

VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NA RDS DO TUPÉ, MANAUS, AMAZONAS

ENVIRONMENTAL VULNERABILITY, DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL TRANSITION ON RDS TUPÉ, MANAUS, AMAZONAS

Duarcides Ferreira Mariosa

Doutor em Sociologia
Pesquisador do Grupo de Pesquisa Biotupé/INPA e Professor da Faculdade de Ciências Sociais da PUC-Campinas
duarcide@gmail.com

Ednelson Mariano Dota

Doutor em demografia - IFCH-NEPO/UNICAMP
Professor da Faculdade de Geografia da PUC-Campinas
eddota@yahoo.com.br

Marcelo da Silva Gigliotti

Doutorando em geografia – DGEO/IGUNICAMP
gigliotti.marcelo@gmail.com

Edinaldo Nelson dos Santos-Silva

Doutorado em Ciências Biológicas (Zoologia)
Professor e Pesquisador do INPA
Coordenador do Grupo de Pesquisa Biotupé/INPA
nelson@inpa.gov.br

RESUMO

Determinantes sociais das doenças referem-se ao conjunto de fatores de ordem política, econômica, comportamental, ambiental e cultural que “impõem limites” ou “exercem pressão” na distribuição da saúde e da doença e nos aspectos nocivos e protetivos dados aos grupos sociais no interior e entre sociedades. Neste estudo, com base em dados primários de pesquisa e referenciais bibliográficos sobre o tema, as características sociodemográficas da população ribeirinha da Reserva de Desenvolvimento do Tupé, Manaus, Amazonas (RDS do Tupé) foram associadas a ocorrências de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas objetivando indicar as possíveis relações deste grupo social com a realidade socioambiental demonstrando sua vulnerabilidade aos fatores de risco de adoecimento. Os resultados observados apontam que em relação às doenças crônico-degenerativas apenas duas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa: faixa etária e escolaridade. Em relação às doenças infecto-contagiosas, o resultado foi distinto: nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentou associação estatística significativa, apontando assim para outros fatores com maior relevância na explicação da ocorrência de doenças assim classificadas, como a variável ambiental. Concluiu-se que a população ribeirinha da RDS do Tupé, em razão de sua localização espacial específica – zona de transição entre a metrópole manaus e a floresta amazônica – e da especificidade de seu perfil etário, acha-se duplamente vulnerável à ocorrência simultânea de dois grandes grupos de doenças: as parasitárias ou infecto-contagiosas e as crônico-degenerativas.

¹ Parte dos dados constantes desse artigo foi apresentada no XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em São Pedro/SP – Brasil, de 24 a 28 de novembro de 2014

² Pesquisa realizada com recursos do Conselho Nacional de Pesquisas - CNPq.

Palavras-Chave: transição demográfica. transição epidemiológica indicadores socioambientais. sustentabilidade. Amazônia.

ABSTRACT

Social determinants of disease refers to the set of political factors, economic, behavioral, environmental and cultural that "place limits" or "put pressure" in the distribution of health and disease and harmful and protective aspects given to social groups in within and between societies. In this study, based on primary survey data and bibliographical references on the subject, the sociodemographic characteristics of the riverside population Tupé Development Reserve, Manaus, Amazonas (RDS Tupé) were associated with occurrences of infectious and chronic diseases aiming indicate the possible relationship of this social group to social and environmental reality demonstrating their vulnerability to the illness risk factors. The observed results suggest that in relation to chronic degenerative diseases only two variables were significantly associated: age and education. With regard to infectious diseases, the result was different: none of the sociodemographic variables showed significant statistical association, thereby pointing to other factors more important in explaining the occurrence classified as diseases such as environmental variable. It was concluded that the local population of RDS Tupé, because of its specific geographical location - the transition zone between the manauara metropolis and the Amazon rainforest - and the specificity of its age profile, feels doubly vulnerable to the simultaneous occurrence of two large groups of diseases: parasitic or infectious and chronic degenerative.

Key words: demographic transition. epidemiological transition. social and environmental indicators. sustainability. Amazon.

INTRODUÇÃO

As possibilidades de interpretação e intervenção sobre o processo saúde-doença, na perspectiva de seus determinantes sociais, são aqui analisadas, teoricamente, a partir de dois conceitos complementares, mas distintos: vulnerabilidade e risco.

Em estudos epidemiológicos, risco é a probabilidade de indivíduos e grupos populacionais adoecerem ou mesmo morrerem por algum agravo de saúde, devido às características que os colocam mais ou menos expostos a eventos de saúde que possam vir a comprometê-los física, psicológica e socialmente (AYRES et al., 2006). A vulnerabilidade, por sua vez, é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Diz respeito a aspectos individuais, condições e contextos coletivos que conferem maior suscetibilidade aos processos de morbimortalidade, bem como a medida de acesso aos recursos para o seu enfrentamento, como as oferecidas pelas redes de atenção à saúde (NICHIIATA *et al.*, 2011). A vulnerabilidade antecede ao risco. Portanto, para a formulação e gestão adequadas de políticas públicas, sociais e de saúde, deve-se considerar o complexo sistema formado e determinado por fatores não apenas de origem biológica, mas também geográficos, políticos, culturais e sociais, de natureza socioambiental, portanto (ZIONI e WESTPHAL, 2007; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A população ribeirinha da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé, Manaus, Amazonas (RDS do Tupé), em razão de sua localização espacial específica – zona de transição entre a metrópole manauara e a floresta amazônica – e da especificidade de seu perfil etário, expõem-se duplamente à ocorrência de dois grandes grupos de doenças: as parasitárias ou infecto-contagiosas e as crônico-degenerativas.

Doenças parasitárias ou infecto-contagiosas são doenças que acometem aos indivíduos pelo contágio e são transmitidas por microrganismos, como é o caso da malária, dengue ou febre amarela, cujos vetores ou hospedeiros proliferam em ambientes, em geral, desprovidos de condições adequadas de saneamento ou higiene. Entre as crônico-degenerativas classificam-se as moléstias de natureza cardiovascular, degenerativas, neoplasias e relacionadas a causas

externas, como as intoxicações, acidentes de trânsito e mortes violentas (WHO, 2014). Estudos como os de Raquel M. Rigotto (2003) indicam que em países onde o processo de industrialização está mais avançado ocorre a prevalência de doenças crônico-degenerativas, enquanto que as doenças de natureza infecto-contagiosas ocorrem com maior intensidade onde o fenômeno da industrialização está em vias de implantação ou ainda não ocorreu.

