

# **I CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

## **Análise da Situação de Saúde na Região Nordeste com foco nos Determinantes Sociais da Saúde**

Documento de discussão para a I Conferência Regional sobre  
Determinantes Sociais da Saúde

Elaboração: Eduardo Freese &  
Euarda Cesse.

Agosto 2013

A todos aqueles, homens e mulheres, que realizam seu trabalho com dignidade e ética, lutando todos os dias por sociedades mais justas e igualitárias, nos vários países dos cinco continentes, para as atuais e futuras gerações.

## **AGRADECIMENTOS**

À Alessandro Araújo, do Departamento de Saúde Coletiva (NESC) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), pelo apoio logístico para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Jessyka Mary V. Barbosa pela colaboração no levantamento dos dados e referenciais bibliográficos aqui utilizados, assim como na revisão final do texto.

À Rebecca S. de A. Fonseca dos Santos pela contribuição na revisão final do texto.

Às instituições financiadoras deste termo de referência visando à realização deste evento regional sobre determinantes sociais da saúde: CPqAM, Organização Pan Americana de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz.

...Mas doutô uma esmola a um homem qui é são  
Ou lhe mata de vergonha ou vicia o cidadão...

Vozes da Seca  
**Luiz Gonzaga**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	5
1. BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO E DETERMINANTES DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO NORDESTE.....	9
1.1 – Características dos processos de transição.....	9
1.2 Características da formação social no Nordeste .....	10
2. CONDIÇÕES DE VIDA: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO NORDESTE.....	15
2.1 Indicadores socioeconômicos e ambientais .....	15
2.2 Indicadores do processo de transição demográfica.....	20
2.3 Indicadores do processo de transição epidemiológica .....	22
2.4 Indicadores do processo de transição nutricional .....	25
3. Características do Sistema Único de Saúde – O enfrentamento em Saúde Pública .....	28
4. Considerações Finais .....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
APÊNDICES.....	40

## INTRODUÇÃO

O interesse, a preocupação e a busca por compreender as possíveis explicações e causas de adoecimento e morte ocorrem desde os primeiros habitantes do planeta. Historiadores, filósofos, antropólogos, sociólogos, médicos e pesquisadores, dentre outros, identificam e atestam, nessa busca milenar, várias, distintas e contraditórias “explicações causais” do processo saúde-doença e seus possíveis desfechos como a invalidez ou a morte, em diferentes tribos, povos e civilizações<sup>1</sup>.

Segundo Almeida Filho<sup>2</sup>, três concepções do processo saúde-doença podem ser verificadas ao longo da história: a concepção ontológica, a concepção dinâmica e a concepção sociológica. O entendimento ontológico da doença sugere um poder externo ao organismo sadio, capaz de provocar reações e lesões que ameaçam a sua sobrevivência ao penetrá-lo. Há uma clara relação entre essa concepção e as crenças antigas sobre o caráter sobrenatural das doenças. Na concepção dinâmica da doença propõe-se a existência de um equilíbrio entre o organismo e o ambiente. Caso esse equilíbrio seja rompido, alterações em processos fisiológicos, tornando-os patológicos ou disfuncionais ocorrerão como consequência. Já na concepção sociológica, a doença é tratada como fato social e propõe a especificação do papel do doente e não da doença, no processo do adoecimento.

Explicações causais transcendentais ou sobrenaturais para o processo saúde-doença há muito vem sendo verificadas. A doença e a morte eram um “castigo” ou a “vontade” de um ou vários deuses, explicitadas através de crenças e de concepções religiosas. Nesse sentido, ainda hoje é possível se verificar em parte da mídia televisiva brasileira a realização de “curas milagrosas” de “doenças incuráveis” pelos médicos, realizadas por bispos, pastores e profissionais religiosos de várias e distintas igrejas. Recentemente, em julho de 2013, a igreja católica anunciou e afirmou a ocorrência de mais uma “cura milagrosa” (requisito à santificação) realizada por um papa, que foi atestada por médicos do Vaticano<sup>3</sup>.

Por outro lado, observam-se diferentes “modelos” técnico-científicos que foram enunciados de acordo com as teorias dominantes em diferentes épocas. Estes modelos de causas do processo saúde-doença expressam, portanto, os paradigmas dominantes que vão sendo superados em função da evolução do conhecimento científico nos campos da biologia,

da fisiopatologia, da clínica e das novas tecnologias de diagnóstico e tratamento utilizados pela medicina<sup>4</sup>.

Vale referir que estes processos históricos de evolução do conhecimento e dos novos paradigmas sobre as possíveis causas e determinantes do processo saúde-doença, sempre ocorreram e ainda ocorrem num contexto dialético de teorias e práticas nos campos da política, da economia e, portanto, do conjunto das relações sociais existentes numa determinada sociedade.

Nesse percurso histórico, Hipócrates acerca de 400 anos a.C., ainda na Grécia antiga, já introduz concepções ambientalistas, sobre a influência do clima, do ar, da água e dos lugares nas doenças, se contrapondo às explicações puramente sobrenaturais e religiosas dominantes. Já na Idade Média (séc. V ao século XV) com a expansão do Império Romano, associado com a igreja católica, ocorre um retrocesso da lógica e do saber grego, sendo retomadas, no feudalismo, as concepções religiosas como única explicação do processo saúde doença. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Vale ressaltar que nesse período foram iniciadas as chamadas estatísticas vitais com a contagem de nascimentos e óbitos de utilidade para o exército romano<sup>5</sup>.

Mais adiante, no Renascimento (séc. XVII), são recuperados conceitos e teorias dos conhecimentos produzidos na Grécia a partir de Hipócrates e dos Neohipócraticos. Surgem as academias como instituições próprias para discussão de idéias. Passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica<sup>4</sup>.

No início da revolução industrial, na Inglaterra, em meados do século XIX, Friedrich Engels<sup>6</sup>, descreve e denuncia a deterioração das condições de vida, com a migração rural-urbana ocorrida para Londres na origem do capitalismo, considerando as precárias condições de trabalho e das moradias sem as características básicas de Higiene. Em relação ao trabalho foram observadas jornadas excessivas, praticamente sem descanso semanal e a existência de trabalho infantil. Estes fatos, relacionando as condições econômicas e sociais, foram considerados como determinantes no aumento da mortalidade dos trabalhadores e seus familiares por doenças infecciosas, principalmente pela tuberculose, no início do capitalismo industrial.

Do ponto de vista do desenvolvimento do conhecimento, nessa mesma época, destaca-se o trabalho de John Snow<sup>7</sup> sobre a epidemia de Cólera em Londres (1854), identificando e responsabilizando a água disponibilizada por algumas das fornecedoras e distribuidoras à população como a principal causa da epidemia. Dessa forma, esse estudo se contrapõe e supera a chamada teoria miasmática, ou seja, da “geração espontânea” através dos “miasmas” como causadores das enfermidades. Ainda sem conhecer o “agente infeccioso”, John Snow identifica os dois principais mecanismos de transmissão da cólera: tanto pela água em habitantes de vários bairros de Londres, como pela transmissão interpessoal em trabalhadores, visitantes e comerciantes que se dirigiam a Londres e retornavam para a periferia contaminando alguns familiares.

Em seguida, num processo evolutivo, diversos outros estudos dão origem à chamada era bacteriológica com a identificação dos agentes infecciosos da tuberculose, da cólera, e de várias outras doenças transmissíveis e parasitárias. No início e durante o século XX, algumas conquistas sociais, como regulação do trabalho infantil e dos trabalhadores adultos (homens e mulheres), o combate à insalubridade nas fábricas e nos domicílios, entre outras, dão ênfase à discussão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, particularmente na Europa. Estes estão associados também ao relevante desenvolvimento científico e tecnológico e ao investimento e o emprego de políticas públicas visando garantir uma melhoria das condições de vida e saúde aumentando expressivamente a expectativa de vida<sup>8</sup>.

Após a II Guerra Mundial, a partir de 1945, com a derrota do nazifascismo ocorreram importantes transformações ideológicas, políticas, econômicas e sociais, determinando profundas mudanças nas relações entre Estado e Sociedade, particularmente a partir da polarização/divisão na chamada “Guerra Fria” entre os antigos aliados (Estados Unidos e Rússia) que lutaram contra os países do eixo (Alemanha, Itália e Japão). Esta ocorreu entre os países do bloco capitalista liderados pelos Estados Unidos e por alguns países da Europa que implementaram políticas de “Welfare State” e os países do bloco liderados pela Rússia com uma lógica socialista de produção e de distribuição da riqueza produzida. Estes fatos determinaram mudanças nas relações estabelecidas no interior e entre os vários países, com uma elevada tensão ideológica e política, mas também com ganhos trabalhistas significativos, favorecendo as condições de vida e saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias no enfrentamento dos problemas relativos às desigualdades.



Nos anos de 1970, observa-se a origem da chamada Medicina Preventiva nos Estados Unidos, a partir do Modelo da História Natural da Doença (HND), de Leavell e Clarck<sup>9</sup>. Esse modelo considera a interação entre o agente infeccioso, o hospedeiro (indivíduos) e o meio ambiente, conformando a chamada “Tríade Ecológica”. A partir daí se considera um conjunto de medidas de prevenção primária, secundária e terciária. O modelo proposto enfatiza a realização de exames laboratoriais em massa na população, visando identificar as doenças precocemente através de “check up”. Entretanto, este “modelo explicativo” biologicista voltado para as doenças transmissíveis não permitiu identificação dos principais determinantes sociais do processo saúde e doença.

Com o desenvolvimento da epidemiologia e na busca de entender a causação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco, outras contribuições surgiram como as de Doll e Hill, que propuseram o modelo de multicausalidade. Este modelo, ainda que focado no paradigma biologicista, associa múltiplos fatores e propõe uma rede multicausal como explicativa do processo saúde-doença<sup>10</sup>.

A partir, principalmente, dos anos de 1980, diversos autores latino-americanos como Arouca<sup>11</sup>, Laurell<sup>12</sup>, Breilh<sup>13</sup>, Possas<sup>14</sup>, Buss<sup>15</sup>, dentre vários outros, retomam e enfatizam a historicidade do processo saúde-doença com seus determinantes políticos, econômicos e sociais como os principais geradores de desigualdades e iniquidades entre as classes sociais. Esta compreensão tem favorecido, nos estados democráticos, o enfrentamento dos principais problemas de saúde.

Essa mudança de paradigma permitiu que em 2006, através de decreto presidencial<sup>16</sup>, fosse criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS)<sup>17</sup>. Em 2008, foi apresentado, por esta Comissão, um relatório intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, publicado pela Editora Fiocruz<sup>17</sup>. Em seguida foi realizada em 2011 a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, organizada pela OMS no Rio de Janeiro, com apoio do Ministério da Saúde do Brasil, particularmente através da Fiocruz<sup>18</sup>.

Após essa breve introdução histórica sobre a evolução das principais concepções, causas e determinantes do processo saúde-doença, o presente texto tem como objetivo apresentar características e indicadores dos Processos de Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional, particularmente no Nordeste brasileiro. Estão colocados,

ainda, como objetivos: identificar as principais características da formação social no Nordeste e os principais determinantes políticos, econômicos, sociais e ambientais geradores das iniquidades e desigualdades que impedem uma adequada qualidade de vida do conjunto da população brasileira e, particularmente, da população nordestina.

## **1. BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO E DETERMINANTES DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO NORDESTE**

### **1.1 – Características dos processos de transição**

Ao longo da história e particularmente a partir da segunda metade do século XX até os dias atuais pode-se verificar a ocorrência de importantes transformações políticas, econômicas e sociais no Brasil. Estas têm modificado a qualidade de vida, o perfil de adoecimento e morte, bem como, acelerado os processos das chamadas transições demográfica, epidemiológica e nutricional nas últimas décadas. Esses processos de transição ainda estão em curso, são interdependentes e, portanto, estão articulados e em movimento. São decorrentes historicamente das relações entre o Estado e a Sociedade<sup>19</sup>. Essas relações, quando estabelecidas democraticamente e baseadas na ética pública, são determinantes para garantir o desenvolvimento econômico e social de um país e de suas macro e microrregiões, favorecendo, enfim, uma melhor qualidade de vida para o conjunto da sua população.

Em relação à **transição demográfica** no Brasil, tem se verificado nas suas cinco macrorregiões a redução das taxas de natalidade e fecundidade e um incremento acentuado na expectativa de vida, aumentando significativamente a proporção de idosos no conjunto da população do país<sup>20</sup>.

Quanto à **transição epidemiológica**, observa-se a redução significativa das taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças preveníveis em crianças de até cinco anos, devido à imunização. Observa-se também a redução e controle de algumas doenças em adultos, a exemplo do câncer de colo uterino em mulheres. Tudo isso contribui para o aumento da expectativa de vida da população brasileira<sup>19,21</sup>.

