

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

Departamento de Geografia – Programa de Pós-Graduação em Geografia Física

Ambiente urbano e mortalidades associadas à inatividade física em cinco Regiões

Metropolitanas brasileiras

Versão corrigida

William Cabral de Miranda

Prof^a Dr^a Ligia Vizeu Barrozo

Orientadora

São Paulo
2019

WILLIAM CABRAL DE MIRANDA

Ambiente urbano e mortalidades associadas à inatividade física em cinco Regiões
Metropolitanas brasileiras

Versão corrigida

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Física da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção de título de doutorado em Geografia Física.

Orientadora: Ligia Vizeu Barrozo

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

M672a Miranda, William Cabral de
 Ambiente urbano e mortalidades associadas à
 inatividade física em cinco Regiões Metropolitanas
 brasileiras / William Cabral de Miranda ;
 orientadora Ligia Vizeu Barrozo. - São Paulo, 2019.
 153 f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras
e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
Departamento de Geografia. Área de concentração:
Geografia Física.

1. Mortalidades por causas-específicas. 2.
Ambiente urbano. 3. Inatividade física. 4. Regiões
Metropolitanas. I. Barrozo, Ligia Vizeu, orient. II.
Título.

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Ciência e Concordância do (a) orientador (a)**

Nome do (a) aluno (a): William Cabral de Miranda

Data da defesa: 29/10/2019

Nome do Prof. (a) orientador (a): Ligia Vizeu Barrozo

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 15/01/2019



(Assinatura do (a) orientador (a))

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Professora Ligia Vizeu Barrozo por todo o empenho e dedicação em me orientar nesses anos desde o mestrado até agora no doutorado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Física da USP pelo suporte e apoio em minha formação.

Agradeço aos membros da banca, Professor Dr. Reinaldo Perez, Professor Dr. Alex Florindo e a Profa Dra. Marina Miranda.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Cnpq pelo apoio através de bolsa de estudo no país.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes pelo apoio através de bolsa de estudo no exterior.

Ao Professor Christopher Small pela supervisão no Doutorado Sanduíche na Universidade de Columbia.

Ao meu pai Washignton Miranda, a minha mãe Maria das Graças Cabral, ao meu irmão Gustavo e a minha namorada Stella. Amo vocês!

RESUMO

O crescimento da urbanização e de outras mudanças sociais e econômicas, as doenças não transmissíveis têm prevalecido nos casos de morbidade e mortalidade nos países da América Latina. No contexto atual, a atividade física é um dos líderes no risco global de mortalidade no mundo, responsável por 3,2 milhões de mortes por ano e fator de risco para várias doenças (doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer de cólon e câncer de mama). O objetivo desta tese foi verificar as possíveis associações entre características do ambiente urbano (dispersão urbana, condições socioeconômicas, bem-estar, área verde e acesso ao sistema de saúde) e as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer de cólon e de mama e diabetes do tipo 2 em cinco Regiões Metropolitanas do Brasil. O estudo teve delineamento do tipo ecológico transversal, no qual todas as variáveis estudadas foram agregadas por município. O período estudado compreendeu de 2009 a 2011. As mortalidades por câncer do cólon aumentaram nos municípios que apresentaram maior dispersão urbana e também maior cobertura do acesso à saúde. No caso das mortalidades por diabetes do tipo 2, houve associação negativa com o índice de bem-estar urbano, com taxas de mortalidades mais altas em municípios cujas condições de bem-estar eram piores. Para as mortalidades por doenças cardiovasculares, aumentavam em municípios mais compactos e com melhores condições de bem-estar urbano.

Palavras-chave: Mortalidades por causas-específicas, Ambiente urbano, Inatividade física, Regiões Metropolitanas

ABSTRACT

The growth of urbanization and social and economic changes, such as noncommunicable transactions, have prevailed in cases of morbidity and mortality in Latin American countries. In the current context, physical activity is one of the leaders in the global risk of mortality in the world, responsible for 3.2 million deaths per year and a risk factor for several diseases (cardiovascular diseases, type 2 diabetes, colon cancer and breast cancer). The objective of this thesis was to verify the possible associations between characteristics of the urban environment (urban dispersion, socioeconomic conditions, well-being, green area and access to the health system) and mortality rates due to cardiovascular diseases, colon and breast cancer, and Type 2 diabetes in five Metropolitan Regions of Brazil. The study had a cross-sectional ecological design, in which all variables studied were aggregated by municipality. The studied period comprised from 2009 to 2011. Mortalities due to colon cancer increased in the municipalities that presented greater urban dispersion and also greater coverage of access to health care. In the case of type 2 diabetes mortalities, there was a negative association with the urban welfare index, with higher mortality rates in municipalities whose welfare conditions were worse. For mortality from cardiovascular diseases, they increased in more compact municipalities and with better conditions of urban well-being.

Keywords: Mortalities for specific causes, Urban environment, Physical inactivity, Metropolitan Areas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis.....	3
Figura 2: Localização das Regiões Metropolitanas e a grade de triangulação de Delaunay usando no modelo de regressão espacial.....	15
Figura 3: População de baixa renda nas Regiões Metropolitanas.....	16
Figura 4: População de 15 anos ou mais com o 2º ciclo fundamental ou mais.....	17
Figura 5: Histograma das taxas padronizadas de mortalidades.....	27
Figura 5: Taxas padronizadas de mortalidade por diabetes tipo 2 nas Regiões Metropolitanas estudadas.....	29
Figura 7: Taxa padronizada de mortalidade por doenças cardiovasculares nas Regiões.....	30
Figura 8: Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama nas Regiões Metropolitanas.....	31
Figura 9: Taxa padronizada de mortalidade por câncer do cólon nas Regiões Metropolitanas.....	32
Figura 10: Índice de dispersão urbana nas Regiões Metropolitanas.....	34
Figura 11: Índice de Bem-Estar Urbano municipal global. Fonte: Observatório da Metrópole (2013).....	35
Figura 12: IBEU - Dimensão Mobilidade. Fonte: Observatório da Metrópole (2013).....	36
Figura 13: Dimensão Condições ambientais urbanas. Fonte: Observatório da Metrópole (2013).....	37
Figura 14: Dimensão Serviços coletivos urbanos. Fonte: Observatório da Metrópole (2013).....	38
Figura 15: Dimensão Infraestrutura urbana. Fonte: Observatório da Metrópole (2013)....	39
Figura 16: Índice de acesso aos serviços de saúde.....	41
Figura 17: Número de médicos	42

Figura 18: Número de assistência médica com cobertura de convênio.....	43
Figura 19: Número de mamógrafos	44
Figura 20 : Índice socioeconômico composto das Regiões Metropolitanas.....	52
Figura 21: Nuvens de pontos dos Componentes Principais usados para coleta de <i>endmembers</i>	55
Figura 22: Autovalores das dimensões dos Componentes Principais.....	56
Figura 23: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de São Paulo).....	57
Figura 24: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Porto Alegre).....	58
Figura 25: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Goiânia).....	59
Figura 26: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Manaus).....	61
Figura 27: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Recife).....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Matriz de componente principal, ponto de corte (Média).....	24
Tabela 2: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil).....	25
Tabela 3: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Goiânia.....	46
Tabela 4: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Manaus.....	47
Tabela 5: Matriz de componente principal, ponto de corte (10%). RM de Porto Alegre.....	48
Tabela 6: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Recife.....	49
Tabela 7: Matriz de componente principal, ponto de corte (10%). RM de Porto Alegre.....	51
Tabela 8: Sumário das variáveis por Regiões Metropolitanas.....	62
Tabela 9: Resultado do Modelo de Regressão INLA.....	64