Tomando-se o perfil epidemiológico da população ribeirinha da RDS do Tupé, a partir destes dois grupos de doenças, e associando-o às características sociodemográficas gerais da população, o objetivo do artigo é indicar possíveis relações deste grupo social com a realidade socioambiental, demonstrando sua vulnerabilidade aos fatores de risco de adoecimento.

Os dados utilizados neste trabalho provêm de pesquisa empírica desenvolvida na RDS do Tupé, sistematizados a partir de revisão bibliográfica e de levantamentos de realizados entre 2010 e 2012, manuseando-se, portanto, com informações tanto de natureza qualitativa quanto quantitativa.

Para relacionar variáveis demográficas e epidemiológicas, foram colhidos dados dos moradores, mediante aplicação de questionário semi-estruturado, referentes à idade, gênero, escolaridade, estado conjugal, local de trabalho, residência anterior, tempo de residência na localidade e se apresentou sintomas ou foi diagnosticado com alguma doença no semestre anterior à entrevista. Na seleção dos respondentes considerou-se o universo das residências localizadas no núcleo central de cada uma das cinco comunidades ribeirinhas da RDS do Tupé. Primeiramente, todas as construções existentes no local foram identificadas por suas respectivas coordenadas geográficas e distribuição espacial. Em seguida, usando-se os recursos do software ARCGIS, versão 10.1 (ESRI, 2012), sorteou-se aleatoriamente conjuntos amostrais de endereços, considerando-se o intervalo mínimo de 95% de confiança estatística. Os questionários de moradores foram aplicados somente para os residentes fixos das casas escolhidas. Foram excluídos, portanto, os moradores temporários, veranistas ou cujo local de moradia apresentava-se diferente da localidade em que estavam sendo feitas as entrevistas. Para o caso dos moradores ausentes, foram ainda feitas mais duas tentativas de coleta dos dados individuais, sendo considerados como não informados somente aqueles casos em que recorrentemente não foram encontrados ou se recusaram a colaborar com a pesquisa. O tamanho da amostra, 486 residentes na RDS do Tupé observados, é estatisticamente significativo para os 1807 moradores estimados das comunidades ribeirinhas, num nível de confiança de 99% e erro amostral de 5% (MARIOSA et al, 2014, p. 86).

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DA DOENÇA E DA VULNERABILIDADE TERRITORIAL

Estruturas organizadas em redes, como as de atenção à saúde, “inexistem sem o território”, “se organizam territorialmente” e “devem ser planejadas e geridas territorialmente” (FARIA, 2014a). Dessa forma, considera-se, primeiramente, que estudos sobre as condições ou estados de saúde e doença não podem existir no vácuo, à parte das pessoas. Pessoas interagindo entre si deliberadamente, ainda que de forma socialmente inconsciente, compartilhando crenças, costumes, hábitos e valores grupais constroem para si visões de mundo particulares a partir das condições de vida objetivas que enfrentam e desfrutam (BOURDIEU, 1999). Pode-se captar o universo das relações do indivíduo mediante o estudo das redes de contatos, de trocas, de interação, pois que, cotidianamente, ele vive situações pautadas pelas relações de trabalho, familiares, com a casa, com o vizinho, com a autoridade política, religiosa ou de prestígio cultural e com o ambiente natural que o cerca. Situações essas externas ao sujeito e à sua própria condição, mas que o conformam psíquica e socialmente e às visões coletivas de mundo da qual participa (ELIAS, 1994).

Os grupos sociais podem, então, ser empiricamente observados tomando-se certos atributos comuns de seus integrantes, como gênero, renda, faixa etária, escolaridade, ocupação e local de moradia, pois em cada uma dessas faixas ou divisões coletivas, concorrem manifestações de formas, estruturas e processos colocados em movimento por forças sociais (BERKMAN; KAWACHI, 2000, p.6). Forças sociais que, em sua ação, materializam-se nos espaços através de equipamentos, bens e serviços colocados à disposição das coletividades, nem sempre de maneira igualitária, adequada ou suficiente, mas que sustentam condições propícias para que

um determinado perfil de saúde e doença das pessoas localizadas naquele espaço sociogeográfico seja observado (BERKMAN; KAWACHI, 2000).

A territorialidade traduz desse modo a marca das identidades individuais e coletivas, surgindo da tessitura dada por relações de produção, de comunicação, de troca e do consumo das coisas. Não é a simples ocupação do espaço, mas um processo de construção que se obtém, historicamente, através do embate de forças sociais e de poderes distintos como o econômico, o político e o cultural agindo nos homens, pelos homens, para os homens e apesar dos homens (RAFFESTIN, 1993, p. 16 e 17).

De outra forma, certamente que fatores biológicos, como a herança genética de cada um, ou fatores psicossociais, como as práticas cotidianas orientadas pelo estilo de vida e pelos gostos e preferências individuais, concorrem para o risco do adoecer e do morrer das pessoas. Fatores socioambientais, ou dos recursos materiais, humanos, tecnológicos, financeiros, do ambiente antrópico ou natural, entretanto, são igualmente importantes não porque exponham indivíduos isoladamente, mas porque alcançam grupos, coletividades, sociedades e de forma desigual. Determinantes sociais das doenças dizem respeito a este conjunto de fatores de natureza social, envolvendo questões de ordem política, econômica, ambiental e cultural que “impõem limites” ou “exercem pressão” na distribuição da saúde e da doença, nos aspectos nocivos e protetivos dados aos grupos sociais no interior e entre sociedades e, em função disso, também relacionados à sua distribuição espacial (BARATA, 2005, p. 13).