É relevante referir nestes processos de transição, a importante e determinante contribuição de todo um conjunto de atividades e ações em Saúde Pública desenvolvidas

pela Atenção Básica no SUS, particularmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com um significativo incremento da cobertura da atenção e vigilância em saúde visando o controle de doenças infecciosas e transmissíveis<sup>22</sup>.

Como consequência, verifica-se no país um aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como, hipertensão arterial, diabetes tipo II, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e por diferentes tipos de câncer e enfermidades neuropsiquiátricas. Neste processo de transição do perfil epidemiológico verifica-se, ainda, um incremento das mortes por vários tipos de violência (homicídios, acidentes de trânsito, etc), principalmente nas capitais, regiões metropolitanas e em municípios de grande e médio porte<sup>23</sup>.

Em relação à **transição nutricional**, verifica-se redução acentuada da desnutrição grave (grau III) e também dos casos graus I e II, considerados como de desnutrição leve e moderada, respectivamente. Por outro lado, verifica-se um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade já em crianças e adolescentes, como também na fase adulta e nos idosos. Isso está associado à alta prevalência de doenças cardiovasculares, que atualmente são a primeira causa de mortalidade no país, em todas as macrorregiões<sup>24</sup>.

Mais adiante serão apresentados os principais indicadores específicos para identificar e analisar estes processos de transição e seus determinantes na região Nordeste.

## **1.2 Características da formação social no Nordeste**

Buscando melhor compreender a complexidade da realidade brasileira e da região Nordeste na atualidade, devemos citar e relembrar o início de nossa formação social, que teve como seus primeiros habitantes os indígenas organizados em seus diversos povos. Estes tinham uma lógica de vida, realizavam atividades e utilizavam as riquezas naturais disponíveis de maneira completamente distinta da lógica imposta pelo colonizador português, há cerca de 500 anos, a partir do século XVI<sup>25</sup>.

Para Bernardes<sup>26</sup>, a incorporação do espaço ocupado pelos indígenas que recebeu o nome de Brasil ao império colonial português foi desde o início marcado por uma lógica de territorialidade, a partir dos espaços que iam sendo apropriados e transformados, inicialmente nas extensas áreas litorâneas do país.

Essa nova territorialidade foi imposta pelo colonizador, com uma extensão de sua própria cultura, de seus objetivos políticos, de seu espírito religioso e especialmente de seus objetivos econômicos. Isto se deu através do confronto e submissão – quando necessário com a destruição - da ordem social, territorial e cultural dos indígenas, através da alteração radical da paisagem com a extração da madeira e de minerais “preciosos” pelo colonizador, bem como a partir da introdução de novas espécies de vegetais e animais inexistentes no chamado “novo mundo”<sup>26</sup>.

Assim, para introduzir o cultivo intensivo principalmente da cana de açúcar no Nordeste, a Mata Atlântica, própria da Região, foi quase totalmente destruída do Ceará até a Bahia. Dessa forma, nas áreas litorâneas, na Zona da Mata (áreas próximas ao litoral) e no sentido do interior ocorreu a instalação dos engenhos de cana de açúcar emergindo a “Casa Grande”, dominadora do espaço e dos homens, a capela e a senzala. Vale referir que este processo de apropriação do espaço e dos recursos naturais ainda hoje persiste, com muitos de seus traços fundamentais<sup>26</sup>.

Esse processo de exploração e acumulação foi se instalando e se transformando num complexo econômico, a partir da monocultura da cana de açúcar para sua transformação em açúcar, sendo capaz de mobilizar vultosos capitais com a criação de uma rede internacional de distribuição para comercialização do açúcar produzido no Nordeste. Outro traço fundamental desse período é a concentração da propriedade da terra, a evidente concentração de renda e ainda a existência de uma das formas mais violentas de submissão humana, a escravidão, considerada simplesmente como “mão de obra”. Para a venda de escravos trazidos da África para o novo mundo, foi organizado um tráfico internacional “legal” dispondo de diversos agentes em vários países, apoiados por uma conivente e necessária frota de navios. A ocupação no Agreste e no Sertão Nordestino nos séculos XVII, XVIII e ainda em grande parte do século XIX tem as mesmas características de apropriação e persistência das já citadas para a Zona litorânea<sup>26</sup>.

Outro fato de grande relevância na formação social do Nordeste são as secas periódicas, com intervalos de 9 a 12 anos ao longo dos séculos, no semiárido nordestino (Agreste e Sertão) do Piauí a Bahia, que determinaram exclusão social, migrações e grandes perdas econômicas. O Nordeste seco possui uma área total da ordem de 700 mil km<sup>2</sup> onde vivem cerca de 23 milhões de brasileiros numa desesperada busca de soluções<sup>27</sup>. Até hoje

este processo crônico que requer investimentos e políticas públicas ainda está sem uma resolução definitiva, apesar de alguns avanços e a existência de vários projetos, com alguns em andamento. Para Araújo<sup>28</sup>, no “Dossiê Nordeste I” o papel político esperado do Estado é o de também contrabalançar com sua presença a relativa ou ausência de investimentos privados. Na atualidade, ou melhor, nos últimos 02 anos na região do Semiárido, uma grande seca já flagela novamente milhões de nordestinos.

No Quadro 1 a seguir pode-se observar uma síntese dos antecedentes históricos, políticos, econômicos e sociais e da evolução dos principais determinantes das desigualdades e da situação atual de saúde e doença no Nordeste brasileiro.

QUADRO I – Síntese dos antecedentes e dos determinantes políticos, econômicos e sociais, das desigualdades e da situação em Saúde no Nordeste.

	<b>SÉCULO XV</b>
	1. Autonomia de organização política, econômica, cultural e religiosa dos diversos povos indígenas, únicos habitantes da região.
	2. Equilíbrio destes povos com a natureza na coleta de alimentos, caça e pesca.
	<b>SÉCULOS XVI, XVII e XVIII</b>
<b>D</b>	1. Início do colonialismo: dominação portuguesa do espaço geopolítico, econômico, cultural e religioso, ocupado pelos povos indígenas no Século XVI.
<b>E</b>	2. Ampliação do Império Colonial Português no chamado “NOVO MUNDO”.
<b>T</b>	3. Apropriação com extrativismo intensivo de riquezas naturais a partir do litoral.
<b>E</b>	4. Implantação do conceito de territorialidade. Espaço ocupado recebe o nome de Brasil.
<b>R</b>	5. Evolução do colonialismo:
<b>M</b>	5.1 Instalações do Sistema de capitanias no Brasil e no Nordeste (1534 e 1536) e início do Coronelismo no interior do Nordeste.
<b>I</b>	5.2 Extrativismos associado com ampliação do plantio e comercialização das monoculturas da cana de açúcar, cacau e algodão no Nordeste.
<b>N</b>	5.3 Início da escravatura de índios e negros trazidos da África pelo Colonizador (Século XVI).
<b>T</b>	5.4 Invasões e disputas coloniais no Brasil e no Nordeste por Holandeses (1630/1654) e Franceses (1612) pela apropriação de terras e exploração comercial, principalmente do açúcar produzido.
<b>E</b>	5.5 Apropriação e concentração das terras (latifúndios) pelos “coronéis” e ampliação da apropriação da produção agro-açucareira e da pecuária no Nordeste.
<b>S</b>	5.6 Fim do colonialismo Português no século XVIII. Formalização da Independência do Brasil (1789).
	6. Processo secular de secas periódicas no Semiárido Nordestino, do Piauí até a Bahia, gerando exclusão social e graves prejuízos econômicos à região.

## Continuação do QUADRO I.

<i>SÉCULOS XIX e XX</i>	
<b>D E T E R M I N A N T E S</b>	1. Fim oficial da escravidão no século XIX, com a Lei Áurea (1888).
	2. Início da 1ª República (1889) e início do Federalismo no Brasil com a primeira Constituição (1891).
	3. Reduzidos investimentos em políticas públicas e, particularmente, de saúde no final do Século XIX e início do Século XX foram determinantes para a predominância de doenças infecciosas e parasitárias, epidêmicas e endêmicas, tais como: esquistossomose, doenças de Chagas, febre amarela, varíola, malária, filariose, tuberculose, hanseníase e de várias outras enfermidades parasitárias intestinais e infecciosas.
	4. Alternância de períodos democráticos e de ditaduras militares ou de civis apoiados pelos militares (1939-45) e (1964-1990).
	5. Início da industrialização do Sudeste com investimentos públicos e privados, a partir de 1930 e incremento a partir de 1950.
	6. Somente a partir de 1930 ocorre a oficialização da divisão regional do território brasileiro. Apenas em 1937-38 o Nordeste aparece constituído como região no mapa confeccionado pelo IBGE e pelo Conselho Nacional de Geografia.
	7. II Guerra Mundial (1939-1945) gerou profundas alterações nas relações entre o Estado e a Sociedade nos diversos países e regiões dos cinco continentes.
	8. Ampliação da migração rural-urbana do Nordeste para o Sudeste, principalmente São Paulo, e também para as principais capitais do Nordeste, especialmente a partir de 1950.
	9. Urbanização precária e ampliação de desigualdades entre as macrorregiões, concentração de renda, exclusão social de grandes parcelas das populações rurais e urbanas.
	10. Tentativa/início de industrialização no Nordeste, com a criação da SUDENE nos anos de 1960. Nas últimas décadas, diversificação econômica do setor industrial, agroexportador, do turismo e do setor de serviços.
	11. Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e promulgação da nova constituição Brasileira em 1988, com um capítulo sobre seguridade social. Esta estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações e controle social.
	12. Processos de municipalização da saúde com programas de atenção básica através de recursos Federais, Estaduais e Municipais que ampliaram a cobertura do sistema de Saúde.
<i>SÉCULO XXI</i>	
	1. No final do século XX e início do XXI ocorre a redemocratização nas relações Estado-Sociedade no Brasil.
	2. Investimentos em políticas públicas e, ampliações do emprego e da renda, aceleraram os processos das chamadas transições demográficas, epidemiológica e nutricional. Por isso, verifica-se no perfil epidemiológico do país, o predomínio das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.), diferentes tipos de câncer, redução da mortalidade infantil e incremento da expectativa de vida com aumento da proporção de idosos e entre outros agravos, aumento das causas externas.

## Continuação do QUADRO I

<i>SÉCULO XXI (Cont.)</i>	
3.	Permanece ainda hoje a concentração da população nas regiões metropolitanas de todas as capitais do país, com um inadequado índice de Desenvolvimento Humano (IDH), incompatível com a 5ª ou 6ª economia do mundo, considerando o Produto Interno Bruto (PIB). Permanece também elevada a concentração de renda no Sudeste e Sul do país, em relação ao Nordeste, Centro-Oeste e Norte e permanecem grandes desigualdades entre as classes sociais.
4.	Criação em 2006 da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) por Decreto Presidencial, favorecendo a discussão e o debate desse importante tema para a tomada de decisão.
5.	Na última década, uma série de políticas de “Welfare State”, implantadas Pós II Guerra Mundial, estão sendo revistas e reduzidas, particularmente, nos países Europeus com perdas importantes para a classe trabalhadora. Esta grave “crise internacional” tem gerado, no setor privado e público, desemprego, redução salarial, elevação do tempo para aposentadoria, etc, e particularmente desinvestimento em saúde e educação no setor público, com repercussões recentes e importantes em diversos outros países nos vários continentes.
6.	Realização em 2011 da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde organizadas pela OMS no Rio de Janeiro, com apoio do Ministério da Saúde do Brasil, através da Fiocruz, favorecendo a ampliação da discussão sobre sistemas equânimes em saúde a partir do princípio da universalidade em um movimento internacional sobre este tema.

Fonte: Elaborado pelos autores do texto. Baseado em CNDSS<sup>17</sup>; OMS<sup>18</sup>; BERNARDES<sup>26</sup>; SILVA<sup>29</sup>; FREESE<sup>30</sup>.

Pelo exposto no Quadro I, o conjunto desses processos históricos da formação social no país e no Nordeste determinaram, ao longo dos séculos, a exclusão de grandes parcelas da população e de direitos fundamentais da cidadania, tais como: emprego, salário, alimentação, saúde, educação, moradia, saneamento, segurança e lazer.

Entretanto, mais recentemente, nas últimas décadas do século passado e no início deste século, verificam-se importantes mudanças e uma evolução positiva de vários indicadores econômicos e sociais no país, particularmente, no Nordeste. Entretanto, permanecem as grandes desigualdades sociais entre as macrorregiões e entre as classes sociais.

A seguir são apresentados vários indicadores considerando sua evolução e perspectivas para as próximas décadas do século XXI.

## 2. CONDIÇÕES DE VIDA: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO NORDESTE

### 2.1 Indicadores socioeconômicos e ambientais

A população do conjunto de estados do Nordeste, segundo o último censo do IBGE (2010)<sup>31</sup> corresponde a 27,8% do total da população brasileira. Os estados com maior número de habitantes são Bahia, Pernambuco e Ceará. Verifica-se ainda, uma grande concentração populacional nas áreas metropolitanas de todas as capitais da região nordestina.