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	2
2.1 Espaço Urbano e Saúde.....	2
2.2 Mortalidades relacionadas à inatividade física: Câncer de mama e do Cólon, Doenças cardiovasculares e Diabetes tipo 2.....	8
3. HIPÓTESE.....	13
4. OBJETIVO GERAL.....	14
4.1 Objetivos Específicos.....	14
5. MATERIAL E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
5.1 Áreas de estudo.....	15
5.2 Delineamento do estudo	18
5.3 Bases cartográficas e imagens de satélites.....	18
5.4 Dados epidemiológicos e socioeconômicos.....	18
5.5 Padronização das taxas de mortalidades.....	19
5.6 Índice de dispersão urbana.....	21
5.7 Índice socioeconômico - Análise de Componentes Principais.....	22
5.8 Índice de Bem-Estar Urbano do Observatório das Metrôpoles (2013).....	23
5.9 Área verde - Modelo linear de mistura espectral.....	23
5.10 Índice de acesso aos serviços de saúde.....	24
5.11 Análise de regressão espacial INLA (<i>Integrated Nested Laplace Approximation</i>).....	25
5.12 Representação Cartográfica e Sistema de Informações Geográficas.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6.1 Taxas padronizadas das mortalidades.....	27
6.2 Índice de dispersão urbana nas regiões metropolitanas.....	33
6.3 Índice de Bem-Estar Urbano do Observatório da Metrôpole.....	33

6.4 Índice de Acesso aos Serviços de Saúde.....	40
6.5 Índice socioeconômico composto.....	45
6.6 Áreas verdes nas regiões metropolitanas.....	53
6.7 Taxas Mortalidades e ambiente urbano nas Regiões Metropolitanas	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	75

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Seguindo o crescimento da urbanização e de outras mudanças sociais e econômicas, as doenças não transmissíveis têm prevalecido nos casos de morbidade e mortalidade nos países da América Latina (LEON, 2008).

Em 2018, 55,3% da população mundial vivia em cidades; estima-se que em 2030 esse valor chegue a 60,4%, totalizando 5,16 bilhões de habitantes vivendo em áreas urbanas (UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2018). Esta situação é um argumento importante para pensar que devemos melhor entender as relações entre o ambiente urbano e a saúde de sua população para dar suporte apropriado e direcionar medidas preventivas que podem influenciar a saúde e o bem-estar no ambiente urbano (RAMASWAMI, RUSSELL, CULLIGAN, SHARMA, & KUMAR, 2016; VLAHOV & GALEA, 2002).

No contexto atual, a inatividade física é um dos líderes no risco global de mortalidade no mundo, responsável por 3,2 milhões de mortes por ano (LIM et al., 2012) e fator de risco para várias doenças (doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer de cólon e câncer de mama) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A inatividade física é potencialmente modificável e tem sido alvo de muitas políticas e intervenções com o intuito de reduzir os problemas relacionados. De acordo com Rose (1985), estratégias com bases populacionais com o intuito de mudanças nos hábitos das pessoas podem ter maior impacto do que as abordagens baseadas nos indivíduos. Desta forma, se faz necessária a compreensão de como alguns aspectos do ambiente urbano podem promover ou inibir a atividade física.

A baixa dependência do carro, por sua vez, pode reduzir os níveis de poluição do ar e os efeitos das ilhas de calor (NIEUWENHUIJSEN, 2018), com múltiplos benefícios

para a saúde e o bem estar nas cidades. Portanto, as questões relacionadas ao planejamento urbano e de transporte mais adequado podem incentivar o transporte ativo durante o deslocamento para o trabalho, caminhadas e outras atividades físicas durante o tempo livre.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Espaço Urbano e Saúde

Existe uma reconhecida vantagem para a saúde das pessoas em se viver em áreas urbanizadas em comparação às áreas rurais. O **ambiente urbano**, compreendido como o contexto físico dentro do qual as atividades urbanas acontecem, incluindo o tecido material dos prédios e infraestrutura e sua organização espacial, pode ser criado e mantido por meio de políticas intervencionistas para que a "vantagem urbana" seja garantida a todos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o maior problema de saúde global da atualidade. Dentre estas destacam-se as doenças do aparelho circulatório, cânceres, diabetes e doenças crônicas do aparelho respiratório (MALTA et al., 2014). A globalização e a urbanização acelerada são processos que alteraram o estilo de vida das populações e são considerados determinantes sociais das DCNT (WHO, 2014), além do envelhecimento, da renda, habitação e educação, no nível individual (Figura 1). O estilo de vida não saudável inclui hábitos como o tabagismo, a inatividade física, má dieta e consumo excessivo de álcool. Estes, por sua vez, favorecem o desenvolvimento de fatores de risco metabólicos, tais como hipertensão, obesidade, diabetes e colesterol elevado, que aumentam as chances de doenças cardiovasculares e câncer.



Figura 1: Fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis.

Devido ao grande peso atribuído ao estilo de vida, estas doenças são consideradas evitáveis, já que estes comportamentos podem ser, potencialmente, modificados. Na atualidade, o estilo de vida é entendido como fortemente atrelado ao espaço geográfico, mais especificamente ao lugar que o indivíduo desenvolve sua vida (espaço vivido) ou “vizinhança”, como é entendido este espaço pelo epidemiologista. Hoje o lugar é visto como mais importante para a saúde do indivíduo do que o seu próprio código genético.

Como as estratégias baseadas na população são mais eficientes para a mudança de hábito das pessoas do que as abordagens individuais, as interferências no espaço podem surtir efeitos no sentido de promover hábitos de vida mais saudáveis. Florindo et al. (2017) observaram associação significativa entre a prática da caminhada no tempo de lazer e a existência de pelo menos dois destinos de espaços urbanos abertos (parques, praças e ciclovias) a uma distância de até 500 m da residência da pessoa na cidade de São Paulo. Também foi encontrada associação entre a utilização da bicicleta como forma

de transporte se houver ciclovias a uma distância de até 500 m da residência e estação de metrô ou trem a uma distância além de 500 m (FLORINDO et al. (2018). Até mesmo os hábitos nutricionais podem ser alterados a partir da oferta de alimentos mais saudáveis. Nogueira et al. (2018) encontraram associação entre o consumo de frutas e hortaliças por adolescentes em São Paulo e a presença de feiras-livres a distância de 500 m. A renda familiar estava associada com o consumo de frutas e hortaliças para todas as distâncias estudadas. Assim, algumas políticas públicas podem ser direcionadas para promover a atividade física e o maior consumo de alimentos saudáveis a partir da maior oferta destas características no espaço urbano.

Da mesma forma, compreender as relações entre outras características do ambiente urbano e a saúde pode contribuir com a elaboração de planejamento urbano para cidades mais saudáveis. Parte-se aqui da premissa de que a forma (ou o *design*) em que as cidades são planejadas e mantidas pode fazer diferença substancial para a saúde de seus residentes. Essa diferença sustenta-se no fato de que o ambiente urbano pode promover ou inibir a atividade física ou os hábitos alimentares.