Se o perfil de morbimortalidade de uma população pode, nessa perspectiva, ser tomado como um forte e sensível indicador de suas condições de vida, pois resulta e está associado à interação de fatores históricos, socioeconômicos, ambientais e demográficos, a transição epidemiológica descreve a mudança nesse perfil (PRATA, 1992). Como exemplo, Omran (1983) aponta que no Brasil e em outros países “em desenvolvimento” a mortalidade demorou a se reduzir – apenas em meados do século XX – e ocorreu de forma rápida, não sendo acompanhada por outras variáveis como a fecundidade, fato que culminou na modificação da estrutura etária nos moldes observados atualmente. Vivemos nas últimas décadas, portanto, uma evolução lenta, mas progressiva, em que altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas estão dando lugar à prevalência de óbitos decorrentes de causas externas, doenças cardiovasculares, neoplasias e demais doenças crônico-degenerativas (OMRAN, 2005).

ESPAÇOS DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E GEOGRÁFICA

O segundo referencial analítico adotado na elaboração desse trabalho utiliza, teoricamente, elementos da abordagem geográfica, que associados à transição epidemiológica, propõe o tema da transição demográfica e a contiguidade do espaço amazonense como fatores explicativos da situação peculiar da população ribeirinha da RDS do Tupé.

O ciclo de vida dos indivíduos reunidos num determinado espaço importa num gradiente geracional passível de ser representado através da pirâmide etária do grupo populacional. Todavia, como o perfil demográfico é dinâmico, ao longo do tempo é comum que apresente alterações em razão de fatores os mais diversos, que os estudos demográficos procuram captar. A transição demográfica caracteriza justamente o período em que se observa uma alteração na estrutura etária de uma população. É o momento em que a população jovem, proporcionalmente maior, reduzindo-se gradativamente, provoca, estatisticamente, o aumento da idade média da população, chamado de envelhecimento relativo (BERQUÓ, 1980). Entre as principais razões apontadas para essa transição estão as reduções das taxas de mortalidade e de fecundidade, que reduz o percentual relativo da população jovem e aumenta a expectativa de vida (ALVES, 2008, p. 3). O envelhecimento populacional, num enfoque demográfico, diz respeito, portanto, não ao fato de que os indivíduos simplesmente estão ficando mais velhos, mas que o peso relativo da faixa etária acima dos 60 anos de idade tem crescido nas últimas décadas com maior intensidade em várias partes do mundo, com destaque para o Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003; CGEE, 2008).

A expectativa de vida de um indivíduo, conseqüentemente, não depende apenas de fatores biológicos. Concorrem, também, condições econômicas, sociais, ambientais, culturais e tecnológicas específicas que a ampliam ou reduzem. No que diz respeito à redução da mortalidade, tal pode ser creditado, especialmente, às melhorias verificadas nas condições de

vida da população em geral, impactando diretamente na qualidade de vida, como, por exemplo, a democratização do acesso aos serviços de saúde, educação, saneamento, moradia, alimentos e ampliação do mercado de trabalho (ALVES, 2008). Porém, essas condições não estão disponíveis a todo o contingente populacional de maneira uniforme, não modificando por si só a relação entre os grupos etários. O que cria diferencial é a existência ou não de políticas específicas de atendimento e acompanhamento dos diversos estratos populacionais, melhorando suas condições gerais de existência e qualidade de vida. Nos países economicamente mais avançados, com políticas distributivas sólidas e redes de atenção à saúde adequadas e suficientemente organizadas, a população tende a desfrutar de mais anos de vida (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Para a redução da taxa de fecundidade, todavia, concorrem outros fatores. Na visão de Kirk (1996), diferentes abordagens podem contribuir para a análise da mudança de nível deste fenômeno, como aquelas oriundas da economia, da história, a geográfica e cultural. De todo modo, as evidências apontam que nenhuma delas consegue dar conta do processo em todas as suas dimensões, por isso são complementares entre si.

Lesthaegue (1995), por sua vez, aponta que vários fatores estiveram relacionados com a redução da fecundidade, muitos dos quais explicados por processos como a modernização da sociedade de forma mais ampla, sendo complementados por aspirações coletivas e individuais cujo peso não foi equitativo em todos os países por ele analisados.

Além das alterações havidas nas taxas de mortalidade e fecundidade, um terceiro fator relevante para a análise do perfil demográfico é a contribuição que trás os processos de migração. Mecanismos de atração e expulsão “comandam” os fluxos migratórios (MUNIZ, 2002). Caso as condições econômicas, sociais, ambientais, educacionais etc. não estejam disponíveis em qualidade ou quantidade suficientes para atender à população em determinada localidade, no grau de complexidade necessário e com a estrutura de recursos suficiente, esta tende a migrar em busca de melhores oportunidades. O inverso, obviamente, é verdadeiro. Ressalvando-se as hipóteses de conflito bélico, catástrofes naturais e perseguição política, é a existência ou não de programas voltados à fixação da população local, como os de geração de renda, programas educacionais e de acesso à saúde os que interferem na maior ou menor propensão dos indivíduos em deixar suas respectivas unidades de moradia (FUSSEL *et al.*, 2014).

Acrescente-se à discussão que viver em áreas de preservação ambiental ou viver nas cidades exige das populações comportamentos totalmente distintos. Em espaços ecologicamente preservados, como o da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Tupé, prevalecem relações com o ambiente natural, nas cidades com o ambiente antrópico. É que os padrões de sociabilidade definem-se conceitualmente, no âmbito das Ciências Sociais, a partir do modo como a ação humana se desenvolve dentro de limites e possibilidades construídas histórica e coletivamente, quer seja num ambiente, quer seja no outro (BERGER; LUCKMANN, 1995). Para efeito metodológico, entretanto, grupos sociais e sociedades costumam ser tomados como totalidades, como sistemas complexos, onde economia, cultura, política e ambiente constituem-se em aspectos distintos, mas que, entrelaçados, oferecem ao observador o contexto da existência humana (SILVA, 2000). Ora, este conjunto de fatores não são os mesmos ou não estão dados da mesma forma em todos os lugares.

Situados na dimensão subjetiva da vida social, estilos de vida e padrões culturais influenciam e mesmo determinam as escolhas objetivas que fazemos em relação à nossa alimentação, moradia, arte e lazer (BERTONCELO, 2013, p. 185). Percebemos tais influências e determinações quando estudamos a forma como os indivíduos distribuem-se espacialmente ou mesmo analisando onde se localizam as edificações que compõem os agrupamentos humanos. O espaço nessa perspectiva deixa de ser simplesmente o suporte das relações sociais e das sociedades para se tornar uma de suas dimensões explicativas, ou seja, a partir da territorialidade dos grupos.

