacional; quanto ao Índice de Gini, o Paraná obteve uma redução de 14,98% e no Brasil, a redução foi de 11,15%; já em relação ao PIB *per capita*, o paranaense apresentou um aumento de 300,22%, enquanto que a média nacional elevou 291,82%.

Ao se comparar os números do Estado do Paraná com a média nacional, percebe-se que além de menores índices de TMI, o Paraná obteve também melhores resultados na distribuição de renda (menor Índice de Gini), maior PIB *per capita* e menor taxa de analfabetismo. Entretanto, em relação ao gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde, a média nacional foi superior quando comparado ao paranaense.

Diversos estudos analisaram a relação entre a TMI de uma região e os fatores socioeconômicos nela encontrados e, de modo geral, os resultados obtidos por esta pesquisa são semelhantes aos de outros trabalhos.

No estudo realizado por Mata (2012), o autor revela que no Brasil as taxas de mortalidade infantil apresentam resultados distintos entre municípios com diferentes condições socioeconômicas. Dessa forma, o autor afirma que o fator socioeconômico influenciou as taxas de mortalidade infantil.

Boing e Boing (2008) concluíram que os municípios que apresentaram baixo IDH, assim como alta concentração de renda, baixa condição sanitária, reduzido PIB *per capita*, menor despesa total com saúde por habitante e menor proporção de médicos por mil habitantes apresentaram maior TMI em relação àqueles com melhores condições.

Andrade et al. (2006), ao realizarem um estudo associando a TMI e o nível de condições de vida entre os 399 municípios paranaenses, concluíram que aqueles que apresentaram melhores condições socioeconômicas, apresentaram menores taxas de mortalidade pós-neonatal e de mortalidade infantil.

Entretanto, em relação aos investimentos realizados em saúde, Starfield (2011) relatou que existe uma baixa associação entre os custos de um sistema de saúde e os resultados da saúde desta população. Bezerra-Filho et al. (2007), utilizaram em seus trabalhos o indicador “Transferências do SUS em relação à despesa total em saúde do município”, e essa variável não exerceu influência sobre a mortalidade infantil. Em estudo realizado por Mata (2012), o autor utilizou indicadores de investimento em saúde e concluiu que não há significância estatística com a TMI.

Os resultados encontrados neste trabalho, em relação aos investimentos realizados em saúde, mostram que a média *per capita* nacional é maior do que a paranaense, embora a TMI do Paraná tenha sido inferior à brasileira. O que pode explicar essa situação é a não

influência dos gastos públicos em saúde sobre a TMI, ou a sua baixa associação a ela, se comparado às outras variáveis socioeconômicas. Uma terceira pressuposição é que possa ter havido má gestão desses recursos em uma ou mais Unidades de Federação e, assim, influenciado nos resultados, pois desconhecendo a real destinação desses recursos não se pode garantir que o dinheiro público esteja sendo gasto, realmente, com saúde pública.

Ademais, esse estudo não se propôs a avaliar os investimentos específicos na atenção primária, secundária e terciária em saúde. Dessa forma, um maior detalhamento sobre o destino dos recursos poderia elucidar melhor o papel desses gastos na variação dos resultados em saúde para diferentes grupos populacionais.

Em vista disso, conclui-se que reduzir a taxa de mortalidade infantil em todo o país é fundamental, entretanto um desafio ainda maior é diminuir a desigualdade na distribuição dos óbitos entre os estratos sociais. Para isso, contar apenas com um serviço de saúde mais equitativo nos diferentes grupos sociais não seria suficiente, porque o cuidado em saúde é apenas um dos muitos fatores que contribuem para as diferenças em saúde em um país, e agindo de forma isolada não seria capaz de trazer a esperada melhoria no status de saúde da comunidade. Dessa forma, é imprescindível melhorar a qualidade de vida do brasileiro, através de avanços na educação, na renda *per capita* e, principalmente, melhorar distribuição dessa renda entre a população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD C.L.; GAMA S.G.N.; LEAL M.C. Desigualdades socioeconômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n.1, p. 44-51, 2004.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T.; MATHIAS, T. A. F.; IWAKURA, M. L. H.; ZEQUIM, M. A. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 1, p. 181-189, 2006.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R. O impacto do crescimento econômico e de reduções no grau de desigualdade sobre a pobreza. **IPEA**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2379/1/td_0528.pdf. Acesso em: 15/05/2014.