Em todo o mundo, cerca de 31% dos adultos são inativos, sendo que nas Américas esse valor atinge 43%. Em termos globais, a inatividade física é tão importante como causa principal de mortalidade e morbidade evitáveis quanto o ato de fumar para a mortalidade total. O fato alentador é que a inatividade física é o principal fator de risco modificável de muitas doenças não notificáveis (doenças cardiovasculares, câncer do cólon e de mama e diabetes do tipo 2). A atividade física ajuda a melhorar a saúde músculo-esquelética, controla o peso corporal e reduz os sintomas de depressão. Como as características físicas das áreas urbanas e os processos sociais que aí ocorrem podem ter um papel importante na saúde da população, compreender a relação entre o ambiente

urbano e a saúde pode auxiliar na adoção de políticas intervencionistas que promovam a atividade física.

Em escala metropolitana, alguns aspectos do ambiente urbano têm demonstrado associação com a saúde das pessoas por promover ou inibir a atividade física, tais como a dispersão urbana, a presença de áreas verdes e o uso misto do solo.

As áreas urbanas crescem rapidamente em população e área da terra em todo o mundo. Muitos desses crescimentos estão em um padrão caracterizado como *dispersão urbana* (“*urban sprawl*”), um processo econômico e social onde ocorre baixa densidade residencial, segregação do uso da terra e dependência do automóvel. No Brasil, Ojima e Hogan (2009) encontraram correlação entre dispersão urbana e proporção de domicílios com no mínimo um automóvel, independentemente da renda. Estes resultados sugerem que as aglomerações urbanas no Brasil têm um elemento importante de comutação relacionado com a urbanização dispersa. Tal dispersão transforma o uso da terra, reduzindo os espaços verdes em torno das cidades e aumentando a dependência dos automóveis (o que estimula a vida sedentária), a poluição do ar e os custos para os serviços públicos. A relação entre dispersão urbana e desfechos em saúde já foi observada nos Estados Unidos e na Austrália. Nos Estados Unidos, o estilo de vida sedentário está associado com a epidemia de obesidade que, por sua vez, aumenta o risco para doenças crônicas tais como diabetes, doenças coronarianas, osteoporose, câncer e acidente vascular cerebral.

A presença de áreas verdes em ambiente urbano, seja na forma de parques ou arborização das ruas, e sua relação com desfechos em saúde tem sido debatida na literatura. Áreas verdes são definidas como aquelas cobertas completamente ou parcialmente por gramas, árvores, arbustos ou outra vegetação, incluindo parques, praças

e alguns tipos de cemitérios. Os possíveis benefícios à saúde relacionados à presença de áreas verdes podem estar mediados pelos seguintes fatores : (1) por promoverem atividade física, que tem um positivo impacto na saúde bem estabelecido, (2) por afetarem as emoções (principalmente por diminuir emoções negativas e melhorar o stress psicofisiológico), (3) por aumentarem os contatos sociais ou (4) por melhorarem as condições ambientais, tais como reduzir o nível de ruído e níveis de poluição do ar e moderar os efeitos das ilhas de calor. A revisão de literatura realizada por Lee e Maheswaran (2011) suporta a atual visão de que o *design* urbano pode facilitar a atividade física e reduzir os impedimentos para a prática de exercícios. A percepção de segurança, de atratividade e poluição pode ser mudada favoravelmente com a inclusão e manutenção de espaços verdes no ambiente urbano.

Outro importante fator associado à saúde é a composição do uso do solo urbano. Alguns tipos de uso como as áreas industriais, dependendo da atividade que executam, têm efeito negativo sobre a saúde física e mental das pessoas, principalmente devido à poluição sonora, do ar, da água e do solo que ocasionam. Por outro lado, em países desenvolvidos, a mistura de diversos tipos de uso do solo tem sido observada como fator favorável ao estímulo à atividade física (mais especificamente a caminhada e o ciclismo). A variedade de usos do solo é definida como a proximidade relativa de diferentes tipos de uso em uma determinada área. Uma vizinhança mista incluiria não apenas residências, mas também lojas, escritórios, parques e outros tipos de usos. Não há padronização para a medida da diversidade dos tipos de uso. A avaliação da presença de espaços verdes, áreas industriais, áreas residenciais horizontais e verticais e áreas comerciais permite inferir sobre o nível de variedade de tipos de uso. Quanto mais variado o uso do solo, mais as pessoas são estimuladas a caminhar ou utilizar a bicicleta para os deslocamentos diários, promovendo a atividade física. Mais uma vez o *design* urbano pode ser invocado

para influenciar favoravelmente a saúde das pessoas. Mas como os processos de urbanização ocorrem de forma muito variada nos diferentes contextos de desenvolvimento, os efeitos do ambiente urbano não podem ser generalizados. Em Bogotá, na Colômbia, por exemplo, a variedade de uso do solo parece ser menos importante para a atividade física do que nas cidades americanas. Outros elementos da situação geográfica específica, tais como a topografia, altitude e fatores climáticos (temperatura média anual do ar, precipitação média anual, umidade relativa do ar e número médio de horas de brilho solar), parecem limitar a prática de atividade física e devem ser avaliados.

Complementar à dispersão urbana e composição do uso do solo, as características do entorno dos domicílios constituem importante fator de estímulo ou inibição da atividade física. Elementos como presença de iluminação pública, calçamento e pavimentação podem ser decisivos para a escolha pela caminhada como forma de lazer e deslocamentos diários. Tais elementos são indicadores de condições do processo de urbanização desenvolvido em determinada localidade. No Brasil, a urbanização, em geral, tem sido rápida e não segue as diretrizes de planejamento urbano, resultando em impactos negativos como a ausência de espaços verdes, subutilização de terras desocupadas tais como lotes baldios, estruturas abandonadas, áreas contaminadas, entre outras. As condições de infraestrutura em geral, refletem as condições de iniquidade socioespacial que pode ser facilmente observada nas metrópoles brasileiras. Devido à dificuldade e ao custo de se aplicar inquéritos representativos em áreas urbanas, um dos indicadores mais comuns para estudos de iniquidades socioeconômicas em saúde tem sido a mortalidade. Tal associação foi recentemente investigada na Europa, em 15 cidades, tendo evidenciado a relação entre iniquidades socioespaciais e a maioria das principais mortalidades por causas específicas. Assim, parece-nos pertinente pensar que

a iniquidade social em saúde possa ser observada através da relação entre composição de uso do solo, dispersão urbana e as taxas de mortalidade de doenças que reconhecidamente têm como principal fator de risco a inatividade física (doenças cardiovasculares, câncer do cólon e de mama e diabetes do tipo 2).

Ainda não completamente consolidado, o conhecimento sobre as relações entre ambiente urbano e saúde provém, na sua maior parte, de estudos realizados na Europa e América do Norte. De acordo com a revisão sistemática conduzida por Belon e Nykiforuk (2013), existe importante lacuna no conhecimento científico neste tópico no Brasil, que necessita "produzir mais evidências para contribuir com avanços no campo teórico e metodológico e com o delineamento de intervenções voltadas para a criação de espaços saudáveis".