A precedência do espaço em relação ao território pode parecer evidente, mas sua constituição não o é. Claude Raffestin (1993, p. 143-144) observa que para o território formar-se a partir do espaço é preciso antes “uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível”. É por sua ação e não por qualquer outro motivo que, ao se

apropriar do espaço, concreta ou abstratamente, “o ator territorializa o espaço”. O território se apoia no espaço, mas não é o espaço, razão pela qual Raffestin o vê como uma produção a partir do espaço. E sendo produção, mediada por todas as relações que a envolve, inscreve-se num campo de poder.

Qualquer campo de poder envolve forças em interação, que tecem desigualdades como uma de suas consequências mais imediatas. Milton Santos (1985, p. 122) observa que “a evolução espacial não se apresenta de igual forma em todos os lugares”. Relações sociais do passado e do presente, relações de poder materializadas em estruturas, processos e funções envolvendo uma gama muito grande e variada de atores delimitam, constroem e reconstróem os espaços, dando formas específicas em cada localidade. Territorializam as ações, dando-lhe um caráter dinâmico (SANTOS, 1985, p. 9). Forças sociais as mais diversas, portanto, operam na construção do território segundo demandas socioambientais e contextos específicos.

Na Amazônia atual, por exemplo, estudos como os de Silvana Amaral e autores (AMARAL *et al.*, 2013) apontam para um tipo de relação que classificam como “extensiva” entre o rural e o urbano. Formações socioespaciais anteriormente nitidamente rurais, como as comunidades ribeirinhas e indígenas, os projetos de assentamentos e em unidades de conservação, por força das redes familiares multissituadas e relacionadas com demandas sociais por educação, serviços de saúde e acesso ao emprego, transformam as áreas urbanas em “uma parte integrante da expansão das áreas rurais e vice-versa” (AMARAL *et al.*, 2013, p. 372). Neste aspecto, a contiguidade transforma-se numa questão ou problema não apenas de caráter espacial, mas, também, econômico, político, cultural, social e epidemiológico.

O TERRITÓRIO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas públicas, políticas sociais ou políticas públicas de saúde só se realizam no espaço concreto do território. O território é por excelência o chão dos direitos e das políticas sociais (KOGA, 2011).

Em relação aos direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 adotou em seu artigo 194 o conceito de Seguridade Social: esta seria um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2014). No parágrafo único da lei, o texto determina a competência do Poder Público para organizar a seguridade social com base na universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; da equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; e do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. Especificamente no Art. 196, o texto constitucional afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A realidade, entretanto, não atende ao texto da lei. A rede pública de assistência à saúde no Brasil, desde os anos iniciais do Século XXI, caracteriza-se por um conjunto de mudanças e transformações não planejadas que se revela em pelo menos quatro aspectos principais: redução no número de internações, ampliação da assistência ambulatorial em geral, da assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e de uma distribuição dos leitos e das internações nas especialidades que não acompanha as necessidades da população (MENDES *et al.*, 2012, p. 961). Além disso, as desigualdades no uso dos serviços de saúde são igualmente influenciadas por fatores de natureza geográfica, política, econômica e social. A disponibilidade, tipo e quantidade de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, a localização geográfica, os riscos do adoecer e morrer associados à faixa etária, gênero e classe social, cultura médica local e o princípio ideológico norteador das políticas de saúde concorrem para validar a articulação entre desigualdades em saúde e desigualdades sociogeográficas (TRAVASSOS *et al.*, 2000, p. 134).

Além da disponibilidade, o acesso à saúde também depende da intenção e da possibilidade de fazê-lo. Fatores como idade, gênero, renda ou bem-estar material, grau de instrução, situação

de trabalho e características importantes do estilo de vida, como a prática regular de exercícios físicos, o consumo de álcool, tabaco e drogas psicoativas são elementos que interferem na autoavaliação do estado de saúde, levando o indivíduo a procurar assistência médica ou não (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). E há ainda os fatores vinculados à estrutura socioambiental.

Considerando-se aspectos demográficos e epidemiológicos recentes, especialistas sugerem que o sistema de saúde no Brasil deve caminhar para a formação de redes de atenção integral e multiprofissional atuando em diferentes níveis de complexidade junto à população idosa; na atenção à saúde mental; controle do diabetes e de doenças cardiovasculares; das doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2010). Todavia, esta não é uma ação que possa ser universalizada. No Brasil temos exemplos de regiões em que persistem elementos de dois mundos: o moderno e o arcaico; o urbano e o rural; o desenvolvido e o atrasado; o das cidades e o da floresta, como ocorre com a RDS do Tupé.

A RESERVA DE DESENVOLVIMENTO DO TUPÉ

A RDS do Tupé é uma unidade de conservação localizada no Estado do Amazonas, próxima ao centro urbano de Manaus, distante em seu ponto de maior aproximação cerca de 25 km. Criada através do Decreto Municipal nº 8044, de 25 de agosto de 2005, possui uma área de 11.973 hectares, ocupando um quadrilátero mais ou menos regular entre os igarapés Tatu e Tarumã-Mirim (SCUDELLER *et al*, 2005, p.12). Ao sul, seu limite é o Rio Negro; a leste, o Igarapé Tarumã-Mirim; a oeste-norte, o Parque Estadual do Rio Negro - Setor Sul (MARCHAND, 2014).