Por outro lado, para cerca de 30% da população do país, o Produto Interno Bruto (PIB) do Nordeste corresponde a apenas 13,5 % do PIB brasileiro. Na grande maioria dos estados nordestinos o PIB é inferior a 1% em relação ao total do PIB do país. Apenas quatro estados, Bahia (4,1%), Pernambuco (2,5%), Ceará (2,1%) e Maranhão (1,2%) superam o percentual de 1%, numa demonstração explícita das dificuldades econômicas e sociais, geradas pela falta de investimentos públicos e privados na região<sup>31</sup>.

Somente mais recentemente parece iniciar-se efetivamente um processo de industrialização tardia se comparada com outras regiões do país como ocorrido no Sudeste e no Sul. Essas últimas receberam um quantitativo substancial de investimentos públicos e privados, principalmente a partir do início da segunda metade do século XX. No Nordeste, observa-se tardiamente, uma aceleração da economia industrial, da agricultura irrigada, do turismo e de outras atividades do setor de serviços<sup>26</sup>.

O indicador de renda per capita em 2010 confirma esta situação de dificuldades e exclusão social na medida em que a média do Brasil é de R\$ 19.766,33 anuais, enquanto que no Nordeste esta média é de apenas R\$ 9.561,41 reais segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)<sup>31</sup>.

Outro indicador importante é o índice de Gini que mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita* de uma determinada população em um determinado espaço geográfico. Este indicador é bastante utilizado por permitir comparações entre macro e micro regiões do país e ainda realizar comparações entre países. Quanto mais próximo a 1 (um) este índice estiver, maior a desigualdade na distribuição de



renda. Quanto maior proximidade de zero, maior a igualdade. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs<sup>32</sup>, no Brasil e no Nordeste o Índice de Gini para 2008 foi de 0,545 e 0,556, respectivamente.

Dados do Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2010 apontam, através do índice de Gini, o Brasil como o terceiro país mais desigual do mundo. O PNUD constatou ainda que dos 15 países mais desiguais do mundo, segundo o índice de Gini, 10 se encontram na América Latina e no Caribe<sup>33</sup>.

Outro tema de relevância e discussão na atualidade é o excessivo número de municípios no país, particularmente no Nordeste, classificados como de pequeno porte. Estes apresentam algumas dificuldades inerentes à geração de renda e às relacionadas ao desenvolvimento e infraestrutura para enfrentamento das situações de iniquidades. Se considerarmos a região do Semiárido, dados populacionais do Instituto Nacional do Semiárido – INSA revelam que dos 1.135 municípios do Semiárido brasileiro, a grande maioria (93,39%) é considerado de pequeno porte, seguida de 5,02% médio e 1,59% de grande porte, apresentando contingentes populacionais que variam de 0 a 50.000, 50.001 a 100.000 e 100.001 a 900.000 habitantes, respectivamente<sup>34</sup>.

Importa destacar que nos municípios de pequeno porte residem 65,23% da população total do Semiárido, nos de médio porte 16,48%, e nos grandes 18,30%. A região Semiárida contabiliza esses 1.135 municípios distribuídos no espaço geográfico de nove Unidades de Federação: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Minas Gerais (Apêndice II), totalizando uma extensão territorial 980.133,079 km<sup>2</sup>, onde reside uma população de 22.598.318 habitantes. Essa população é superior a das regiões Norte e Centro-Oeste, e representa cerca de 12% da população brasileira<sup>34</sup>.

Em relação à taxa de urbanização (proporção de população urbana) verifica-se a transformação acelerada de um país de características rurais, a partir da segunda metade do século passado, para um país com grande concentração de população nas áreas urbanas em situação de precariedade por falta de equipamentos urbanos, tais como: moradia, saneamento, escolas, serviços de prevenção e assistência à saúde etc. Dessa forma, este intenso processo migratório, apontado como um verdadeiro “êxodo” rural-urbano e do Nordeste para o Sudeste, determinou a exclusão de grandes parcelas da população em todas as macrorregiões do país. No Nordeste em 1950 e em 1980 as taxas de urbanização eram de

26,4 % e 50,5 %, respectivamente. Já em 2010, a taxa de urbanização é de 73,1% no Nordeste sendo de 73,6% em Alagoas, 75,4 % na Paraíba, de 77,8% no Rio Grande do Norte, e em Pernambuco 80,2 %. Somente o estado do Maranhão (63,1%) e Piauí (65,8%) apresentam taxas de população consideradas como urbanas abaixo de 70%, segundo critérios do IBGE<sup>31</sup>. Vale referir que existem alguns questionamentos sobre os critérios de população considerada como urbana, em pequenos municípios, cuja principal atividade econômica é a agropecuária.

Um indicador de grande importância no âmbito econômico e de consequência social é o da produção agrícola. Quando consideramos a produção (em toneladas) de cereais, leguminosas e oleaginosas, a região Nordeste participa com apenas 7,5 % da produção do país para um conjunto de produtos, tais como: algodão, arroz, amendoim, aveia, cevada, feijão, milho, soja, sorgo, mamona, centeio, dentre outras<sup>35</sup>.

Ainda considerando a relevância para compreender as desigualdades atuais do Nordeste no contexto do país, as taxas de analfabetismo na faixa etária de 10 a 14 anos são de 3,7% no Nordeste e de 1,9% no Brasil; e na faixa etária de 15 anos ou mais, de 16,9% no Nordeste e de 8,6% na média brasileira<sup>36</sup>. Outras taxas importantes são o percentual de jovens de 16 anos que concluíram o ensino fundamental, sendo no Nordeste de 53,6 % e na média brasileira de 64,9 %; e o percentual de jovens de 19 anos que concluíram o ensino médio, sendo 41,4 % no Nordeste e 51,1 % no Brasil<sup>37</sup>.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Brasil tem experimentado um crescimento relativo, passando de 0,522 em 1980 para 0,699 em 2000, e 0,726 em 2010, ocupando a 73º no “ranking” internacional produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>38</sup>. De acordo com dados atuais publicados no Relatório de Desenvolvimento Humano 2013, o Brasil alcançou o índice de 0,730 (85º no ranking mundial) e se assemelha a alguns países da América do Sul, como Colômbia, Venezuela, Peru, Equador, e inferior a outros países como Argentina que apresentam IDH de 0,811 e Chile com IDH de 0,819 ocupando a 45º e 40º lugar no ranking, respectivamente<sup>38,39</sup>. Vale ressaltar que o Brasil está entre as 10 maiores economias do mundo desde 1990, sendo, portanto, inaceitável a concentração da riqueza produzida (PIB) e a distribuição dessa riqueza espelhada pelo IDH<sup>30</sup>.

Nesse contexto de desigualdades, destaca-se a região Nordeste do Brasil que, em 2010, apresenta 61,3% dos seus municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) categorizado como **baixo**. Enquanto que na região Sul esse percentual é de 0,4%, no Sudeste 4,4%, Centro-Oeste de 2,1% e Norte de 40,1% (Apêndice III). Ressalta-se que são cinco as categorias que definem o IDHM: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto<sup>40</sup>.

A concentração de municípios com IDHM renda na Região Nordeste caracterizados como baixo é igualmente importante, apresentando 77,8% dos municípios com baixa renda. Esses dados refletem o posicionamento no “ranking” de IDHM das Unidades da Federação da região Nordeste do Brasil entre as piores classificadas no país. Entre as Unidade da Federação da região referida que se encontram melhores posicionadas nesse “ranking” estão os estados do Rio Grande do Norte na 16ª posição, Pernambuco ocupando a 19ª e Sergipe a 20ª. Os demais estados refletem iniquidades ainda mais acentuadas<sup>40</sup> (Apêndice IV).

Apesar de ainda presentes essas significativas diferenças regionais, baseadas em dados do censo demográfico de 2010, verifica-se que houve alguma melhora no IDHM em todas as regiões do Brasil quando analisados os dados dos dois censos anteriores (1991 e 2000). Essa melhora ao longo dos últimos 20 anos representa uma diminuição das diferenças entre os municípios da região Norte e Nordeste em relação aos municípios das demais regiões do país<sup>40</sup> (Apêndice IV).

Vários outros indicadores, tais como disponibilidade de água tratada e adequada ao consumo, destino adequado dos dejetos e do lixo (doméstico e industrial) e de condições de moradia nas regiões metropolitanas das capitais do Nordeste e em municípios de grande e médio porte, confirmam as relevantes desigualdades entre as regiões consideradas urbanizadas do país<sup>41</sup>.

Um estudo divulgado recentemente pelo Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ) relativo à proporção da população servida por água, no período de 2001-2009 no conjunto de país, na região Nordeste e por algumas regiões metropolitanas do Nordeste, considerando a escolaridade (nº de anos estudados), aponta para um discreto aumento na melhoria do abastecimento de água no país e em algumas regiões metropolitanas<sup>42</sup> (Apêndice V).

Nesse sentido, verifica-se ainda que não é “significativa” a relação entre o nº de anos estudados em relação à proporção da população com abastecimento de água<sup>42</sup> (Apêndice V). Vale resaltar que o estudo não considera possíveis grandes diferenças entre as áreas rurais e urbanas do país e do Nordeste. Nos dados divulgados também não se observam diferenças importantes entre o conjunto do país, da região Nordeste e das áreas metropolitanas estudadas de Fortaleza, Recife e Salvador. Como as proporções de abastecimento de água são muito elevadas, o estudo não apresenta um poder discricionário em relação às variáveis e regiões estudadas.

Vale ainda referir que numa área metropolitana como Recife existe um grande número de domicílios abastecidos por poços artesianos ou de forma mista com a companhia de água (COMPESA). Além disso, observa-se a existência de um abastecimento intermitente com racionamento em vários bairros e distritos sanitários, e ainda a existência e permanência da chamada “rede seca” de abastecimento onde existem encanamentos nos quais a água é um elemento muito raro. A população com maior poder aquisitivo utiliza-se ainda da compra de água em botijões de 20 litros, por exemplo, para beber este precioso líquido. No interior do Nordeste, grande parte das populações só tem sido abastecida por caminhões “pipas” e algumas cisternas construídas nas áreas rurais, com apoio de organismos nacionais e internacionais.

Em relação à proporção da população abastecida por esgotamento sanitário, categorizada segundo anos de escolaridade, verifica-se diferenças importantes entre as regiões Sul e Sudeste em relação às regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Estas últimas apresentam elevadas proporções de populações desassistidas dessa importante infraestrutura necessária para preservação da saúde e prevenção de várias doenças<sup>43</sup> (Apêndice VI). O mesmo pode ser observado nas regiões metropolitanas. Importantes diferenças são verificadas entre as áreas metropolitanas das capitais do Nordeste e às do Sudeste. Constatase também que quanto maior a escolaridade, maior a disponibilidade dessa infraestrutura<sup>44</sup> (Apêndice VII).

Quanto à proporção da população coberta com coleta de lixo por região estudada e escolaridade, observa-se uma tendência semelhante aos demais indicadores socioambientais no período de 2001 a 2009<sup>45</sup> (Apêndice VIII).

Além dos indicadores ambientais supracitados, deve-se considerar a necessidade de preservar as áreas verdes nas cidades, o restante da mata atlântica (próximo ao litoral), a caatinga no semi-árido, a qualidade das praias, rios e o controle da poluição do ar (industrial e de veículos), visando garantir o desenvolvimento sustentável da região.

Por último, em relação aos chamados estilos de vida, consideramos que estes são efetivamente uma decorrência das condições de vida e trabalho dos habitantes das diferentes regiões. Nas regiões metropolitanas do Nordeste e do país, verifica-se que além da jornada de oito horas diárias de trabalho diurno ou noturno, a mobilidade dos trabalhadores está comprometida por excessivo tempo de deslocamento dos domicílios ao trabalho (cerca de uma a duas horas ou até mais) devido à ineficácia e ineficiência do transporte público com conseqüente privilegiamento do transporte individual. Isso resulta em menos tempo para o descanso, lazer ou a prática de atividades físicas.

Hábitos do consumo de fumo e tabaco foram historicamente incentivados pelos meios de comunicação e em particular da mídia televisiva. Na atualidade ainda incentivam principalmente o consumo de bebidas alcoólicas. Mais recentemente passaram a existir imposições normativas em relação ao consumo de tabaco em determinados ambientes. Alguns autores em seus estudos ainda culpabilizam os indivíduos como os únicos responsáveis pelo consumo das chamadas “drogas legalizadas e incentivadas”. Por outro lado vale refletir se o consumo das drogas não legalizadas, com um consumo em expansão, é simplesmente uma opção/escolha individual nas diferentes classes sociais.