2.2 Mortalidades relacionadas à inatividade física: Câncer de mama e do Cólon, Doenças cardiovasculares e Diabetes tipo 2

O câncer é considerado um importante problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA et al, 2005). Mesmo que as altas taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (LOPES et. al, 1995).

Em países desenvolvidos, como por exemplo os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, a incidência do câncer de mama é alta e vem aumentando a cada ano, entretanto as mortalidades vêm diminuindo graças à detecção precoce pela mamografia e pelos tratamentos adequados dos casos (INCA, 2004).

Na atualidade, o câncer de mama é considerado como o segundo tipo de câncer mais comum no mundo, com maior frequência entre as mulheres. Esta doença encontra-

se relacionada ao processo de industrialização, com risco de adoecimento associado a elevado *status* socioeconômico (INCA, 2004), além de outros fatores de risco como a inatividade física, consumo de álcool e gorduras, história de abortos, não-amamentação, tabagismo e exposição a toxinas ambientais (MEISTER & MORGAN, 2000).

Considerando a incidência do carcinoma de mama por regiões do Brasil, a neoplasia de mama é a mais frequente na região Sudeste, com 73 casos novos por 100.000 mulheres, assim como nas regiões Sul (71/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente, com 15 casos novos por 100.000 mulheres. Entre as principais capitais do país, São Paulo, com 6.170 casos novos, Rio de Janeiro, com 1.230 casos e Porto Alegre, com 1.170 casos novos são os locais onde a incidência do câncer de mama é maior (PINHO & COUTINHO, 2007).

O câncer de cólon relaciona-se a fatores ambientais, especialmente dietéticos, à predisposição genética e à obesidade, entre outros fatores. No Brasil, os maiores valores de taxas médias anuais de incidência ajustadas por idade foram encontrados no Distrito Federal (25,5/100.000 em homens e 22,8/100.000 em mulheres) e Porto Alegre (22,3/100.000 em homens e 17,7/100.000 em mulheres) (INCA, 2003).

No período de 1980 a 1993, foi constatado um aumento significativo da taxa de mortalidade padronizada por câncer de cólon em áreas industrializadas da Baixada Santista, região Sudeste do país, em relação a áreas não industrializadas, evidenciando a associação entre este tipo de câncer e fatores ambientais, como hábitos de vida, condições ocupacionais e características urbano-industriais (MEDRADO-FARIA et. al, 2001).

Howe et. al (1992), em sua revisão de 13 estudos de caso-controle realizados em populações com taxas de câncer de cólon e hábitos alimentares, observaram que as pessoas com o maior consumo de fibras, apresentavam cerca de metade da estimativa de risco se comparados com indivíduos com menor consumo. Gerhardsson de Verdier et. al (1990) observaram que os indivíduos situados no maior consumo de proteínas, em comparação com aqueles com menor consumo, apresentavam maior risco de desenvolvimento de câncer de cólon.

Algumas mudanças importantes na composição da dieta da população brasileira têm acontecido, entre elas o aumento do consumo de açúcar refinado e refrigerantes, bem como o consumo de produtos de origem animal, redução do consumo de carboidratos complexos e de leguminosas e uma estagnação do consumo de frutas e verduras (MONTEIRO et. al, 2000). Essas mudanças no consumo de alimentos foram verificadas em décadas passadas em países desenvolvidos que apresentam atualmente altas taxas de incidência e mortalidade por neoplasias de cólon 19 (NEVES et al, 2006).

Frentzel-Beyme & Chang-Claude (1994) sugerem que o sobrepeso, que tem sido associado ao risco de câncer de cólon, possa estar diretamente correlacionado à maior ingestão calórica e ao maior consumo de gorduras e carnes, além do consumo de álcool e o tabagismo.

Desta forma surge a importância das atividades de prevenção primária, tais como redução do consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, com a finalidade de eliminação ou diminuição, de maneira eficiente, eficaz e efetiva, dos fatores de risco associados ao câncer e a várias outras doenças crônicas não-transmissíveis (GUERRA et al, 2005). Política de controle do câncer em nosso país deve considerar também a situação socioeconômica e as desigualdades existentes nas diversas regiões do Brasil, sendo que todas as ações devem se dar no contexto da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e de promoção da saúde (GUERRA et al, 2005).

Nas últimas décadas, a importância do Diabetes mellitus vem crescendo em quase todos os países, devido a um aumento exponencial de sua prevalência e pelo seu impacto social e econômico (SARTORELLI & FRANCO, 2003). Seja nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, a prevalência da diabetes tipo 2 na população geral varia de 3% a 7%. Atualmente, cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar até 2030 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025 (BARCELÓ & RAJPATHAK, 2001).

Entre os tipos de diabetes, o tipo 2 tem maior incidência, responsável por aproximadamente 90% dos casos ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

No passado essa doença acontecia principalmente em pessoas de meia idade e idosos, no entanto, o número de casos de diabetes tipo 2 tem aumentado consideravelmente em grupos mais jovens, incluindo crianças e adolescentes (WHO, 2003). Os fatores de predisposição para essa doença 2 são: hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares, estresse e inatividade física. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividade física regular (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

O consumo alimentar da população brasileira, caracterizado por baixa frequência de alimentos ricos em fibras e aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares, associado a um estilo de vida sedentário compõem um dos principais fatores etiológicos do diabetes tipo 2 (MONTEIRO et. al, 2000). Estima-se que entre 80% e 90% dos indivíduos acometidos por diabetes tipo 2 são obesos ou estão acima do peso (SARTORELLI & FRANCO, 2003).

Estudos epidemiológicos apontam que a inatividade física, favorecido pela vida moderna é um fator de risco tão importante quanto à dieta inadequada e a obesidade no desenvolvimento do diabetes tipo 2 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003), apresentando uma relação direta e positiva com o aumento da prevalência desta enfermidade (WHO, 2003).

A prática de exercícios físicos regularmente é fundamental para prevenir doenças crônicas (KNOWLER et al., 2002). No entanto, pelo menos 60% da população global não obedecem à recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003). Essas doenças constituem importantes causas de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento é notório e alerta para grande impacto nas classes menos favorecidas e para a necessidade de intervenções

eficazes, de baixo custo e caráter preventivo (RISQUE et al, 2002). Apesar da tendência de redução dos riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo, algumas projeções indicam o aumento de sua importância em países de baixa e média renda (ISHITANI et al, 2006).

Em países desenvolvidos, existem evidências de uma relação inversa entre nível socioeconômico e a incidência e/ou prevalência e mortalidade por essas causas. Estudos ecológicos realizados em diferentes países (SINGH & SIAHPUSH, 2002; TURRELL & MATHERS, 2001) e investigações brasileiras que abordaram diferenciais intra-urbanos verificaram maior taxa de mortalidade em populações de pior nível socioeconômico (DRUMOND-JÚNIOR & BARROS, 1999; SANTOS & NORONHA, 2001).

Ainda que a genética e a idade tenham grande importância nesta evolução, grande parte dos outros fatores de risco podem ser influenciados por modificações no estilo de vida, de forma a reduzir os eventos cardiovasculares e aumentar a sobrevivência em pacientes portadores ou em risco de coronariopatias (RISQUE et al, 2002).