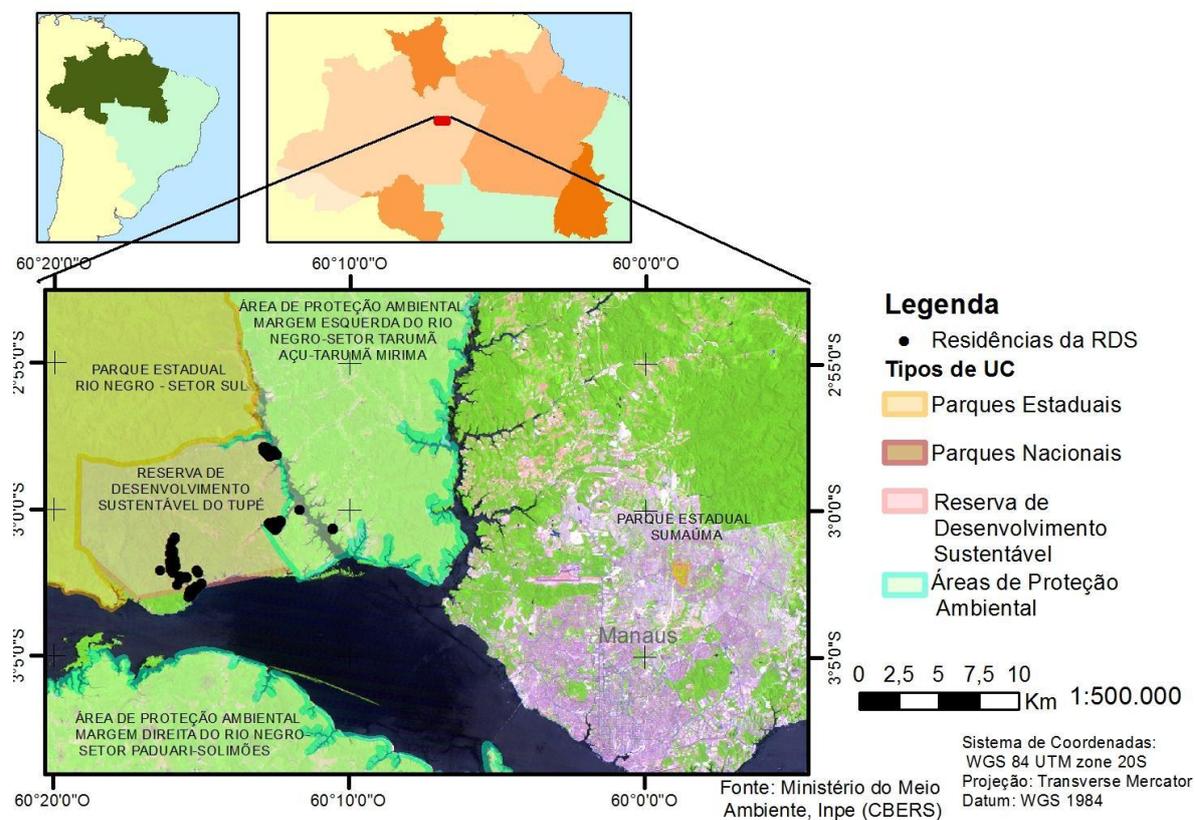
Do ponto de vista das técnicas produtivas e de geração de renda, viver numa Reserva de Desenvolvimento Sustentável expõe os moradores a situações bem distintas daqueles que ocupam áreas não protegidas. Por força do dispositivo legal que a criou, as formas de uso e de ocupação do solo na RDS do Tupé limitam e restringem inúmeras atividades econômicas, como as industriais, de agricultura extensiva, poluentes ou que coloquem em risco as áreas de floresta nativa e de mananciais. Estimulam e favorecem outras, porém, como a coleta de frutos e plantas, o turismo e a utilização artesanal e familiar de produtos florestais não madeireiros. Ocorre que a proximidade de Manaus vem interferindo diretamente no perfil populacional e nas atividades socioeconômicas que ali são desenvolvidas.

Conforme mostra a Figura 1, a RDS do Tupé tem sua dinâmica demográfica e demandas socioambientais fortemente influenciadas tanto pela relativa proximidade de Manaus, quanto das áreas protegidas em seu entorno.

Em relação à sua população, a RDS do Tupé recebe tanto os “expulsos” da área urbana de Manaus – moradores que não adaptados aos rigores da competição econômica, das vicissitudes do mercado de trabalho e de condições precárias de moradia, lazer e segurança veem-se forçados a procurar áreas próximas, nas quais sua condição pessoal ou familiar lhes permitam viver –, quanto habitantes das áreas florestadas situadas em seu entorno, em busca das oportunidades e dos confortos – ainda que extremamente limitados – que ela possui.

No que concerne às atividades socioeconômicas, deve-se ponderar o seguinte contexto. Na RDS do Tupé encontram-se tanto moradores eventuais, caso, por exemplo, dos veranistas que para ali se dirigem somente em finais de semana ou período de férias, como, também, moradores fixos, integrantes do que podemos chamar de povos e comunidades tradicionais, ribeirinhos e indígenas. Diferentemente dos moradores eventuais, os territórios que estes ocupam também se classificam como tradicionais porque são “necessários à reprodução cultural, social e econômica” destes povos, “sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária” (BRASIL, 2007, p.317).

Figura 1 - Localização da RDS do Tupé, Manaus, Amazonas



Fonte: Ministério do Meio Ambiente, INPE (CBERS), 2014.

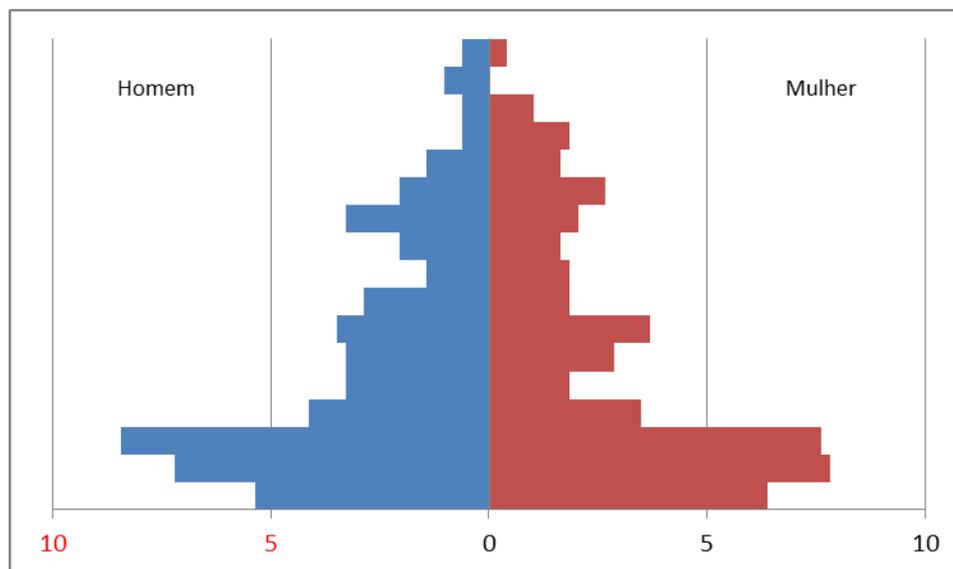
Em vista disso, a principal contradição vivida pela população residente na RDS do Tupé decorre exatamente da ambiguidade existente entre os instrumentos legais que regulam as atividades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável e a necessidade real que têm de incorporar benefícios e garantias sociais, como as que estão disponíveis em Manaus, a cidade que tomam como referência. Tal dinâmica, que comporta elementos de natureza socioeconômica e ambiental, impacta nas variáveis de morbimortalidade de sua população. E estas precisam ser levadas em consideração quando da elaboração de qualquer programa ou iniciativa vinculada às políticas sociais em curso, especialmente na área da saúde.