Da mesma forma, o padrão alimentar não pode ser definido como uma simples escolha dos indivíduos. Deve-se considerar o tipo de trabalho exercido, a renda familiar, a cultura local, e os “incentivos” das cadeias de lanchonetes fast food internacionais e da indústria alimentícia. Alimentos são “condenados” e “absolvidos” em curtos períodos de tempo na sociedade globalizada cujo principal objetivo é o lucro.

## **2.2 Indicadores do processo de transição demográfica**

No Nordeste e nas demais macrorregiões brasileiras vêm ocorrendo importantes mudanças no perfil demográfico, principalmente a partir da segunda metade do Século XX, com a redução das taxas de natalidade e fecundidade, e aumento dos índices de envelhecimento e na proporção de idosos no conjunto da população<sup>46</sup>.

As taxas de natalidade, que representam o número de crianças que nascem anualmente para cada mil habitantes, declinaram de maneira significativa de 44 por mil habitantes em 1950<sup>47</sup> para 15,8 por mil habitantes em 2010 no país<sup>48</sup>.

Já as taxas de fecundidade total, que representam o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher até o final do seu período reprodutivo na população residente de um determinado espaço geográfico num ano considerado, declinou de 6,2 em 1950 para 1,8 por mil em 2010, no Brasil, e de 7,5 para 2,0 no Nordeste. Na tabela 1 pode-se verificar a evolução do processo de transição demográfica no Nordeste e no Brasil<sup>46</sup>.

Tabela 1: Evolução das taxas de fecundidade e do índice de envelhecimento no Brasil e no Nordeste do país (Brasil, 1950-2010).

<b>Indicador</b>		<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>Taxa de Fecundidade Total</b>	<i>BR</i>	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,3	1,8
	<i>NE</i>	7,5	7,4	7,5	6,2	3,7	2,6	2,0
<b>Índice de Envelhecimento</b>	<i>BR</i>	10,3%	11,2%	12,4%	15,9%	20,9%	28,9%	44,8%
	<i>NE</i>	-	-	11,5%	14,7%	18,4%	25,4%	38,6%

Fonte: Elaborado pelos autores do texto. Baseado em: VASCONCELOS, GOMES<sup>46</sup>.

Em relação ao prognóstico para o comportamento reprodutivo no país a taxa de fecundidade total de 1,8 verificada em 2010 deverá continuar sua tendência de declínio, sendo estimada para 2030 em 1,5<sup>49</sup>.

Quanto ao índice de envelhecimento, que representa o número de pessoas de 60 e mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado, foi ampliado de 10,3% para 44,8% no conjunto da população brasileira entre 1950 e 2010. No Nordeste este indicador já representa 38,6% no ano de 2010 (Tabela 1).

Em 2030 a população total do país deverá atingir 216,4 milhões. Considerando o indicador “razão de dependência total”, este continuará demonstrando o aumento da população idosa, correspondendo em 2030 a 29,1 de idosos em relação a 24,5 jovens no segmento de 0-14 anos<sup>49</sup>.

Considerando o indicador “esperança de vida ao nascer”, a expectativa de vida também será ampliada se as condições de vida continuarem evoluindo adequadamente, sendo esperado para 2030 que as mulheres vivam em média 81,9 anos e os homens 78,3 anos<sup>49</sup>.

Pelo verificado, considerando os vários indicadores apresentados em relação à transição demográfica, esta parece ter um caráter de evolução positiva nas próximas décadas, estando, portanto, assegurado este processo para alcançar patamares semelhantes ao já ocorrido desde as últimas décadas do século passado em países da América do Norte e do Continente Europeu<sup>46</sup>.

### **2.3 Indicadores do processo de transição epidemiológica**

Um dos indicadores mais sensíveis e utilizados em comparações internacionais para avaliar situações de saúde e o desenvolvimento social de um país é o indicador de mortalidade infantil. É ainda muito utilizado para avaliar a implantação de ações/atividades de saúde de promoção e prevenção na atenção básica no primeiro ano de vida. O indicador de mortalidade infantil também se presta para avaliar políticas públicas de alimentação/nutrição, disponibilidade de água adequada para o consumo, enfim, um conjunto de determinantes geradores de saúde ou doença em crianças (0 até 12 meses de vida) ao considerar a mortalidade Neonatal (de 0 até 28 dias) e Pós Neonatal (de 28 dias até os 12 meses de vida)<sup>50</sup>.

No Brasil, ao analisarmos a mortalidade infantil no período de 1930 a 2010, verificamos no conjunto do país e em todas as macrorregiões, taxas muito elevadas até a década de 80. Na região Nordeste esta taxa permanece acima de 100 óbitos em menores de um ano para cada mil nascidos vivos até 1980, quando ainda correspondia a 117,6 óbitos em menores de um ano. A partir daí, nas décadas seguintes, estas apresentam um processo de redução/declínio acelerado no conjunto do país e particularmente na região Nordeste<sup>51, 52, 53</sup> (Tabela 2).

Tabela 2: Evolução da mortalidade infantil no Brasil e nas macrorregiões do país (Brasil, 1930-2010).

Macro região	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Norte	193,3	166	145,4	122,9	104,3	79,4	44,6	29,5	18,1
Nordeste	193,2	187	175	164,1	146,4	117,6	74,3	44,7	18,5
Sudeste	153	140	122	110	96,2	57	33,6	21,3	13,1
Sul	121	118	109	96	81,9	58,9	27,4	18,9	12,6
Centro-Oeste	146	133	119	115	89,7	69,6	31,2	21,6	14,2
<b>Brasil**</b>	162,4	150	135	124	115	82,8	48,3	29,7	15,6

Fonte: Elaborado pelos autores do texto. Baseado em: IBGE<sup>51</sup>; DATASUS<sup>53</sup>. Mortalidade Infantil: Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos.

Este declínio pode ser verificado em cada estado do Nordeste no período de 1997 a 2010 (Apêndice IX). Ainda considerando a atualidade dos dados de 2010, três (03) estados do Nordeste (Maranhão, Bahia e Piauí) apresentam taxas de mortalidade infantil maiores que a média registrada para o Nordeste no final do período analisado (2010).

Um estudo recente realizado em 2853 municípios brasileiros com estatísticas de qualidade adequada acerca de óbitos e nascimentos revelou os benefícios do Programa Bolsa Família, de transferência de renda, para a redução da mortalidade em menores de cinco anos, particularmente provocadas por doenças atribuídas à pobreza<sup>54</sup>.

Quando analisamos a Mortalidade Proporcional pelos principais capítulos da Codificação Internacional das Doenças (CID) no período de 1980 a 2010, verificamos que as Doenças do Aparelho Circulatório representam a maior proporção de óbitos entre todas as causas, seguidos das Neoplasias e das Causas Externas, no Brasil e na região Nordeste. Observa-se uma diminuição da mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias e das causas mal definidas, e um aumento importante das mortes decorrentes de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas<sup>55</sup> (Tabela 3).

É possível verificar nos apêndices deste texto as taxas de mortalidade específica (por 100.000 habitantes) para as doenças do aparelho circulatório (Apêndice X), para as neoplasias malignas (Apêndice XI) e para as causas externas (Apêndice XII) tanto do Brasil como por estado da região Nordeste no período 2000-2010.



Tabela 3: Mortalidade Proporcional no Brasil e Região Nordeste segundo capítulos da CID (1980-2010).

<b>Capítulo CID</b>		<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
	<i>BR</i>	32,8	36,0	35,8	38,5
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	<i>NE</i>	14,8	20,9	26,9	37,4
	<i>BR</i>	10,6	13,0	10,6	21,1
<b>Neoplasias</b>	<i>NE</i>	4,5	6,5	10,4	17,1
	<i>BR</i>	12,2	15,8	16,3	16,9
<b>Causas externas</b>	<i>NE</i>	7,5	11,3	14,4	19,7
	<i>BR</i>	4,4	5,4	6,5	8,3
<b>Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtorno imunitário</b>	<i>NE</i>	2,8	3,9	6,4	10,0
	<i>BR</i>	12,1	7,3	6,1	5,8
<b>Doenças infecciosas e parasitárias</b>	<i>NE</i>	12,8	6,5	6,1	5,5
	<i>BR</i>	27,9	23,3	18,7	9,4
<b>Sintomas sinais e afecções mal definidas</b>	<i>NE</i>	57,5	50,0	35,8	10,2

Fonte: Elaborado pelos autores do texto. Baseado em: DATASUS (2013)<sup>55</sup>.

No período considerado observa-se também que ocorre um incremento acentuado da mortalidade por neoplasias malignas (Tabela 3) muito possivelmente associado ao aumento da população de idosos no processo de transição demográfica. Vale referir que o incremento das taxas de urbanização produziu novos riscos no trabalho, nos hábitos de vida e maior “stress” no cotidiano, entre outros riscos<sup>56</sup>.

A distribuição dos diferentes tipos de câncer no Brasil reafirma uma transição epidemiológica em andamento. Ao mesmo tempo em que é nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico (mama, próstata, cólon e reto), simultaneamente, temos taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados à pobreza (colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral), particularmente na região Nordeste. Essa distribuição certamente resulta de exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida que variam de intensidade em função das desigualdades sociais<sup>56</sup>.

Na tabela 3 também podemos verificar um aumento importante da mortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, etc) particularmente no Nordeste. É sabido que nos últimos anos, nas capitais e nas regiões metropolitanas do Nordeste e em municípios de médio porte vem ocorrendo um aumento significativo de acidentes graves de trânsito, principalmente com motos. Isso gera grandes demandas dos serviços de urgências e

emergências do SUS, além de internações prolongadas, bem como, ampliação dos custos familiares e sociais e ainda da Previdência Social (INSS) em uma população constituída principalmente por jovens/adultos<sup>57</sup>.

Na tabela 3 também fica demonstrada a importante redução da mortalidade proporcional de doenças infecciosas e parasitárias. No entanto, dados do Ministério da Saúde evidenciam índices de morbidade inaceitáveis das chamadas endemias nacionais ou regionais, como malária, esquistossomose, hanseníase, tuberculose, entre outras enfermidades consideradas negligenciadas. Portanto, são aquelas enfermidade por agentes infecciosos ou parasitas, consideradas endêmicas em regiões com populações de baixa renda e que possuem investimentos reduzidos em pesquisas, produção/distribuição de medicamentos e controle. Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento dessas doenças, o chamado projeto SANAR<sup>58</sup>.

Por outro lado, pode-se evidenciar também a existência de enfermidades com caráter endêmico-epidêmicas, como por exemplo, a Aids, que apresenta indicadores de mortalidade em ascensão em todos os estados do Nordeste (Apêndice XIII). A dengue mantém-se com a presença de surtos epidêmicos em diferentes momentos do ano por diferentes sorotipos, nas capitais e no interior dos estados do Nordeste.

Observa-se ainda que as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas tem sido responsáveis por um número cada vez maior de óbitos (Tabela 3) em todo país. Estudo realizado por Moura *et al*<sup>59</sup> demonstrou que dentre esse grupo de doenças, a diabetes mellitus foi responsável por 77,7% dos casos de auxílio-doença e 91,8% de aposentadorias por invalidez das agências do INSS no município de Recife, durante os anos de 2000-2002. No apêndice XIV é possível verificar a taxa de mortalidade específica (por 100.000 habitantes) para diabetes mellitus nos estados da região Nordeste e no Brasil nos anos 2000-2010.

#### **2.4 Indicadores do processo de transição nutricional**

Sem dúvida, ao longo da história nos vários continentes, a fome se destaca entre as situações que mais degradam e humilham um (a) cidadão (a), criança ou adulto, na chamada era moderna. Josué de Castro (1908-1973) em duas importantes obras, a Geografia da Fome<sup>60</sup> e Geopolítica da Fome<sup>61</sup>, expressa a realidade brasileira e regional e denuncia o

sentimento de indignação diante desse flagelo que atingiu grandes parcelas da população, particularmente no Nordeste, do litoral ao Agreste e Sertão.

As conhecidas secas periódicas ao longo dos séculos determinaram e agravaram a situação de desnutrição e subnutrição, principalmente na região do Semiárido Nordestino, do Piauí a Bahia. Entretanto, vale ressaltar que na Zona da Mata canavieira e no litoral também foram verificados a presença de inúmeros casos de desnutrição grave e de subnutrição em crianças, numa grande área onde sempre existiu um período anual de chuvas regulares, com importantes precipitações<sup>60</sup>.