Entre os fatores de risco considerados de maior importância destacam-se a hipertensão arterial, as dislipidemias, a presença de hipertrofia ventricular esquerda, a obesidade, o diabetes tipo 2 e alguns hábitos relacionados ao estilo de vida, como dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e inatividade física (CERVATO et al 1997)

Nesse contexto, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das doenças cardiovasculares. Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta (RIBEIRO et al, 2012).

3. HIPÓTESE

Nas Regiões Metropolitanas do Brasil, as taxas de mortalidade de doenças que reconhecidamente têm como principal fator de risco a inatividade física (doenças cardiovasculares, câncer do cólon e de mama e diabetes do tipo 2) apresentam-se associadas à iniquidade social, composição de uso do solo, dispersão urbana e situação geográfica.

4. OBJETIVO GERAL

Verificou-se as possíveis associações entre características do ambiente urbano (dispersão urbana, condições socioeconômicas, bem-estar, área verde e acesso ao sistema de saúde) e as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer de cólon e de mama e diabetes do tipo 2 em cinco Regiões Metropolitanas do Brasil.

4.1 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizou-se a situação geográfica das cinco Regiões Metropolitanas.
- ✓ Quantificou-se a dispersão urbana e áreas verdes na escala municipal.
- ✓ Calculou-se os indicadores socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde dos municípios das Regiões metropolitanas
- ✓ Verificou-se as possíveis associações entre as diferentes mortalidades e algumas características do ambiente urbano, incluindo a dispersão urbana, , presença de área verde, condições socioeconômicas da vizinhança, bem-estar e acesso ao sistema de saúde .

5. MATERIAL E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Áreas de estudo

O estudo abrangerá as cinco Regiões Metropolitanas (RM) com maiores populações nas grandes regiões do Brasil – Norte (RM de Manaus), Nordeste (RM de Recife), Sudeste (RM de São Paulo), Centro-oeste (RM de Goiás) e Sul (RM de Porto Alegre) Figura (2).

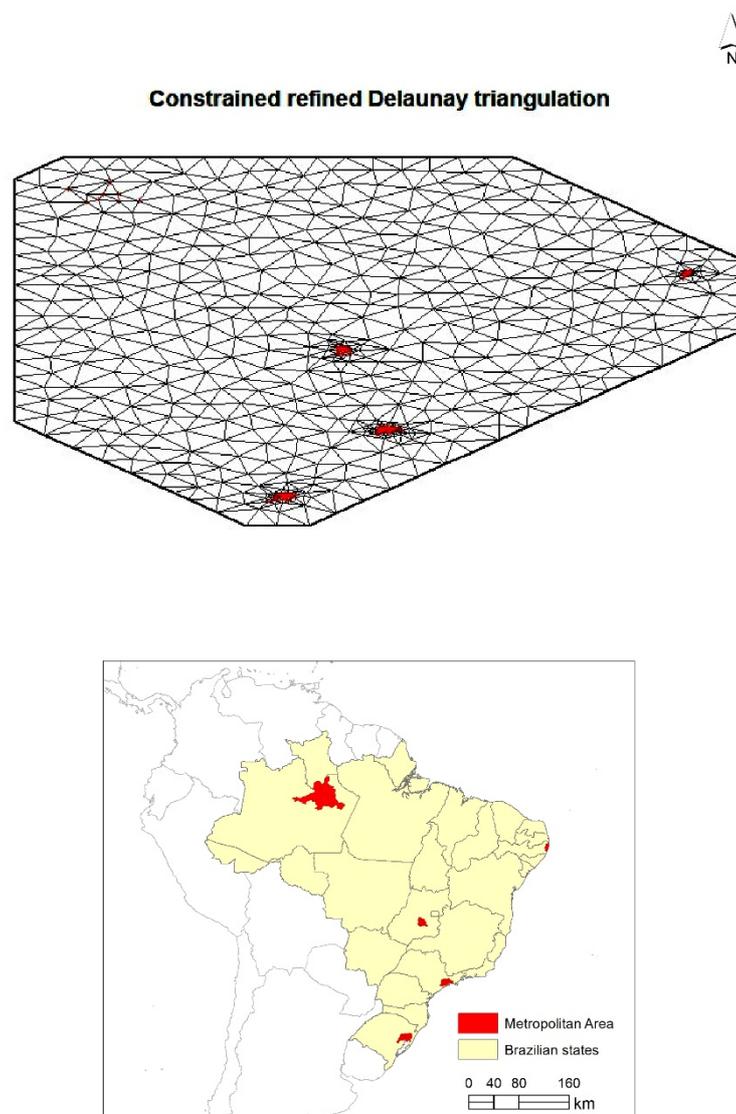


Figura 2: Localização das Regiões Metropolitanas e a grade de triangulação de Delaunay usando no modelo de regressão espacial.

A Região metropolitana de São Paulo tem a população total de 19.683.975 habitantes, RM de Porto alegre 4.004.999 habitantes, RM de Recife 3.690.547 habitantes, RM de Goiânia 2.159.772 habitantes e a RM de Manaus com 2.106.322 habitantes.

Com o intuito caracterizar as condições de renda nas metrópoles, a Figura 3 mostra o percentual da população que vive com menos de meio salário mínimo per capita, ou seja, a população de baixa renda nos municípios das RMs e evidencia as desigualdades regionais das RMs estudadas.

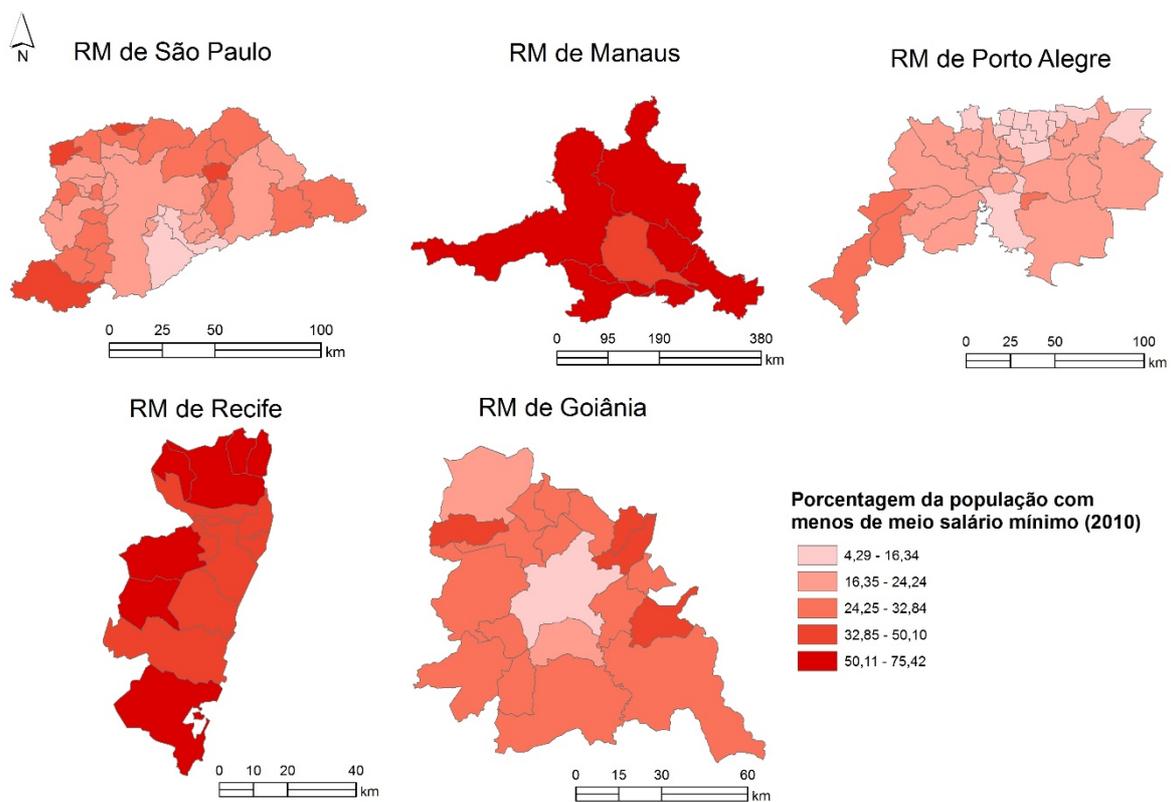


Figura 3: População de baixa renda nas Regiões Metropolitanas.