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA NA RDS DO TUPÉ

Na RDS do Tupé, em relação às condições de atenção à saúde, persistem morbidades características tanto do mundo “da floresta ou rural” quanto do mundo “urbano”.

Entre os dados levantados na pesquisa, informações relevantes sobre as condições de saúde dos moradores estão relacionadas também às características sociodemográficas destes. Da população total, estimada em 1807 indivíduos, foram entrevistados 486 residentes. Destes, 51,2% (249) são homens e 48,8% (237) são mulheres, distribuídos por faixa etária conforme a Figura 2.

Figura 2 - Pirâmide etária dos residentes fixos da RDS do Tupé, Manaus, AM



Fonte: Coleta de dados realizada entre 2010 e 2012.

Na Figura 02 destaca-se o formato piramidal, com grande proporção de crianças de 0 a 14 anos (42,9%) e uma população adulta com distribuição não-equitativa entre os grupos etários e por sexo, formato típico de grupos populacionais pequenos. Ressalta-se também a redução no tamanho do grupo etário de 15 a 19 anos em relação ao anterior, que possivelmente esteja relacionado à saída dos grupos em idade de trabalhar em busca de melhores condições no município de Manaus.

Algumas características dos moradores das comunidades ribeirinhas são relevantes e merecem ser enfatizadas: 81,7% dos maiores de 07 anos são analfabetos ou têm até o ensino fundamental como escolaridade máxima. Dos que trabalham (46,7% dos moradores), 32,2% o fazem na agricultura, 72,1% deles recebendo em média até um salário mínimo. Ademais, 31,1% dos moradores fixos estão na RDS há menos de 5 anos e a maioria (41,5%) com residência anterior em Manaus. Em relação ao *status marital*, 62,5% da população acima dos 15 anos de idade estão casados formalmente ou em união estável.

A presente base de dados é representativa para as comunidades e teve como objetivo conhecer de modo mais aprofundado as condições sociodemográficas dos residentes. Diante disso e considerando os fatores supracitados, relevantes para se compreender as condições de saúde no contexto do local, foram selecionadas para compor a regressão logística binária as variáveis independentes apresentadas no Quadro 1.

Para identificar fatores relacionados à ocorrência de doenças nos moradores da área, levantou-se a hipótese de possíveis associações entre a ocorrência das doenças e as características dos indivíduos. Foram construídos dois modelos, um para as doenças crônico-degenerativas e outro para as doenças infecto-contagiosas, buscando relacionar a existência destes problemas com aqueles fatores apontados. Neste caso, a referência é a não-existência das doenças crônico-degenerativas (91,4% da população) e das infecto-contagiosas (65,6% da população). Para uma análise mais completa, inclusive para relacionar escolaridade e local de trabalho, fatores considerados relevantes, as crianças (0 a 14 anos) foram excluídas da análise.

Quadro1 - Resumo das variáveis independentes

Variável	Informação contida
Idade	Divide a população alvo (maiores de 15 anos) em quatro grupos de idade, sendo: de 15 a 29 anos; de 30 a 44 anos; de 45 a 59 anos e de 60 anos e mais;
Sexo	Sexo dos indivíduos: masculino ou feminino;
Escolaridade	Divide a população em cinco grupos segundo a escolaridade dos indivíduos, sendo: analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio e outro, que inclui o restante das situações;
Estado conjugal	Indica se o indivíduo, no momento da pesquisa, estava sozinho ou unido;
Local de trabalho	Divide a população alvo em quatro grupos, sendo: não trabalha, trabalha na roça, em outro lugar na comunidade ou em Manaus;
Residência anterior	Indica se os indivíduos, antes de residirem na comunidade, eram de fora dela, neste caso migrante;
Tempo de residência	Divide a população entre aqueles com até 10 anos de residência na comunidade e aqueles com mais de 10 anos.

Para se separar a população que apresentou ou não os problemas partiu-se da seguinte questão: “apresentou alguma doença no último semestre?” Como esta questão era aberta, as respostas foram reclassificadas em “não-relatado” (44,4%), doenças infecto-contagiosas (34,4%), crônico-degenerativas (11,7%) e não-informado (9,5%).⁴ Os resultados da reclassificação foram recodificados entre sim ou não de cada indivíduo para as categorias infecto-contagiosas e crônico-degenerativas. A distribuição percentual das respostas segundo as variáveis independentes é apresentada na Tabela 1.

No exame dos dados foram realizadas as análises de resíduos e os pressupostos em relação à qualidade dos modelos foram atendidos. Considerando as especificidades do local e da população residente, a Tabela 2 apresenta os resultados observados a partir dos dois modelos citados anteriormente.

Percebe-se, neste caso, que em relação ao primeiro grupo de doenças (crônico-degenerativo) apenas duas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa. Os idosos (mais de 60 anos) tiveram 5,8 vezes mais chance de apresentarem algum problema deste tipo do que o grupo de referência, ou seja, aqueles entre 15 e 29 anos. A outra variável com significância foi a de escolaridade, pois aqueles que cursaram o ensino médio reduziram em 90% a chance de apresentarem doenças crônicas, fato que deve estar mais relacionado à idade – haja vista que os mais jovens são os mais escolarizados – do que ao tipo de trabalho, inclusive porque a variável “local de trabalho” não apresentou significância estatística. Sexo, estado conjugal, residência anterior e tempo de residência no local também não apresentaram associação estatisticamente significativa, não sendo possível assim interpretar seus resultados.