São os fatores políticos e econômicos, portanto, de concentração da propriedade da terra (engenhos, usinas e latifúndios improdutivos), do coronelismo e da concentração de renda e da inapropriada distribuição da riqueza com o comércio da produção do açúcar, do cacau, algodão, dentre outros, que determinaram a situação de miséria e, conseqüentemente, a desnutrição dessas populações. Os fatores apontados determinaram, ainda, o incremento das doenças infecciosas e parasitárias e das chamadas grandes endemias regionais passíveis de controle, há muito tempo, através das tecnologias já disponíveis, tais como: saneamento básico (água, esgoto, etc) e medidas de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Nesse contexto, a Universidade Federal de Pernambuco, nos anos 1960 e 1970, através dos Departamentos de Nutrição e Saúde Pública, desenvolveu importante trabalho de recuperação de crianças, inclusive por meio de internação daquelas com desnutrição de grau III (gravíssima), e de educação para as mães na Zona da Mata canavieira e áreas próximas do litoral pernambucano. Estas regiões, como já referido, com importantes precipitações pluviométricas e, portanto, sem a presença da seca observada na região do semiárido.

No entanto, as mudanças na estrutura nutricional que acompanham as transformações econômicas, sociais e demográficas vêm sendo observadas em parcelas da população de diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde se verifica a passagem praticamente direta de estado de desnutrição e subnutrição para um estágio de sobrepeso e obesidade.

Observa-se, nessa conjuntura, que a prevalência do sobrepeso e da obesidade está em ascensão, caracterizando-se pelo aumento do fornecimento de energia pela dieta e pela redução da atividade física. O chamado estilo de vida ocidental contemporâneo acompanha

a industrialização e urbanização que também provoca modificações importantes no quadro distributivo da mão de obra, com redução das ocupações nos setores extrativos e da agricultura. Muito embora os dados existentes sejam escassos e não representativos para o conjunto dos países ocidentais, é possível considerar que a obesidade na população adulta desses esteja aumentando de modo alarmante<sup>62</sup>.

No Brasil, dois inquéritos nacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1974/1975 e em 1989, são os dados mais abrangentes disponíveis. Segundo o inquérito nacional de 1989, que já indicava uma clara redução da desnutrição em suas formas mais graves (graus II e III), cerca de 32% dos adultos brasileiros tinham algum grau de excesso de peso e 8% apresentavam obesidade. Os dados do inquérito de 1989 quando comparados com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) de 1974/1975, revelaram que no período compreendido entre os dois inquéritos nacionais (1975-1989), houve um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres, em todas as faixas etárias<sup>63</sup>. As Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) realizadas nos anos de 2002-2003 e 2008-2009 continuaram a atestar o aumento da obesidade e do excesso de peso na população menor de cinco anos, jovem e adulta do país<sup>64</sup>.

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil torna-se ainda mais relevante ao se verificar que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda<sup>27, 66</sup>. As mudanças nos padrões nutricionais apontadas representam um grande desafio para a saúde pública, particularmente para a Atenção Básica de Saúde, por tratar-se de espaço privilegiado para ações de incentivo e apoio à inserção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física<sup>67</sup>.

Orientações e ações nesse sentido são imprescindíveis para o tratamento de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2. Um estudo realizado em amostra representativa de usuários hipertensos e diabéticos do Programa Saúde da Família do estado de Pernambuco, entre os anos de 2009 e 2010, revelou um quadro que corrobora com os dados apresentados nos inquéritos nacionais. Entre os hipertensos, 38,9% eram obesos, e entre os diabéticos, 34,1% encontravam-se nesta situação. No entanto,

apenas 16,1% e 13,6% dos hipertensos e diabéticos, respectivamente, seguiam dieta para perder peso, sendo que cerca de 70% destes informaram não praticar atividade física<sup>67</sup>.

Observando os três processos de transição (demográfica, epidemiológica e nutricional) fica evidente, através dos indicadores apresentados, que para a reversão e solução definitiva deste quadro, tornam-se necessárias mudanças estruturais que garantam um desenvolvimento sustentável, com investimentos significativos em infraestrutura e uma adequada distribuição da riqueza produzida através de salário/renda, acompanhadas por políticas públicas de saúde, educação e saneamento.

Nesse sentido, mais recentemente no final do século passado e início do atual milênio, apesar de ainda se verificar a exclusão de grandes parcelas da população e diferenças importantes entre as classes sociais que compõe a sociedade brasileira e do Nordeste, os processos de transição em curso, portanto em movimento, pareçam irreversíveis. Apesar disto, a temporalidade destes processos ainda não está definida e isso dependerá em grande parte do investimento realizado em políticas públicas. Na atualidade quanto maior for o investimento no desenvolvimento social menor será o tempo necessário para completar esses processos de transição<sup>19</sup>.

### **3. Características do Sistema Único de Saúde – O enfrentamento em Saúde Pública**

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira aprova na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o conceito de saúde como “direito de todos e dever do Estado” e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado em princípios e diretrizes que garantam a universalidade e a equidade. Esse sistema com estes princípios foi aprovado na nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, no capítulo da Seguridade Social<sup>68</sup>.

Apesar dos impasses e dificuldades organizativos de gestão e governança e particularmente na área de financiamento, este novo Sistema, ao longo dos últimos 25 anos, tem produzido uma melhoria importante nas condições de saúde da população brasileira, principalmente entre os mais pobres. É o responsável direto e exclusivo pela promoção, prevenção e recuperação da saúde para cerca de 160 milhões de brasileiros. Apesar de Universal, mais de 40 milhões de brasileiros optam/buscam atendimento nos serviços privados, principalmente através dos planos de saúde<sup>69</sup>. Vale ressaltar que apesar desta

“opção”, vários procedimentos não cobertos pelos planos de saúde, principalmente os de mais baixos valores de mercado, são garantidos pelo SUS de acordo com o princípio constitucional da Universalidade do sistema. Os princípios do sistema público de saúde no Brasil se confrontam com aqueles dos sistemas de saúde de alguns países baseados em políticas neoliberais.

Vale aqui ressaltar ainda alguns outros princípios organizativos do SUS, como a descentralização, regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde pública no âmbito, principalmente, estadual e municipal. No interior dos estados do Nordeste, em municípios de médio e pequeno porte, estes princípios ainda não foram devidamente implantados por falta de profissionais de saúde (principalmente de médicos e enfermeiros) e de unidades de saúde tanto para a atenção primária, quanto de referência para a atenção hospitalar de média e alta complexidade<sup>70</sup>.

Recentemente, em julho de 2013, nas instâncias do governo federal, no Congresso e nas manifestações de rua em várias cidades do país, estão sendo colocados os problemas de recursos/financiamento para a saúde e ampliação e qualificação do SUS nos diversos níveis de atenção à saúde e ainda questões relativas à distribuição dos médicos principalmente em municípios do interior do país<sup>71, 72</sup>. Vale referir que apesar dos avanços obtidos nos vários níveis do sistema, ainda existem dificuldades de acesso aos três níveis do sistema e, particularmente, às urgências e emergências de todo o país.

Jairnilson Paim<sup>73</sup> destaca em entrevista muito recente que “desde 2011, o Senado aprovou a regulamentação da Emenda 29, que determina os gastos com saúde nos três níveis de governo, mas a bancada governista evitou que o texto final obrigasse a União a investir 10% de sua receita na área... com a inclusão do tema saúde na agenda política atual, via manifestação popular, as demandas estão sendo feitas...”, e destaca: “O governo está pressionado a dar respostas. Nesse aspecto, identifiquei apenas uma via: o financiamento do SUS só será resolvido se as pressões coletivas e organizadas continuarem”.

A seguir são apresentadas algumas proposições que reúnem graus diferenciados de consenso e de determinação na execução das ações necessárias nas academias, entidades e entre gestores públicos de saúde:

1. Fortalecimento do Estado Democrático, com manutenção de eleições periódicas constitucionais e estabelecimento de prioridades políticas, econômicas e sociais articuladas entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, visando à redução de desigualdades;
2. Investimentos em políticas públicas intersetoriais de forma articulada, em saúde, educação, transporte, mobilidade, segurança, saneamento, moradia etc., a partir das prioridades indicadas pela população, com aprovação orçamentária compatível nas instâncias Federais, Estaduais e Municipais com controle social.
3. Fortalecimento e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, no cumprimento dos princípios constitucionais de Universalidade, Equidade, Integralidade e Controle Social, com garantias de investimentos nas três instâncias de governo, compatíveis com as necessidades de 200 milhões de cidadãos brasileiros assegurados constitucionalmente como um Dever do Estado.
4. Fortalecimento de políticas e programas de saúde que obtiveram êxito nas últimas décadas, como os de atenção primária à saúde, ampliando a cobertura no país e principalmente no Nordeste, Centro-Oeste e na região Norte do país. Exemplos de programas específicos nos municípios são: o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o programa de atendimento às urgências através do SAMU. Com necessidade de ampliação está o programa de Vigilância em Saúde para prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no nível primário, por meio do incremento de visitas domiciliares e do atendimento especializado (consultas e exames laboratoriais e de imagens).
5. Fortalecer os sistemas de informação em saúde. Ampliar, consolidar e evoluir as bases de dados existentes relativas à mortalidade e, principalmente, com informações consistentes sobre as principais causas de morbidade da população. Isto irá favorecer o planejamento em saúde e a tomada de decisão pelos gestores, nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal).
6. Implantação de um plano de carreira, cargos e salários nas três instâncias de governo nos diferentes níveis de atenção, valorizando também a formação (Graduação/Residência/Mestrado e Doutorado) dos profissionais de saúde.

7. Capacitação no nível de graduação, residência/especialização e mestrado profissional nas diversas áreas de Saúde Pública, como: Epidemiologia e Vigilância à Saúde, Planejamento, Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde, Avaliação em Saúde, entre outros. Além da formação/capacitação presenciais é indicado a utilização das várias tecnologias disponíveis de educação à distância para cursos, e ainda divulgação em vídeos e sites institucionais, de informações para profissionais de saúde, para estudantes nos vários níveis de escolaridade e ainda para a população em geral.
8. Novos investimentos em Ciência e Tecnologia (C&T) e Inovação com desconcentração de recursos para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, e ainda, redefinição de prioridades, considerando áreas que necessitam de investimentos públicos em busca de soluções, a exemplo do semiárido nordestino.
9. Inovações e compromisso na organização, na gestão e na governança do sistema, como os Consórcios Municipais de Saúde que são necessários para o enfrentamento dos altos custos, visando garantir um sistema universal e equânime na atenção básica, no nível especializado e no nível hospitalar, incluindo as urgências e emergências.
10. Investimentos em ações intersetoriais e multiprofissionais com projetos inovadores nas instâncias de governo para enfrentamento da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (hipertensão, diabetes, neoplasias, acidentes de trânsito, homicídios, etc.). Exemplos interessantes são as academias da cidade com a realização de atividades em várias praças públicas, inicialmente na Cidade de Recife, para a prevenção das doenças crônicas; outro exemplo são as medidas intersetoriais de educação no trânsito e prevenção de acidentes, incluindo a chamada “Lei Seca”.
11. A visão e implementação da universalidade, da busca de equidade e da integralidade das ações do SUS, pode e deve se expandir num movimento amplo, de caráter global, de resgate da cidadania, em diversos países e nos diversos continentes, no sentido de redução das desigualdades existentes entre distintas regiões e classes sociais.

#### **4. Considerações Finais**



A Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu no Rio de Janeiro (2011) uma importante Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde reunindo chefes de governo, ministros e representantes de Governo de países dos cinco continentes. Estes expressaram no documento final intitulado “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” que a equidade em saúde é uma responsabilidade de todos os setores governamentais, do conjunto e segmentos da Sociedade e, ainda, de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global pela redução das desigualdades em cada país e entre países. Reiteraram que na atualidade as desigualdades existentes em vários países, tanto políticas, como econômicas, bem como as diferenças sociais, são inaceitáveis e evitáveis, sendo, portanto, injustas e geradoras de iniquidades sociais para as atuais e futuras gerações<sup>74</sup>.

Um dos princípios de ação, nos níveis global, nacionais e locais, é o de melhorar as condições de vida cotidiana, compreendendo e agindo sobre as diversas situações de iniquidades nos ciclos da vida: ao nascer, crescer, viver, trabalhar e envelhecer, promovendo sistemas de proteção social equânime e de acordo com o princípio da universalidade.

Neste sentido, o texto de referência aqui apresentado para reflexão e debate na Conferência Regional sobre os Determinantes Sociais em Saúde no Nordeste, identifica e analisa várias características históricas da formação social brasileira e da região. São apontados os antecedentes e os vários determinantes políticos, econômicos e sociais geradores das desigualdades no país, entre as macrorregiões e entre as classes sociais. Através dos diversos indicadores utilizados verificamos os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, ainda em curso, e com uma temporalidade ainda imprecisa/indefinida.

Como verificado, a evolução desses processos de transição são interdependentes e determinados historicamente a partir de políticas e ações que visem à universalidade e equidade entre regiões e entre as classes sociais no Brasil. Foram observadas modificações importantes e com tendência de redução nos próximos anos das taxas de natalidade e fecundidade, e um aumento importante da proporção de idosos com repercussões sobre o sistema de saúde e previdenciário.