BEZERRA FILHO, J. G.; PONTES, L. R. F. S. K.; MINÁ, D. L., BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e condições sociodemográficas no Ceará, em 1991 e 2000. **Revista de Saúde Pública**.v. 41, n. 6, p. 1023-31, 2007.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 447-455, fev. 2008.

BRASIL: Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm_ Acesso em: 07/09/2012.

CARVALHO JR, L. C.; CARIO, S. A. F.; SEABRA, F. **Pólos Industriais do Sul do Brasil: experiências de competitividade e empreendedorismo**. FAPEU. Florianópolis, 2007.

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil / CNDSS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso322.doc>. Acesso em: 18/05/2014

CONOF – Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. **Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 06/04/2014.

COSTA, M. C. N.; AZI, P. A.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 555-567, 2001.

COSTA M. C. N.; MOTA E. L. A.; PAIM J. S.; SILVA L. M. V.; TEIXEIRA M. V.; MENDES C. M. C. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, p. 699-706, 2003.

DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 10/04/2014.

FISCHER, T. K.; LIMA, D.; ROSA, R.; OSÓRIO, D.; BOING, A. F. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios de médio e grande porte. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. v. 40, n. 4, p. 559-566, out-dez. 2007.

FUNASA – Fundação Nacional da Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa**. Brasília, 2004.

GOLDANI, M. Z.; BARBIERI M, A.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. R.; TOMKINS, A. Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo v. 35, n. 3, p. 256-261, 2001.

GUIMARÃES, M. J. B.; MARQUES, N. M.; MELO FILHO, D. J.; SZWARCOWALD, C. L. Condições de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1413-1424, set-out, 2003.

HOFFMANN, R. Transferências de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. **Econômica**, v. 8, n. 1, p. 55-81, 2006.

MARINHO, E.; SOARES, F. Impacto do crescimento econômico e da concentração de renda sobre a redução da pobreza nos estados brasileiros. **Artigo apresentado no XXXI Encontro Nacional de Economia (Encontro da ANPEC)**, v. 9, 2003.

MATA, M. S., **A relação entre os determinantes sociais em saúde e os investimentos setoriais e a mortalidade infantil em municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes**. Natal/RN, 2012. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf. Acesso em: 02/05/2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet - Saúde no Brasil**. p.11-31, maio de 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 20/04/2014.

PINTO, J. M. R. ; BRANT, L. L. N. A. O.; SAMPAIO, C. E. M.; PASCUM, A. R. P. Um olhar sobre os indicadores de analfabetismo no Brasil. **Revista Brasileira de estudos pedagógicos**, v. 81, n. 199, 2000.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde do Nordeste Brasileiro. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 796-804, 2008.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International journal for equity in health**, v. 10, p. 15, jan 2011. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>. Acesso em: 15/05/2014

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E. A. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de 80: proposta de procedimento metodológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 451-462, 1995.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T. D.; PAEZ, M. S.; MEDICI, E. V.; DERRICO, M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.

TEIXEIRA, H. V.; GONÇALVES, V. B. **Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios**. In: Anais da I Jornada de Economia da Saúde. São Leopoldo, RS: ABRES/UNISINOS, 2003.



UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UNICEF. Infância ainda vulnerável. **Situação da Infância Brasileira 2006** - Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, DF: 2005.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância: Sobrevivência infantil**. 2008. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf. Acesso em: 06/04/2014.

WAGSTAFF, A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**. n. 78, v. 1, p. 19-29, 2000.

WRIGHT, J. T. C. *et al.* **ASaúde no Brasil e na America Latina**. Programa de Estudos do Futuro – PROFUTURO. Fundação Instituto de Administração – FIA. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Documentos/FIA%20Report%20Saude%20LATAM_vers%C3%A3o%20eletronica.pdf. Acesso em: 31/03/2014.