As Regiões Metropolitanas de Manaus e de Recife são as únicas com municípios cujas porcentagens da população que vive com menos de meio salário mínimo ultrapassam os 50%, chegando a 75,42% no município de Careiro da Várzea, na RM de Manaus.

Os municípios Novo Airão (21,6) e Careiro da Várzea (22,3), ambos da RM de Manaus, têm os índices mais baixos de população de 15 anos ou mais com o 2º ciclo fundamental completo ou mais. O município de Porto Alegre e o município de São Caetano do Sul, na RM de São Paulo, têm os índices mais altos, 58,7 e 63,3, respectivamente (Figura 4).

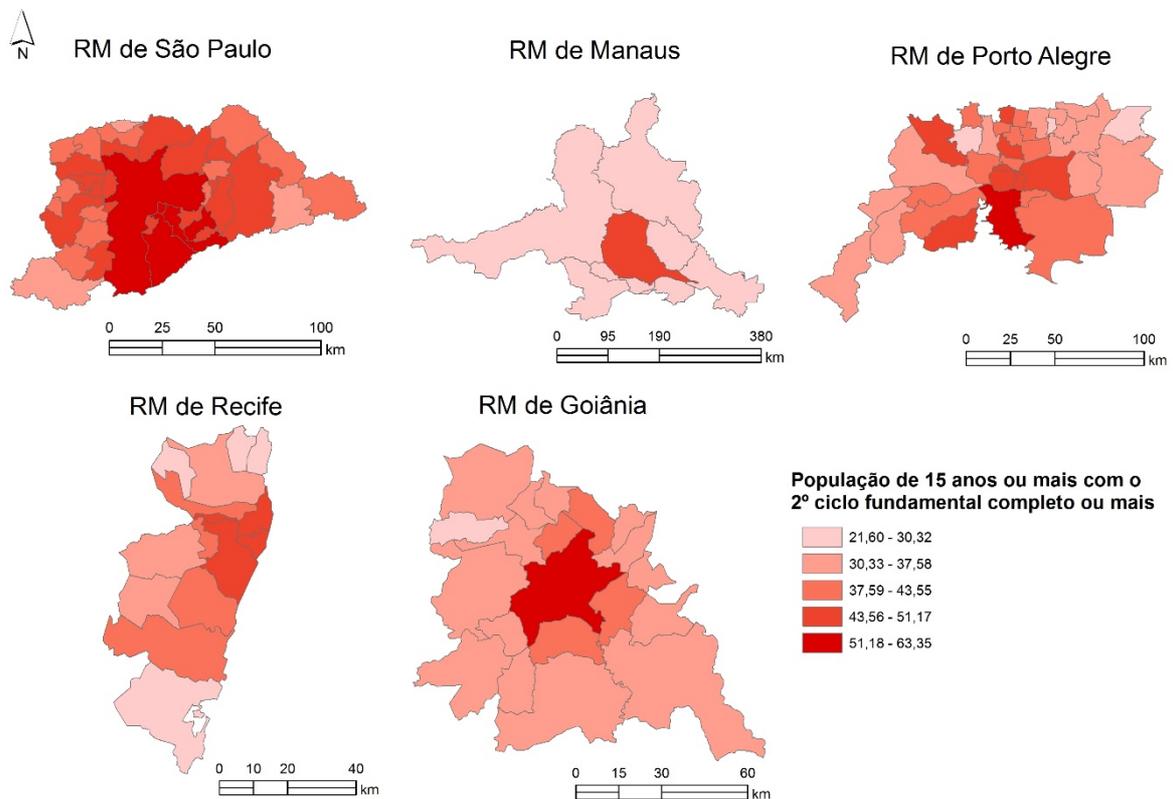


Figura 4: População de 15 anos ou mais com o 2º ciclo fundamental ou mais

5.2 Delineamento do estudo

O estudo teve delineamento do tipo ecológico transversal, no qual todas as variáveis estudadas foram agregadas por município. O período estudado compreendeu de 2009 a 2011, para reduzir a flutuação aleatória das taxas de mortalidade e para conter os dados do Censo Demográfico de 2010 no centro do período de estudo.

5.3 Bases cartográficas e imagens de satélites

- ✓ Foram utilizadas as Bases Cartográficas do IBGE (Censo de 2010): limites dos municípios que compõem as Regiões Metropolitanas.
- ✓ Imagens de satélites: foram utilizadas as imagens do sensor TM do satélite americano Landsat 5 com resolução espacial de 30 m para o ano 2010, adquirida pelo *United States Geological Survey (USGS)*.

5.4 Dados epidemiológicos e socioeconômicos

Foram obtidos dados de mortalidades que são de domínio público, disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As variáveis “percentual de cobertura do Sistema Único de Saúde” por município e outros indicadores de acesso ao sistema de saúde (proporção de leitos hospitalares, proporção de médicos, proporção de equipamentos para diagnóstico etc.) foram obtidos do DATASUS.

As variáveis socioeconômicas e demográficas corresponderam aos dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo Demográfico de 2010, dos questionários da amostra.

5.5 Padronização das taxas de mortalidades

De acordo com WHO (2001), em epidemiologia e demografia, muitas taxas, tais como incidência, prevalência e mortalidade são fortemente dependentes da idade, com risco subindo (doenças crônicas) ou declinando (sarampo) com a idade. Em partes isso é biológico (aquisição de imunidade), e em outra parte isso pode refletir os riscos de exposição cumulativa, como é o caso para muitas formas de câncer. Para muitas propostas, comparação entre idades específicas pode ser mais útil. Portanto, comparações de taxas brutas de idade específica no tempo e entre a população pode ser muito enganoso se a composição de idade adjacente difere na população que está sendo comparada. Então, para uma variedade de propostas, um único índice independente da idade, representando um conjunto de taxas específicas por idade, pode ser mais apropriado. Isso é objetivado para um processo de padronização por idade ou ajustamento por idade.

Existem várias técnicas para taxas ajustadas por idade específica. Entre elas estão a padronização direta ou indireta (WOLFENDEN, 1923), a média geométrica (SCHOEN, 1970), taxas de mortalidades médias equivalentes (HILL, 1977), taxas de tabela de vida, índice de Yerushalmy (YERUSHALMY, 1951), taxas de mortalidade cumulativa (BRESLOW E DAY, 1981), probabilidade absoluta de morte e o índice de mortalidade comparativo (PETO et al, 1994, BRESLOW & DAY, 1980; ESTEVE et al, 1994). Portanto, com o aumento da disponibilidade de taxas específicas por idade, o uso de padronização direta por idade tem se tornado a técnica predominante em muitas aplicações de demografia e epidemiologia.