Na transição epidemiológica, verifica-se a redução expressiva da mortalidade infantil. Além disso, o perfil epidemiológico contemporâneo está conformado por doenças crônicas não transmissíveis tais como: doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, diversos tipos de neoplasias, mortes violentas e por transtornos neuropsiquiátricos, com tendência de ampliação das atuais taxas. Por outro lado, no país permanecem índices inaceitáveis das chamadas endemias nacionais ou regionais, como malária, esquistossomose, hanseníase, tuberculose entre outras enfermidades pela permanência de desigualdades e iniquidades entre as classes sociais.

Em relação à transição nutricional está identificado um perfil de acentuada redução da desnutrição e da subnutrição para um perfil de sobrepeso e obesidade em todas as macrorregiões do país e que incide também sobre parcelas significativas da população que ainda vivem com uma baixa renda familiar e reduzida escolaridade.

Sem dúvida o Sistema Único de Saúde (SUS) resgatando cidadania e ofertando serviços nos diversos níveis de atenção à saúde contribuiu significativamente para mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população brasileira. Pelo verificado, é possível uma evolução favorável das condições de vida e desses processos de transição, ainda inconclusos, através da ampliação das relações democráticas entre o Estado e a Sociedade, com garantia de investimentos em políticas públicas e intersetoriais. Nessas relações devem estar assegurado um compromisso com uma nova ética pública, considerando as relações entre os poderes executivos (Federais, Estaduais e Municipais), o Legislativo e o Judiciário, os partidos políticos, os sindicatos e, ainda, das várias outras formas de organização da sociedade civil.

Dessa forma, com compromisso social através da realização do incremento de investimentos em políticas públicas em saúde, educação, moradia, saneamento, segurança e lazer e, ainda, com gestores e profissionais adequadamente qualificados e compromissados socialmente, é possível construir uma sociedade mais justa e igualitária para as atuais e futuras gerações, no Brasil e no Nordeste.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CRUZ MM. Conceção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 21-33, 2011.
- 2 ALMEIDA FILHO, A. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- 3 PAPA Francisco autoriza santificação de João Paulo. **Diário do grande ABC**, São Paulo, 2013. Caderno Internacional. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/466543/papa-francisco-autoriza-santificacao-de-joao-paulo-ii?referencia=simples-titulo-home>>. Acesso em: 5 jul. 2013
- 4 BATISTELLA C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, AF (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007 a.
- 5 GUTIERREZ, PR; OBERDIEK, HI. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, SM; SOARES, DA; CORDONI JR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, p. 01-25, 2001.
- 6 ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora em Inglaterra**. Tradução de Anália C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975.
- 7 SNOW, J. **Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990.
- 8 DUCATTI, I. A formação da saúde pública e o mundo do trabalho: conjugação necessária ao capital. **Verinotio revista on-line** – n. 12, Ano VI, out./2010.
- 9 LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- 10 DOLL, R; HILL, B. Smoking and carcinoma of the lung - preliminary report. **British Medical Journal**. London, 1950.
- 11 AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- 12 LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, p.133-58, 1993.
- 13 BREILH J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 317 p., 2006.
- 14 POSSAS C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 271 p., 1989.

15 BUSS, PM; FILHO, PM. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

16 BRASIL. **Decreto Presidencial de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Diário Oficial da União. Brasília, 13 de março de 2006; 185º da Independência e 118º da República. Brasília, 2006.

17 COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 220p., 2008.

18 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4d\\_260811.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4d_260811.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

19 FREESE, E. M.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, p. 17-46, 2006.

20 KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

21 BARRETO, M L; CARMO, E H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12(Sup), p. 1779-1790, 2007.

22 AMARAL, J.J.F, VICTORA, C.G., LEITE, A.J.M; CUNHA, A.J.L.A. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste. Brasil. **Rev de Saúde Publica**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 598-606, 2008.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Panorâmico, v.III. **Painel de indicadores do SUS**, n 7. Brasília, 2010.

24 MONTEIRO CA, CONDE WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, São Paulo, v. 43, p. 186-94, 1999.

25 FAUSTO, B. **História do Brasil**. 14 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

26 BERNARDES, DM. Notas sobre a formação social do Nordeste. **Lua Nova**, São Paulo, v. 71, p. 41-79, 2007.

- 27 AB'SABER, NA. Sertões e sertanejos: uma geografia humana sofrida. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 36, 1999.
- 28 ARAÚJO, T. B. Herança de diferenciação e futuro de fragmentação. Dossiê Nordeste I. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 29, 1997. Número especial.
- 29 SILVA, FA. **História do Brasil**: Colônia Império República. Editora: Moderna, 1997.
- 30 FREESE E (Org.). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 1. ed. Recife: Editor Universitária, v. 1, 358p., 2006.
- 31 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 jul. 2013.
- 32 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Índice de Gini da renda domiciliar per capita**. Brasília: RIPSA, 2010. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=B.9&lang=pt&print=true&version=ed5>. Acesso em: 02 jul 2013.
- 33 PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010**: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad . -1a. ed. – San José, C.R.: 2010.
- 34 MEDEIROS, SS *et al.* **Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro**. Campina Grande: INSA, 103p., 2012.
- 35 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Lavouras**. Produção Agrícola 2013 - Cereais, leguminosas e oleaginosas. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/agropecuaria/lspa/lspa\\_201303comentarios.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/agropecuaria/lspa/lspa_201303comentarios.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2013.
- 36 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**: Síntese dos indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <[http://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2011/Sintese\\_Indicadores/sintese\\_pnad2011.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2011.pdf)>. Acesso em 5 jun 2013.
- 37 BRASIL. **Todos pela educação 2011**. Brasília: Ministério da Educação. Disponível em: <<http://www.todospelaeducacao.org.br/educacao-no-brasil/numeros-do-brasil/brasil/>>. Acesso em: 19 jun. 2013.
- 38 PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013**: A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. Estados Unidos: PNUD, 2013.

39 UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development**. Canadá: PNUD, 2010.

40 PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Brasil: PNUD, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/faixas-IDHM.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

41 VIEITES, EG. Acesso e qualidade das redes. In: **Atlas de saneamento 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

42 CENTRO DE ESTUDOS, POLÍTICAS E INFORMAÇÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Proporção da população servida por água, por ano, segundo região e escolaridade** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wpcontent/uploads/2012/03/Ind010309-20120130.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2013.

43 CENTRO DE ESTUDOS, POLÍTICAS E INFORMAÇÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Proporção da população servida por esgotamento sanitário, por ano, segundo região e escolaridade** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPIDSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010310-20120130.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2013.

44 CENTRO DE ESTUDOS, POLÍTICAS E INFORMAÇÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Proporção da população servida por esgotamento sanitário, por ano, segundo região metropolitana e escolaridade** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/04/Ind010310RM-20130331.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2013.

45 CENTRO DE ESTUDOS, POLÍTICAS E INFORMAÇÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Proporção da população servida por coleta de lixo, por ano, segundo região e escolaridade** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010311-20120130.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2013.

46 VASCONCELOS, AMN; GOMES, MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out-dez 2012.

47 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Séries históricas**. População e demografia. Dinâmica demográfica. Taxa bruta de natalidade, Brasil, 1950 a 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP201&t=taxa-bruta-natalidade>>. Acesso em 18 jun. 2013.

48 DATASUS. **Indicadores demográficos**. Taxa Bruta de Natalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a07b.htm>>. Acesso em 19 jun. 2013.

49 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

50 BRASIL. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

51 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

52 BRASIL. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 364p., 2004.

53 DATASUS. **Indicadores de mortalidade**. Mortalidade Infantil. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01b.htm>>. Acesso em 19 jun 2013.

54 RASELLA D *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, Londres, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

55 DATASUS. **Mortalidade Proporcional no Brasil e Região Nordeste segundo capítulos da CID (1980-2010)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/c04.def>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

56 INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

57 LIMA, MLC; FALBO NETO, GH, organizadores. **Avaliação da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidente e Violência nos Municípios de Pernambuco com mais de 100.000 Habitantes**. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2012.

58 PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto SANAR**: doenças negligenciadas. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoas/controla-de-doencas/projeto-sanar-doencas-negligenciadas/>> Acesso: 27 maio 2013.

59 MOURA, A.A.G., CARVALHO, E.F., SILVA, N.J.C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

60 CASTRO J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

- 61 CASTRO J. **Geopolítica da fome**: ensaio sobre os problemas de alimentação e de população. 8 ed. 2v. São Paulo: Brasiliense, 1968.
- 62 TARDIDO AP; FALCÃO MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.
- 63 COUTINHO DC, LEÃO MM, RECINE E, SICHIERI R. **Condições nutricionais da população brasileira**: adultos e idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 39p, 1991.
- 64 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003**: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- 65 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- 66 SCHMIDT MI, DUNCAN BB, AZEVEDO E SILVA G, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM, CHOR D, MENEZES PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, v. 377, p. 1949-61, 2011.
- 67 FONTBONNE A; CESSÉ EAP; SOUSA IAC; SOUZA WV; CHAVES VLV; BEZERRA AFB; CARVALHO EF. Risk fator control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the Sate of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195-1204, jun. 2013.
- 68 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.
- 69 PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. London, p.11-31, maio 2011.
- 70 FREESE E (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. 1. ed. Recife: Editora universitária, v. 1., 338p., 2004.
- 71 BRASIL. **PROVAB** - 41% dos municípios do Nordeste não atraíram sequer um médico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11152/162/41-dos-municipios-do-ne-ao-atrairam-medicos.html>> Acesso em: 07 jun. 2013.
- 72 PRATENO V. Brasil tem déficit de enfermeiros. **Gazeta do Povo**. Londrina. Publicado em 28 dez 2011. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1207437&tit=Brasil-tem-deficit-de-enfermeiros>>. Acesso em: 08 jun. 2013.
- 73 PAIM, J. "Se depender dos governos, o SUS não avança". **A tarde**. Salvador/BA. Publicado em 29 jun 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/muito/materias/1521785-se-depender-dos-governos-o-sus-nao-avanca>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

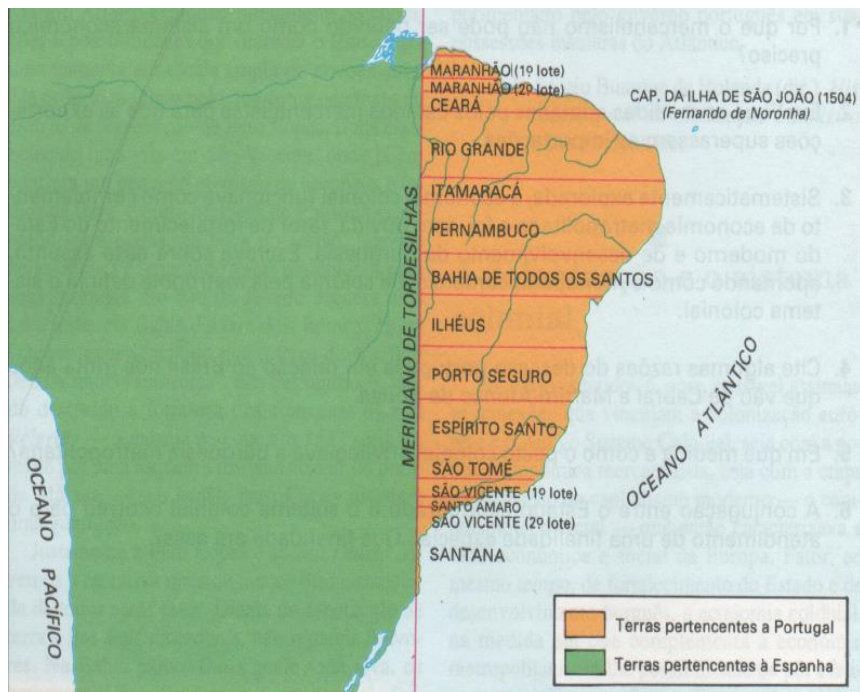


74 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

75 SILVA, FRANCISCO DE A. **História do Brasil:** Colônia, Império, República. São Paulo: Moderna, 1992.

## APÊNDICE I - Mapas do Brasil

### Capitanias Hereditárias



Fonte: SILVA<sup>75</sup>.

### Unidades da Federação com destaque para macrorregião Nordeste.



Fonte: IBGE.

APÊNDICE II - Número de Municípios por estado da região Nordeste do Brasil, 2010.

<b>Estado</b>	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Alagoas	37	69	94	94	97	101	102
Bahia	150	194	336	336	415	415	417
Ceará	79	142	142	141	178	184	184
Maranhão	72	91	130	130	136	217	217
Paraíba	41	88	171	171	171	223	223
Pernambuco	91	103	165	165	168	185	185
Piauí	49	71	114	114	118	221	224
Rio Grande do Norte	48	83	150	150	152	166	167
Sergipe	42	62	74	74	74	75	75

Fonte: IBGE-Censo demográfico 1950 – 2010.

Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=CD96&t=numero-municipios-existentis-censos-demograficos>>.

APÊNDICE III - Distribuição dos municípios por macrorregião do Brasil, segundo categoria do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010.

Regiões	Desenvolvimento Humano									
	Muito Baixo		Baixo		Médio		Alto		Muito Alto	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	18	4,0	180	40,1	226	50,3	25	5,6	--	--
Nordeste	14	0,8	1099	61,3	647	36,1	34	1,9	--	--
Sudeste	--	--	73	4,4	695	41,7	871	52,2	29	1,7
Sul	--	--	5	0,4	400	33,7	769	64,7	14	1,2
Centro-Oeste	--	--	10	2,1	265	56,9	190	40,8	1	0,2
<b>Brasil</b>	32	0,6	1367	24,6	2233	40,1	1889	33,9	44	0,8

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

APÊNDICE IV. Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seu ranking baseado nos dados dos últimos três censos demográficos (1991- 2000- 2010), segundo Unidades da Federação do Brasil.

Unidade da Federação	IDHM			Ranking IDHM		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Distrito Federal	0.616	0.725	0.824	1	1	1
São Paulo	0.578	0.702	0.783	2	2	2
Santa Catarina	0.543	0.674	0.774	4	3	3
Rio de Janeiro	0.573	0.664	0.761	3	4	4
Paraná	0.507	0.650	0.749	6	6	5
Rio Grande do Sul	0.542	0.664	0.746	4	4	6
Espírito Santo	0.505	0.640	0.740	7	7	7
Goiás	0.487	0.615	0.735	9	9	8
Minas Gerais	0.478	0.624	0.731	10	8	9
Mato Grosso do Sul	0.488	0.613	0.729	8	10	10
Mato Grosso	0.449	0.601	0.725	13	11	11
Amapá	0.472	0.577	0.708	11	13	12
Roraima	0.459	0.598	0.707	12	12	13
Tocantins	0.369	0.525	0.699	25	18	14
Rondônia	0.407	0.537	0.690	19	17	15
Rio Grande do Norte	0.428	0.552	0.684	16	14	16
Ceará	0.405	0.541	0.682	20	16	17
Amazonas	0.430	0.515	0.674	15	22	18
Pernambuco	0.440	0.544	0.673	14	15	19
Sergipe	0.408	0.518	0.665	18	20	20
Acre	0.402	0.517	0.663	21	20	21
Bahia	0.386	0.512	0.660	22	23	22
Paraíba	0.382	0.506	0.658	23	24	23
Pará	0.413	0.518	0.646	17	19	24
Piauí	0.362	0.484	0.646	26	25	24
Maranhão	0.357	0.476	0.639	27	26	26
Alagoas	0.370	0.471	0.631	24	27	27

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

APÊNDICE V - Proporção da população servida por água, por ano, segundo região e escolaridade, 2013.

<b>Região /Escolaridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Norte</b>									
0 a 3 anos	58	59	61	48	48	50	50	53	53
4 a 7 anos	63	62	64	53	53	54	54	56	56
8 a 10 anos	69	67	68	64	62	62	62	63	62
11 a 14 anos	75	72	75	72	71	72	69	70	70
15 anos e mais	74	74	81	74	75	74	74	76	72
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>66</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>59</b>	<b>59</b>
<b>Região Nordeste</b>									
0 a 3 anos	58	59	61	62	64	65	66	69	69
4 a 7 anos	74	73	73	73	73	74	74	76	76
8 a 10 anos	86	85	84	83	83	82	82	84	83
11 a 14 anos	91	91	91	91	90	90	90	90	90
15 anos e mais	95	95	94	94	94	94	93	92	91
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>69</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>77</b>	<b>77</b>
<b>Região Sudeste</b>									
0 a 3 anos	85	86	86	87	86	87	87	87	88
4 a 7 anos	89	89	89	89	89	89	89	89	90
8 a 10 anos	94	94	93	93	93	93	93	93	94
11 a 14 anos	97	96	96	96	96	96	96	96	96
15 anos e mais	98	98	98	98	98	98	98	97	98
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>92</b>
<b>Região Sul</b>									
0 a 3 anos	76	77	78	79	79	80	80	79	80
4 a 7 anos	76	78	78	78	78	79	79	78	80
8 a 10 anos	87	87	85	86	86	86	87	86	86
11 a 14 anos	93	93	92	92	92	92	92	90	91
15 anos e mais	96	96	97	96	96	95	95	93	95
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>85</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>									
0 a 3 anos	69	71	71	73	73	75	76	76	78
4 a 7 anos	73	74	74	75	75	75	77	78	80
8 a 10 anos	82	82	81	82	81	82	83	83	84
11 a 14 anos	88	88	87	89	87	88	89	89	90
15 anos e mais	92	93	92	92	91	92	93	93	93
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>78</b>	<b>79</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>83</b>
<b>Brasil</b>									
0 a 3 anos	71	72	73	72	72	74	74	76	76
4 a 7 anos	80	80	81	79	79	80	80	81	81
8 a 10 anos	89	88	88	87	87	86	86	87	87
11 a 14 anos	93	93	93	93	92	92	92	92	92
15 anos e mais	96	96	96	96	96	96	95	94	95
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>

Fonte: CEPIDSS/ENSP/FIOCRUZ, 2013.

Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wpcontent/uploads/2012/03/Ind010309-20120130.pdf>>.

APÊNDICE VI - Proporção da população servida por esgotamento sanitário, por ano, segundo região e escolaridade, 2012.

<b>Região /Escolaridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Norte</b>									
0 a 3 anos	38	45	42	37	39	39	43	48	44
4 a 7 anos	49	54	51	48	50	48	50	55	51
8 a 10 anos	61	66	63	60	63	60	62	66	61
11 a 14 anos	73	78	74	75	77	74	76	76	71
15 anos e mais	88	91	86	88	85	85	84	84	79
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>54</b>
<b>Região Nordeste</b>									
0 a 3 anos	30	30	31	33	34	36	43	43	41
4 a 7 anos	45	43	43	43	43	45	51	51	49
8 a 10 anos	62	58	57	57	58	57	62	62	57
11 a 14 anos	74	71	72	70	71	70	75	74	69
15 anos e mais	86	86	86	85	86	87	89	87	83
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>53</b>	<b>54</b>	<b>51</b>
<b>Região Sudeste</b>									
0 a 3 anos	75	77	78	79	79	80	82	82	81
4 a 7 anos	82	82	83	84	83	84	86	85	85
8 a 10 anos	88	89	89	89	88	89	90	90	89
11 a 14 anos	94	94	94	93	93	94	95	94	94
15 anos e mais	98	98	98	98	98	98	99	98	97
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>85</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>88</b>
<b>Região Sul</b>									
0 a 3 anos	59	63	66	66	68	69	71	69	73
4 a 7 anos	65	68	71	70	72	72	74	70	76
8 a 10 anos	76	78	77	79	79	79	81	78	81
11 a 14 anos	86	85	86	87	86	87	88	85	88
15 anos e mais	92	93	94	95	93	94	95	92	94
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>72</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>77</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>80</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>									
0 a 3 anos	34	36	35	32	36	35	36	40	36
4 a 7 anos	38	39	39	34	37	37	39	41	39
8 a 10 anos	51	51	52	45	48	45	49	50	45
11 a 14 anos	63	64	64	58	60	60	62	60	58
15 anos e mais	79	81	79	75	74	78	80	78	76
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>46</b>
<b>Brasil</b>									
0 a 3 anos	51	52	53	53	54	56	59	60	59
4 a 7 anos	65	65	65	65	65	65	68	68	67
8 a 10 anos	77	77	76	75	75	75	77	76	75
11 a 14 anos	85	85	85	84	84	84	86	85	83
15 anos e mais	93	94	94	93	93	94	94	93	92
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>68</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>70</b>

Fonte: CEPIDSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012.

Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010310-20120130.pdf>.

APÊNDICE VII - Proporção da população servida por esgotamento sanitário, por ano, segundo região metropolitana e escolaridade, 2013.

<b>Região /Escolaridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Belém</b>									
0 a 3 anos	68	78	79	78	80	83	78	84	84
4 a 7 anos	72	81	83	83	84	86	81	86	86
8 a 10 anos	79	87	89	89	90	89	86	90	91
11 a 14 anos	87	93	95	95	96	94	92	95	94
15 anos e mais	96	99	98	99	99	99	99	99	98
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>84</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>89</b>	<b>89</b>
<b>Fortaleza</b>									
0 a 3 anos	53	60	56	51	56	54	62	70	60
4 a 7 anos	61	67	62	57	63	58	66	71	63
8 a 10 anos	71	77	72	60	72	64	73	76	66
11 a 14 anos	82	86	82	73	80	73	80	82	74
15 anos e mais	93	95	95	86	91	87	94	92	81
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>70</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>66</b>	<b>62</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>66</b>
<b>Recife</b>									
0 a 3 anos	42	28	36	31	35	32	56	51	36
4 a 7 anos	48	30	39	34	37	37	59	53	36
8 a 10 anos	59	39	48	42	46	45	62	59	41
11 a 14 anos	67	52	62	53	57	56	72	69	54
15 anos e mais	84	76	83	74	81	80	89	89	76
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>37</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>44</b>
<b>Salvador</b>									
0 a 3 anos	68	80	78	79	81	86	91	90	91
4 a 7 anos	74	85	81	83	84	88	93	92	93
8 a 10 anos	83	89	86	88	89	92	95	94	95
11 a 14 anos	90	95	92	94	93	96	98	97	97
15 anos e mais	97	99	98	98	99	99	100	100	100
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>91</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>
<b>Belo Horizonte</b>									
0 a 3 anos	73	76	79	81	77	79	82	86	86
4 a 7 anos	78	79	82	85	80	83	86	87	86
8 a 10 anos	84	85	87	90	87	86	90	91	90
11 a 14 anos	91	92	93	94	92	93	94	96	94
15 anos e mais	99	98	99	98	98	99	99	99	98
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>88</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>90</b>
<b>Rio de Janeiro</b>									
0 a 3 anos	84	83	86	84	85	90	89	87	86
4 a 7 anos	86	85	88	88	88	90	91	87	88
8 a 10 anos	91	90	92	92	92	94	94	92	92
11 a 14 anos	96	96	96	96	96	97	97	95	95
15 anos e mais	99	98	99	99	99	99	99	98	98
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>93</b>	<b>93</b>	<b>91</b>	<b>91</b>



Continuação do APÊNDICE VII - Proporção da população servida por esgotamento sanitário, por ano, segundo região metropolitana e escolaridade, 2013.

<b>Região /Escolaridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>São Paulo</b>									
0 a 3 anos	84	85	85	85	86	84	88	89	89
4 a 7 anos	88	88	89	89	89	86	90	91	89
8 a 10 anos	91	92	92	91	91	89	92	92	92
11 a 14 anos	96	96	96	94	95	94	96	96	96
15 anos e mais	99	99	100	99	100	99	100	100	99
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>89</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>92</b>
<b>Curitiba</b>									
0 a 3 anos	85	79	85	84	88	92	86	81	91
4 a 7 anos	88	84	89	89	90	92	87	85	92
8 a 10 anos	91	90	91	91	94	95	93	92	94
11 a 14 anos	96	95	96	96	96	97	96	94	96
15 anos e mais	97	98	99	99	98	99	98	97	99
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>86</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>92</b>	<b>94</b>	<b>91</b>	<b>88</b>	<b>94</b>
<b>Porto Alegre</b>									
0 a 3 anos	85	85	87	89	86	86	88	88	91
4 a 7 anos	89	90	90	91	90	90	90	89	94
8 a 10 anos	94	94	94	95	94	95	93	94	96
11 a 14 anos	98	98	97	97	97	97	97	96	98
15 anos e mais	99	99	99	99	99	99	99	98	100
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>95</b>

Fonte: CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2013.

Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/04/Ind010310RM-20130331.pdf>.

APÊNDICE VIII - Proporção da população servida por coleta de lixo, por ano, segundo região e escolaridade, 2012.