⁴ As doenças mais frequentemente relatadas na RDS foram, dentre as Infecto-contagiosas: a malária, viroses, gripes e resfriados; dentre as crônico-degenerativas, observou-se hipertensão, diabetes e neoplasias

Tabela1 - Distribuição percentual das variáveis independentes entre a população ribeirinha da RDS do Tupé. N =278

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS		TIPOLOGIA DA DOENÇA (%)			
		Crônico-degenerativa		Infecto-contagiosa	
		Sim	Não	Sim	Não
Idade	15 a 29 anos	14,8	35,1	38,4	30,7
	30 a 44 anos	22,2	27,1	26,7	26,6
	45 a 59 anos	22,2	24,3	23,3	24,5
	60 e mais	40,7	13,5	11,6	18,2
Sexo	Masculino	37,0	54,6	53,5	52,6
	Feminino	63,0	45,4	46,5	47,4
Escolaridade	Analfabeto	25,9	11,6	15,1	12,0
	Alfabetizado	14,8	16,7	15,1	17,2
	Fundamental	51,9	42,2	46,5	41,7
	Médio	3,7	25,1	19,8	24,5
	Outro	3,7	4,4	3,5	4,7
Estado conjugal	Sozinho	44,4	36,7	39,5	36,5
	Unido	55,6	55,6	60,5	63,5
Local de trabalho	Não trabalha	7,6	11,1	10,5	6,8
	Roça	26,3	25,9	25,6	26,5
	Comunidade	53,4	37,0	54,7	50,5
	Manaus	12,7	25,9	9,3	16,1
Residência anterior	Na reserva	14,8	28,7	30,2	26,0
	Fora	85,2	71,3	69,8	74,0
Tempo de residência	Até 10 anos	33,3	49,0	47,7	47,4
	Mais de 10 anos	66,7	51,0	52,3	52,6

Fonte: Coleta de dados realizada entre 2010 e 2012.

Em relação às doenças infecto-contagiosas, em que as mesmas variáveis aplicadas anteriormente foram utilizadas, o resultado foi distinto: nenhuma das variáveis apresentou associação estatística significativa, ou seja, as características sociodemográficas da população não estão diretamente relacionadas, apontando assim para outros fatores com maior relevância na explicação da ocorrência das doenças. Considerando-se que entre os fatores para a proliferação dos vetores das doenças infecto-contagiosas encontram-se desde elementos de natureza ambiental, como a temperatura, o regime de chuvas, a existência de lixões ou o acúmulo de resíduos domésticos favoráveis à criação dos organismos transmissores, até a inexistência de ações efetivas de saúde pública – como o controle endêmico dos parasitas e das fontes de contágio –, tem-se, então, no fator socioambiental, um forte elemento explicativo para sua alta incidência em localidades como a RDS do Tupé.

Tabela 2 - Razão de chance da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas segundo variáveis sociodemográficas da população ribeirinha da RDS do Tupé. N = 278

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS		TIPOLOGIA DA DOENÇA			
		Crônico-degenerativa		Infecto-contagiosa	
		Razão de chance	Intervalo de Confiança a 95%	Razão de chance	Intervalo de Confiança a 95%
Idade	15 a 29 anos (ref.)	-	-	-	-
	30 a 44 anos	2,76	0,64-11,89	0,84	0,41-1,72
	45 a 59 anos	2,09	0,46-9,44	0,71	0,32-1,57
	60 e mais	5,80**	1,26-26,69	0,53	0,19-1,52
Sexo	Masculino (ref.)	-	-	-	-
	Feminino	2,03	0,84-4,91	0,95	0,56-1,60
Escolaridade	Analfabeto (ref.)	-	-	-	-
	Alfabetizado	0,56	0,13-2,32	0,61	0,23-1,61
	Fundamental	1,08	0,34-3,40	0,65	0,28-1,52
	Médio	0,10**	0,01-0,97	0,46	0,17-1,20
	Outro	0,53	0,04-5,85	0,48	0,10-2,34
Estado conjugal	Sozinho (ref.)	-	-	-	-
	Unido	0,57	0,21-1,51	0,99	0,55-1,80
Local de trabalho	Não trabalha (ref.)	-	-	-	-
	Roça	0,64	0,12-3,22	0,64	0,22-1,83
	Comunidade	0,56	0,12-2,53	0,7	0,27-1,82
	Manaus	0,61	0,10-3,54	0,49	0,13-1,78
Residência anterior	Na reserva (ref.)	-	-	-	-
	Fora	2,4	0,72-7,94	0,89	0,48-1,63
Tempo de residência	Até 10 anos (ref.)	-	-	-	-
	Mais de 10 anos	2,09	0,82-5,27	1,01	0,58-1,75

Significante a ***1%, **5% ou *10%.

Fonte: Coleta de dados realizada entre 2010 e 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo apontou que a ambiguidade, ubiquidade e contiguidade de espaços permeiam o processo de marginalização de comunidades periféricas ou marginalizadas. Considerando-se que o risco do adoecimento depende em grande parte das condições socioambientais, a população ribeirinha da RDS Tupé, em razão dos fenômenos transicionais apontados – a transição demográfica e epidemiológica – acha-se duplamente exposta, duplamente vulnerável aos agravos de saúde que em geral alcançam uma e outra configuração populacional.

No caso das comunidades ribeirinhas estudadas, o estatuto legal que a configura como Reserva de Desenvolvimento Sustentável, a proximidade física tanto do espaço urbano, quanto da floresta amazônica, limita, no plano da lógica capitalista, ao que as comunidades podem oferecer como atrativo suficiente e interessante quer seja para os investidores de capital, quer seja para os formuladores e gestores de políticas públicas e sociais. São, claramente, espaços limítrofes, territórios de transição ou apenas – o que marginaliza e exclui ainda mais – pontos de passagem de um modelo de ocupação a outro. O que impede a construção de modelos adequados ou satisfatórios de atenção à saúde, apesar da obrigatoriedade constitucional de assistência universal, integral e equânime.