A padronização direta produz uma taxa de mortalidade padronizada ou ajustada por idade, que é uma média ponderada das taxas por idade específica, para cada uma

das populações a serem comparadas. Os pesos aplicados representam a distribuição relativa da idade da população externa arbitrária (o padrão). Isso fornece, para cada população, uma única taxa sumária que reflete o número de eventos que seriam esperados se as populações que estavam sendo comparadas tivessem distribuição de idade idêntica. Simbolicamente, a taxa de mortalidade padronizada diretamente para populações A e B são dadas pela seguinte equação:

$$DSR_a = \sum r_{ia} \left(\frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}} \right)$$

$$DSR_b = \sum r_{ib} \left(\frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}} \right)$$

Onde **n_{is}** é a população do meio do ano no **ith** grupo de idade da população padronizada, **ria** e **rib** são as taxas de mortes no grupo de idade **i** nas populações **A** e **B**, respectivamente. As proporções de duas dessas taxas padronizadas são referidas como Proporção de Mortalidade Comparativa, uma medida muito útil (WHO, 2001)

Foram calculadas as taxas de mortalidade padronizadas pela população da OMS. A partir daí foi possível verificar possíveis associações estatísticas espaciais com as variáveis operacionais citadas no item Objetivos Específicos.

5.6 Índice de dispersão urbana

Foi adotado o índice de dispersão proposto por Lopez e Hynes (2003). Este índice usa dados do censo para construir uma medida de dispersão residencial para áreas metropolitanas e foi adotado por Ojima e Hogan (2009) em seu estudo sobre as metrópoles brasileiras com dados de 2000. O índice se baseia nas dimensões de densidade e concentração da dispersão. A densidade populacional em cada setor censitário é computada pela divisão de sua população por sua área de terra. Os setores censitários são agrupados em setores de alta densidade (maior do que 1300 pessoas por km²) e setores de baixa densidade (entre 1300 e 1 pessoa por km²). O índice de dispersão é definido como:

$$Sl_i = (((S\%i - D\%i)/100) + 1) \times 50,$$

onde,

Sl_i = índice de dispersão para área metropolitana i ,

$D\%i$ = porcentagem da população total em setores censitários de alta densidade i ,

$S\%i$ = porcentagem da população total em setores censitários de baixa densidade i ,

O resultado foi transformado por um valor constante para produzir um valor final em uma escala de 0 a 100.

5.7 Índice socioeconômico - Análise de Componentes Principais

O status socioeconômico do entorno é algo complexo de ser medido, pois envolve aspectos como a qualidade da infraestrutura disponível, nível de emprego dos habitantes, educação, moradia e redes sociais. Reduzir essa complexidade a apenas uma variável traz grandes limitações para se apreender suas múltiplas dimensões. Uma solução viável é a utilização de índices compostos. A criação de tais índices requer uma abordagem metodológica rigorosa que garanta uma boa aproximação ao status socioeconômico do entorno. A Análise por Componentes Principais tem sido usada para essa finalidade por ser um método estatístico que cria combinações lineares de variáveis não correlacionadas com máxima verossimilhança, permitindo o melhor contraste entre unidades estatísticas.

Baseado em um projeto piloto desenvolvido por (BARROZO, ANDRÉ, RODRIGUES, & CABRAL-MIRANDA, 2017) no contexto intra-urbano do município de São Paulo, a mesma metodologia foi usada para criação de um índice composto de status socioeconômico para cada uma das 5 Regiões Metropolitanas, de forma independente, e um sexto índice para todas as 5 regiões conjuntamente, para que possam ser comparados. A metodologia seguiu a proposta de Lalloue et al. (2013), usando o Programa estatístico SPSS 22.0.

5.8 Índice de Bem-Estar Urbano do Observatório das Metrôpoles (2013)

De acordo com o Observatório da Metrópole (2013), a metodologia de construção do Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) foi elaborado a partir de dados do censo demográfico do IBGE. Concebido originalmente a partir da exploração de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pesquisa realizada anualmente pelo IBGE, à exceção dos anos em que ocorre o censo demográfico. Na utilização dos dados da PNAD, o IBEU foi elaborado como um índice compreendido por três dimensões: mobilidade urbana (Figura 14), condições habitacionais (Figura 15), atendimento de serviços coletivos (Figura 16) e infraestrutura urbana (Figura 17).

Para o teste de análise estatística foi usado o IBEU global, índice que engloba todas as dimensões (Figura 13) citadas anteriormente.

5.9 Área verde - Modelo linear de mistura espectral

As áreas verdes dos municípios das Regiões Metropolitanas foram medidas através do Modelo Linear de Mistura Espectral, usando as imagens Landsat TM. O MLME é usado para estimar a fração de vários componentes individuais da superfície presente nos *pixels* da imagem e a pura reflectância espectral de um componente, chamado *endmember*. Assume-se que a reflectância de cada pixel da imagem tenha uma combinação de reflectância de cada material presente. Assim, é possível separar os *pixels* em três classes (*endmember*): substrato, vegetação e áreas escuras (água e sombra). Os procedimentos para extração das 3 imagens: substrato, vegetação e sombra foram efetuados no programa Envi.

5.10 Índice de acesso aos serviços de saúde

O Índice composto de acesso à saúde, elaborado através da análise de componentes principais, extrai as variáveis que melhor explicam as condições da saúde da área estudada.

Na primeira análise de extração do componente principal, utilizando a média das variáveis, “cobertura de convênios por mil habitantes”, “número de mamógrafos por mil habitantes”, “número de médicos por mil habitantes”, “número de hospitais por mil habitantes”, somente a variável “número de leitos hospitalares por mil habitantes” foi excluída desta primeira etapa (Tabela 1).

Tabela 1: Matriz de componente principal, ponto de corte (Média).

Matriz de componente*

	Componente	
	1	2
Cob_conv_1000hab	,679	-,569
Mamograf_1000hab	,704	-,315
Medicos_1000hab	,783	,250
Hospitais_1000hab	,893	,149
Leitos_1000hab	,338	,826
MEDIA	,679	

Na segunda etapa para a extração do componente principal, através da diminuição do valor máximo pelo valor mínimo, foi usado o terceiro quartil como ponto de corte. Nesse processo, nenhuma das variáveis foi excluída por estarem com valores acima (Tabela 2).

Tabela 2: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil).

Matriz de componente^a

	Componente
	1
Cob_conv_1000hab	,737
Mamograf_1000hab	,725
Medicos_1000hab	,764
Hospitais_1000hab	,873
MINIMO	,725
MAXIMO	,873

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

a. 1 componentes extraídos.

0,14809665637

0,03702416409

3º QUARTIL 0,11107249228

Através da análise fatorial, foi possível extrair as variáveis que melhor explicam as condições de acesso aos serviços de saúde e usado o primeiro fator para a representação do índice de acesso nos municípios das Regiões Metropolitanas.