<b>Região/ Escolaridade</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Norte</b>									
0 a 3 anos	74	79	79	59	63	66	70	71	74
4 a 7 anos	83	84	85	68	71	73	77	77	80
8 a 10 anos	90	91	91	82	84	84	86	87	88
11 a 14 anos	94	95	95	92	92	93	93	94	94
15 anos e mais	98	99	99	97	96	97	97	96	97
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>70</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>82</b>
<b>Região Nordeste</b>									
0 a 3 anos	53	55	57	56	59	60	62	63	64
4 a 7 anos	70	70	71	69	70	71	71	72	74
8 a 10 anos	85	84	84	82	82	82	81	82	83
11 a 14 anos	92	92	93	92	92	92	92	92	92
15 anos e mais	97	98	98	98	98	97	98	96	97
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>75</b>
<b>Região Sudeste</b>									
0 a 3 anos	86	88	89	89	89	90	91	91	92
4 a 7 anos	91	92	92	92	93	93	93	94	94
8 a 10 anos	96	97	96	97	96	96	96	97	97
11 a 14 anos	98	99	98	98	99	99	99	99	99
15 anos e mais	99	100	99	100	100	100	99	99	99
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>96</b>
<b>Região Sul</b>									
0 a 3 anos	78	79	82	82	83	85	87	86	87
4 a 7 anos	79	79	81	82	82	85	86	87	88
8 a 10 anos	90	90	89	90	91	92	92	93	93
11 a 14 anos	95	95	96	96	96	96	96	96	96
15 anos e mais	99	98	98	99	99	98	98	97	98
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>91</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>									
0 a 3 anos	79	80	80	81	82	83	83	84	86
4 a 7 anos	83	84	84	84	85	85	86	87	88
8 a 10 anos	91	92	91	91	90	91	92	92	92
11 a 14 anos	96	96	96	96	95	96	96	96	96
15 anos e mais	98	98	98	98	98	98	98	99	98
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>89</b>	<b>90</b>
<b>Brasil</b>									
0 a 3 anos	71	73	74	73	74	76	77	78	79
4 a 7 anos	83	83	84	82	83	84	84	85	86
8 a 10 anos	92	92	92	91	91	91	91	91	92
11 a 14 anos	96	96	97	96	96	96	96	96	96
15 anos e mais	99	99	99	99	99	99	99	98	99
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>85</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>88</b>

Fonte: CEPIDSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012.

Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010311-20120130.pdf>>.

## APÊNDICE IX – Mortalidade infantil no Brasil, Região Nordeste e Estados. 1997 a 2010.

Estados	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alagoas*	69,4	65,3	61,5	58,4	55,0	51,8	49,0	46,4	44,4	42,7	41,2	21,5	20,1	18,6
Bahia*	44,8	42,2	39,7	37,6	35,4	33,4	31,6	29,9	28,5	27,3	26,3	23,3	22,1	21,0
Ceará*	46,5	43,0	40,0	37,2	35,0	32,8	30,8	28,9	27,1	25,6	24,4	19,1	17,6	16,2
Maranhão*	50,4	47,5	44,9	43,2	40,4	38,2	36,1	34,1	32,6	31,2	30,1	24,0	23,0	21,9
Paraíba*	53,4	50,4	47,7	44,8	43,0	40,3	37,8	35,3	33,7	32,2	31,0	21,2	19,3	18,2
Pernambuco*	57,1	51,4	47,9	44,3	42,7	39,3	36,1	32,9	31,5	30,1	29,2	19,3	18,1	17,0
Piauí*	44,0	41,5	39,1	36,5	35,0	33,2	31,5	30,0	28,6	27,3	26,2	23,6	22,0	20,7
Rio Grande do Norte*	53,3	50,5	47,7	41,6	39,7	37,9	36,3	34,3	32,5	30,9	29,9	21,1	19,1	17,2
Sergipe*	45,0	44,7	43,9	40,5	37,6	36,1	34,7	33,2	31,9	30,9	30,0	20,4	18,8	18,2
<b>Nordeste*</b>	50,4	47,1	44,3	41,6	39,3	36,9	34,8	32,7	31,2	29,8	28,7	21,7	20,3	19,1
<b>Brasil**</b>	31,9	30,4	28,4	27,4	26,3	24,9	23,9	22,6	21,4	20,7	20,0	17,6	16,8	16,0

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01a.htm>>.

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01b.htm>>.

\* Estimadas com os dados informados ao SIM e ao SINASC corrigidos por fatores obtidos no processo de busca ativa realizado na Amazônia Legal e no Nordeste, no ano de 2008; \*\* Média das taxas estaduais, obtidas por método direto ou indireto.

\*\*Mortalidade Infantil: Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos

APÊNDICE X - Taxa de Mortalidade Específica (TME por 100.000 habitantes) para Doenças do Aparelho Circulatório por ano segundo estados da região Nordeste (Brasil, 2000-2010).

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alagoas	100,7	108,6	110,5	112,3	121,5	132,8	137,0	156,0	152,3	152,1	151,1
Bahia	97,0	103,7	106,1	102,6	103,4	99,6	129,7	126,0	124,3	125,8	134,9
Ceará	106,1	110,1	109,3	111,1	113,8	113,8	148,2	146,0	156,9	156,5	148,1
Maranhão	52,8	62,4	64,4	67,6	70,5	105,5	112,2	119,1	128,2	129,2	124,8
Paraíba	85,1	98,1	106,5	120,8	133,4	165,9	178,7	196,8	197,3	193,3	194,4
Pernambuco	155,1	156,1	159,6	166,8	175,9	183,8	189,8	193,6	193,6	190,7	189,4
Piauí	95,9	110,6	118,3	126,3	122,9	136,2	165,4	176,9	185,2	176,6	178,1
Rio Grande do Norte	97,2	103,0	110,9	109,5	125,3	131,9	134,4	144,6	153,3	151,7	149,9
Sergipe	93,3	98,3	107,7	107,5	132,7	134,3	129,9	135,9	144,2	145,0	147,7
<b>Nordeste</b>	102	108,5	111,9	114,3	119,8	128,5	146,7	150,7	154,2	153,3	153,9
<b>Brasil</b>	153,5	152,8	153,2	155	157,2	154,2	162,1	162,9	167,6	167,2	171,1

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c08.def>>

APÊNDICE XI - Taxa de Mortalidade Específica (TME por 100.000 habitantes) para neoplasias malignas por ano segundo estados da região Nordeste (Brasil, 2000-2010).

<b>Estados</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
Alagoas	30,6	33,8	33,6	35,4	36,8	47,9	44,6	47,4	48,3	49,4	52,7	42,1
Bahia	36,1	38,5	39,5	41,2	42,6	44,0	54,2	55,4	56,5	59,8	64,8	48,7
Ceará	52,2	56,6	58,3	58,9	57,4	66,2	73,4	76,8	76,3	76,6	80,7	67,1
Maranhão	18,0	19,8	21,1	23,7	24,4	34,5	37,0	39,2	41,8	44,3	44,9	32,1
Paraíba	24,8	33,1	37,8	44,8	48,4	64,5	66,7	73,4	77,3	77,0	80,6	57,7
Pernambuco	56,5	55,3	60,4	62,5	66	71,4	77,6	76,2	77,8	79,6	80,7	69,8
Piauí	30,5	34,3	37,4	40,1	38,9	43,0	54,2	61,2	60,8	62,8	64,0	48,3
Rio Grande do Norte	43,8	49,9	51,2	53,9	58,4	68,2	71,2	72,6	75,3	80,1	81,4	64,7
Sergipe	37,4	41,9	44,4	44,8	54,5	57,9	57,4	62,5	67,7	68,3	69,1	55,6
<b>Nordeste</b>	<b>38,9</b>	<b>41,8</b>	<b>44,0</b>	<b>46,1</b>	<b>47,9</b>	<b>54,5</b>	<b>60,5</b>	<b>62,7</b>	<b>64,1</b>	<b>66,2</b>	<b>69,0</b>	<b>54,5</b>
<b>Brasil</b>	<b>70,3</b>	<b>72,0</b>	<b>73,6</b>	<b>75,4</b>	<b>76,8</b>	<b>79,2</b>	<b>82,2</b>	<b>84,0</b>	<b>87,1</b>	<b>88,6</b>	<b>92,4</b>	<b>80,4</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c10.def>>.

APÊNDICE XII - Taxa de Mortalidade Específica (TME por 100.000 habitantes) para causas externas por ano segundo estados da região Nordeste (Brasil, 2000-2010).

<b>Estados*</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Alagoas	59,2	62,3	68,8	69,5	69,9	72,9	88,2	96,7	94,5	97,0	109,1
Bahia	48,2	49,3	54,5	54,7	55,0	55,3	60,5	67,0	73,5	78,5	86,8
Ceará	53,0	53,9	58,5	61,4	61,5	63,1	64,1	67,7	68,6	68,4	83,4
Maranhão	28,5	32,0	35,0	37,9	37,4	44,7	44,3	50,2	55,5	56,3	59,1
Paraíba	40,4	35,8	49,6	45,0	54,2	54,8	58,9	58,7	66,6	72,4	77,2
Pernambuco	94,1	95,1	92,4	91,3	89,0	90,4	91,7	94,8	93,4	90,4	86,9
Piauí	36,4	38,4	41,3	43,5	45,5	46,8	56,5	54,0	57,3	59,1	63,3
Rio Grande do Norte	55,1	51,5	52,9	52,2	54,7	55,9	56,8	62,7	67,1	72,9	68,2
Sergipe	66,2	68,7	70,7	65,6	67,8	66,3	68,6	65,8	72,9	81,2	86,1
<b>Nordeste</b>	<b>54,7</b>	<b>55,6</b>	<b>59,3</b>	<b>59,6</b>	<b>60,3</b>	<b>62,0</b>	<b>65,7</b>	<b>69,8</b>	<b>73,3</b>	<b>75,5</b>	<b>81,0</b>
<b>Brasil</b>	<b>69,7</b>	<b>70,2</b>	<b>72,5</b>	<b>71,6</b>	<b>70,2</b>	<b>69,3</b>	<b>68,7</b>	<b>69,2</b>	<b>71,7</b>	<b>72,4</b>	<b>75,1</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c09.def>

\* Taxas calculadas a partir dos óbitos informados ao SIM. As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito. A taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.

APÊNDICE XIII - Taxa de Mortalidade Específica (TME por 100.000 habitantes) para Aids por ano segundo estados da região Nordeste (Brasil, 2000-2010).

<b>Estados</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Alagoas	1,5	2,2	2,1	2,1	1,6	2,0	1,8	2,3	2,5	3,1	3,9
Bahia	2,5	2,7	2,7	2,8	2,6	2,8	3,1	3,4	3,5	3,5	3,8
Ceará	2,3	2,0	2,7	2,6	2,6	2,5	2,8	3,0	3,3	3,4	2,7
Maranhão	1,6	2,1	2,2	2,7	2,4	3,4	2,9	3,9	3,9	4,8	4,4
Paraíba	1,5	2,0	1,9	2,7	2,6	2,4	2,7	2,6	2,8	2,6	3,0
Pernambuco	4,3	4,6	4,9	4,6	4,6	4,8	5,3	5,0	5,0	5,9	5,9
Piauí	1,5	1,6	1,8	1,8	2,1	1,8	2,6	2,5	2,7	3,6	2,9
Rio Grande do Norte	1,4	1,7	1,4	1,7	1,2	1,3	1,3	1,3	2,5	2,8	3,1
Sergipe	2,4	2,0	2,0	1,5	2,8	2,7	2,0	2,9	3,4	3,8	3,3
<b>Nordeste</b>	<b>2,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>
<b>Brasil</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,1</b>	<b>6,0</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c14.def>>.

APÊNDICE XIV - Taxa de Mortalidade Específica (TME por 100.000 habitantes) para diabetes mellitus por ano segundo estados da região Nordeste (Brasil, 2000-2010).

<b>Estados</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Alagoas	18,6	20,6	21,4	19,2	22,1	23,7	32,9	34,2	34,2	36,8	39,4
Bahia	16,6	18,0	18,8	19,1	19,7	18,9	23,7	25,0	26,5	27,6	28,8
Ceará	15,7	17,8	16,2	16,4	15,0	16,2	19,8	19,6	23,0	25,4	25,3
Maranhão	8,8	10,3	11,1	12,4	12,2	19,8	20,9	24,7	25,8	27,5	28,1
Paraíba	17,2	19,9	20,5	23,8	24,5	29,2	32,8	38,7	43,4	43,8	45,1
Pernambuco	27,6	27,8	29,2	30,3	35,2	36,6	39,4	39,6	40,2	39,3	30,9
Piauí	12,9	12,2	16,0	16,2	17,2	19,0	24,9	26,7	28,7	31,4	33,2
Rio Grande do Norte	19,5	19,0	20,8	18,8	24,2	29,4	27,3	32,7	37,0	36,3	37,5
Sergipe	23,3	21,7	24,9	24,2	30,2	31,5	30,3	32,1	37,0	38,2	35,6
<b>Nordeste</b>	<b>17,7</b>	<b>18,8</b>	<b>19,6</b>	<b>20,1</b>	<b>21,6</b>	<b>23,6</b>	<b>27,1</b>	<b>28,8</b>	<b>30,9</b>	<b>32,0</b>	<b>33,0</b>
<b>Brasil</b>	<b>20,8</b>	<b>20,3</b>	<b>21,0</b>	<b>21,2</b>	<b>21,6</b>	<b>21,9</b>	<b>24,1</b>	<b>25,2</b>	<b>26,6</b>	<b>27,2</b>	<b>28,8</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c12.def>>.