Por outro lado, o aumento da expectativa de vida do brasileiro é um fenômeno que alcança mesmo as populações colocadas em áreas limítrofes ou de transição entre a “floresta/rural” e o “urbano”. E se a existência de áreas protegidas, como a RDS do Tupe, justifica-se pela adoção de medidas que expressam alguma forma de preocupação com a sustentabilidade ambiental, deve-se considerar, também, a preservação da qualidade de vida das populações que estão inseridas nestes espaços.

Na análise dos aspectos gerais da saúde e das condições socioambientais da população ribeirinha da RDS do Tupé, o fato dos resultados apontarem associação estatisticamente significativa apenas entre as doenças crônico-degenerativas e a idade dos indivíduos reforça ainda mais a análise da dimensão demográfica do local, enquanto variável a ser considerada para a implementação de políticas públicas, especialmente de suporte, prevenção e assistência à saúde. Por sua vez, investimentos em saneamento básico e campanhas de controle de endemias, por exemplo, podem ajudar a reduzir os elevados índices de doenças infecto-contagiosas ainda verificados em muitas áreas urbanas do Brasil, como é o caso da dengue. Entretanto, o clima tropical da Amazônia não é favorável à estabilização dessas condições. Com altos índices pluviométricos e temperaturas elevadas durante todo o ano, as localidades necessitariam de medidas específicas e pontuais que vão além dos tradicionais mecanismos de controle epidemiológico aplicados em outras áreas de habitação, exclusivamente periféricas, rurais ou florestadas. Exige-se antes a compreensão das variáveis operativas no território e, ainda que garantida sua observância pelo texto constitucional, a disposição política para agir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, José Eustáquio Diniz. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **Braudel Papers**, v. 1, p. 1-13, 2008.
- AMARAL, S. *et al.* Comunidades ribeirinhas como forma socioespacial de expressão urbana na Amazônia: uma tipologia para a região do Baixo Tapajós (Pará-Brasil). **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, n. 2, p. 367–399, dez. 2013.
- AYRES, J. R. DE C. M. *et al.* Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001–1006, jun. 2006.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, mar. 2005.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. : tratado de sociologia do conhecimento. : Vozes, 1995.
- BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. (EDS.). **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000.
- BERQUÓ, E. S. “Fatores estáticos e dinâmicos (mortalidade e fecundidade)”. In: SANTOS, J. L. F.; LEVY, M. S. F.; SZMRECSÁNYI, T. (orgs.) **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo: TA Queiróz, 1980.
- BERTONCELO, E. R. E. Classes e práticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 81, p. 185–211, fev. 2013.

BOURDIEU, P. "The space of points of view". In.: BOURDIEU, P.; ACCARDO, A.; FERGUSON, P. P. **The weight of the world: social suffering in contemporary society**. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1999.

BRASIL (2014). **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 23 de dezembro de 2014.

BRASIL (2007). **Decreto-Lei nº 6040**, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.28, pgs. 316-317, 8 de fevereiro de 2007. Seção 1.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, J. A. M. DE; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

CGEE. **População e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais**. Brasília, 2008.

ELIAS, N. **A sociedade dos ind** . Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FARIA, Rivaldo Mauro. A ATENÇÃO PRIMÁRIA, O TERRITÓRIO E AS REDES DE ATENÇÃO: INTERCAMBIAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM MINAS GERAIS, BRASIL. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** (Uberlândia), v. 10, p. 8-23, 2014a.

FARIA, Rivaldo Mauro . O TERRITÓRIO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTERCAMBIAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL. **Boletim de Geografia** (UEM), v. 32, p. 173-191, 2014b.

FUSSELL, E.; LORI H.; CLARK G. Measuring the Environmental Dimensions of Human Migration: The Demographer's Toolkit. Boulder, In: **Population Program**, IBS, University of Colorado-Boulder, 2014.

KIRK, D. Demographic Transition Theory. **Population Studies**, 50, 1996.

KOGA, Dirce.
Paulo: Cortez Editora, 2003.

LESTHAEGUE, R. The second demographic transition in western countries. In: MASON, K. O.; JENSEN, A-M. (Ed.). **Gender and family change in industrialized countries**. Oxford: Clarendon Press, 1995.

MCCORMACK, G. R.; SHIELL, A. In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 125, 2011.

MARCHAND, Guillaume Antoine (2014). « Avaliação da gestão da fauna silvestre na comunidade de São João do Tupé (Manaus, Amazonas) pelo meio de um sistema de indicadores », **Confins** [Online], 20 | 2014, posto online em 07 Março 2014, Consultado o 05 Junho 2014. URL : <http://confins.revues.org/8829> ; DOI : 10.4000/confins.8829

MARIOSAS, D. F. et al. **Ribeirinhos do Rio Negro: um estudo da qualidade socioambiental**. Curitiba: Editora CRV, 2014.

MENDES, A. DA C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MUNIZ, Jerônimo Oliveira. Um ensaio sobre as causas e características da migração. **UFMG/Cedepiar/Demografia–Avaliação**, 2002.

NGONGHALA, C. N. et al. Poverty, Disease, and the Ecology of Complex Systems. **PLoS Biology**, v. 12, n. 4, p. e1001827, 1 abr. 2014.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1769–1773, 2011.

OLIVEIRA, C. R. DE; OLIVEIRA, R. C. DE. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 105, p. 5–29, mar. 2011.

OMRAN, A. R. The Epidemiologic Transition Theory. A preliminary update. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 29, p. 305–316, dez. 1983.

OMRAN, A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731–757, dez. 2005.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723–734, abr. 2013.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, jun. 1992.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIGOTTO, R.M. (2003). “Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 4 (6): 388-404.

SANTOS, Milton. (1985). **Espaço e método**. São Paulo: Nobel.

SCUDELLER, Veridiana Vizoni; SANTOS-SILVA, Edinaldo Néelson dos; APRILE, Fábio Marques; MELO, Sérgio, [Orgs.]. (2005). **BioTupé: meio físico, diversidade biológica e sociocultural do Baixo Rio Negro, Amazônia Central**. Volume 1. Manaus: Editora INPA.

SILVA, S. L. DA. Identidade e Complexidade: uma sociologia para os elementos emergentes da sociedade atual. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 1, n. 9, p. 1–14, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133–149, 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.(2014)**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) para 2015**.Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/I>. Acesso em 19 de dezembro de 2014.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.