5.11 Análise de regressão espacial INLA (*Integrated Nested Laplace Approximation*)

INLA (do inglês, *Integrated Nested Laplace Approximation*) é uma recente abordagem computacional introduzida por Rue, Martino e Chopin (2009) para realizar inferência Bayesiana em campos latentes Gaussianos, mais precisamente nos casos em que é assumido independência condicional, em uma subclasse de modelos estruturados aditivos chamados de Campos Aleatórios Markovianos Gaussianos (do inglês *Gaussian*

Markov Random Fields). A principal diferença desta abordagem com relação às abordagens Bayesianas tradicionais é a de que esta metodologia não necessita de simulações estocásticas das distribuições marginais a posteriori. Esta abordagem substitui as simulações com aproximações determinísticas, precisas e, sobretudo, de maneira rápida na classe de modelos (CORTES, 2014).

Operacionalmente, o INLA procede explorando primeiro os pontos marginais e posteriormente os hiper-parâmetros com o intuito de localizar a moda; uma pesquisa na grade é realizada e processa um conjunto de pontos “relevantes” juntos com um conjunto correspondente do peso para dar a aproximação dessa distribuição (BLANGIARDO et al, 2013). Esse ponto posterior marginal pode ser obtido usando interpolação baseada em valores computados e corrigindo possíveis torções usando o *log-splines* (BLANGIARDO et al, 2013).

5.12 Representação Cartográfica e Sistema de Informações Geográficas

Foi utilizada o método de representação coroplético, usando o corte por “quebras-naturais” para a representação das taxas de mortalidades e variáveis tratadas na tese.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram calculadas as taxas padronizadas para todas as mortalidades estudadas nas cinco Regiões Metropolitanas, os índices de dispersão para todos os municípios estudados, assim como as variáveis socioeconômicas e de acesso à saúde. Todas as variáveis são apresentadas em forma de mapas temáticos, seguindo-se a discretização por quebras-naturais.

6.1 Taxas padronizadas das mortalidades

Foram calculadas as taxas padronizadas das mortalidades por causas específicas (diabetes do tipo 2, doenças cardiovasculares, câncer de cólon e de mama), detalhadas por município de ocorrência, anos (2009-2011) e sexo (Figura 5).

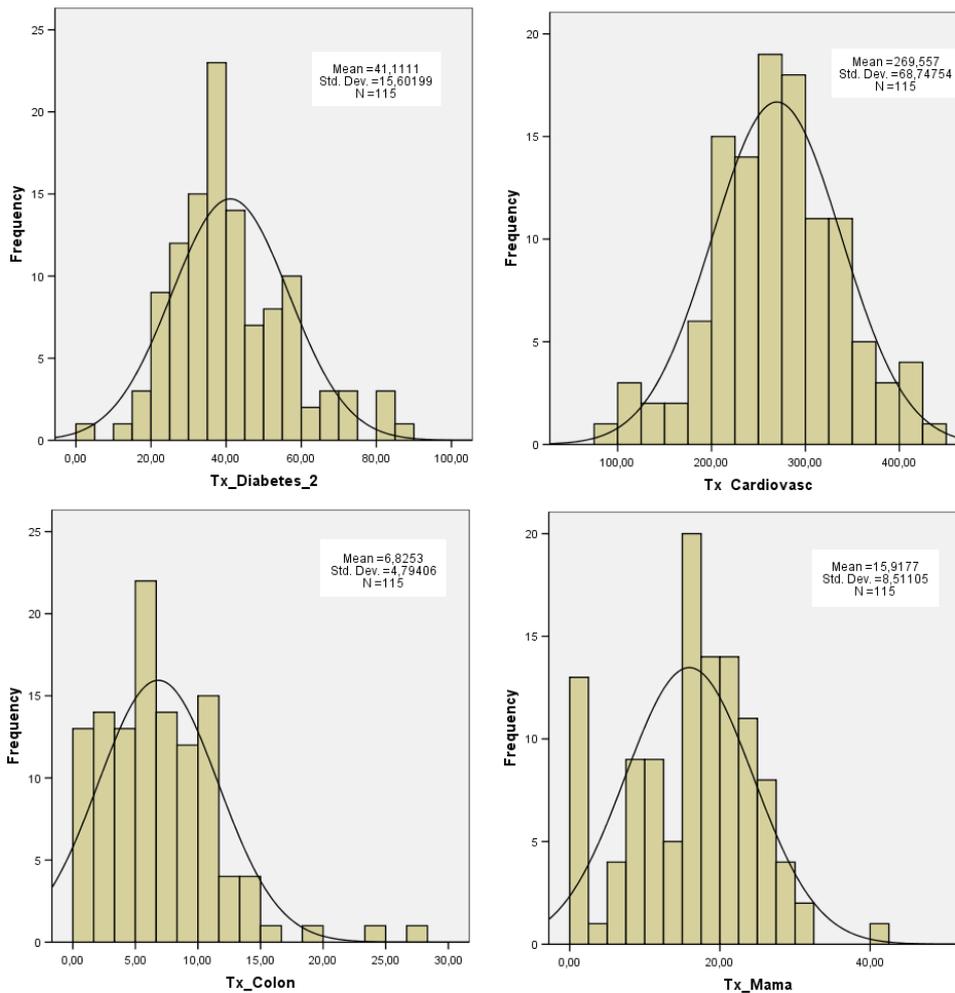


Figura 5:

Histograma das taxas padronizadas de mortalidades.

Nos resultados das taxas de diabetes tipo 2 nas Regiões Metropolitanas (RM) (Figura 6), a mais baixa foi no município de Caldazinha na RM de Goiânia, pois não notificou mortalidade. O segundo município com taxa mais baixa foi Careiro da Várzea na RM de Manaus (13,6). A taxa mais alta ocorreu em Ipojuca na RM de Recife (86,0), a média da taxa de mortalidade por diabetes tipo 2 nas RMs é 41,1 e desvio padrão 15,6.

A média das taxas de mortalidades por doenças cardiovasculares foi 269,5 (Figura 7), o município Francisco Morato na RM de São Paulo tem a maior taxa (431,9) e o município Careiro da Várzea na RM de Manaus tem a taxa mais baixa (76,7).

O município de Aragoiânia na RM de Goiânia teve a taxa mais alta de mortalidade por câncer de mama em mulheres. Os municípios de Abadia de Goiás, Bonfinópolis,

Brazabrantés, Caldazinha, Caturai, Nova Veneza, Terezópolis de Goiás, na RM de Goiânia, Iranduba, Novo Airão, Presidente Figueiredo, na RM de Manaus, Araçoiaba, na RM de Recife, Nova Hartz, na RM de Porto Alegre e Pirapora do Bom Jesus, na RM de São Paulo não notificaram mortalidades por câncer de mama no período analisado. A taxa mais alta ocorreu em Aragoiânia na RM de Goiânia (40,8) (Figura 8).

O município de Araricá na RM de Porto Alegre tem a taxa de mortalidade por câncer do cólon (27,3) mais alta no período estudado. Os municípios Abadia de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantés, Caldazinha, Nerópolis, Nova Veneza, Santo Antônio de Goiás, Terezópolis de Goiás, na RM de Goiânia, Careiro da Várzea, Novo Airão, Rio Preto da Eva, na RM de Manaus, Araçoiaba, Itapissuma, na RM de Recife não notificaram mortalidades por câncer do cólon (Figura 9).

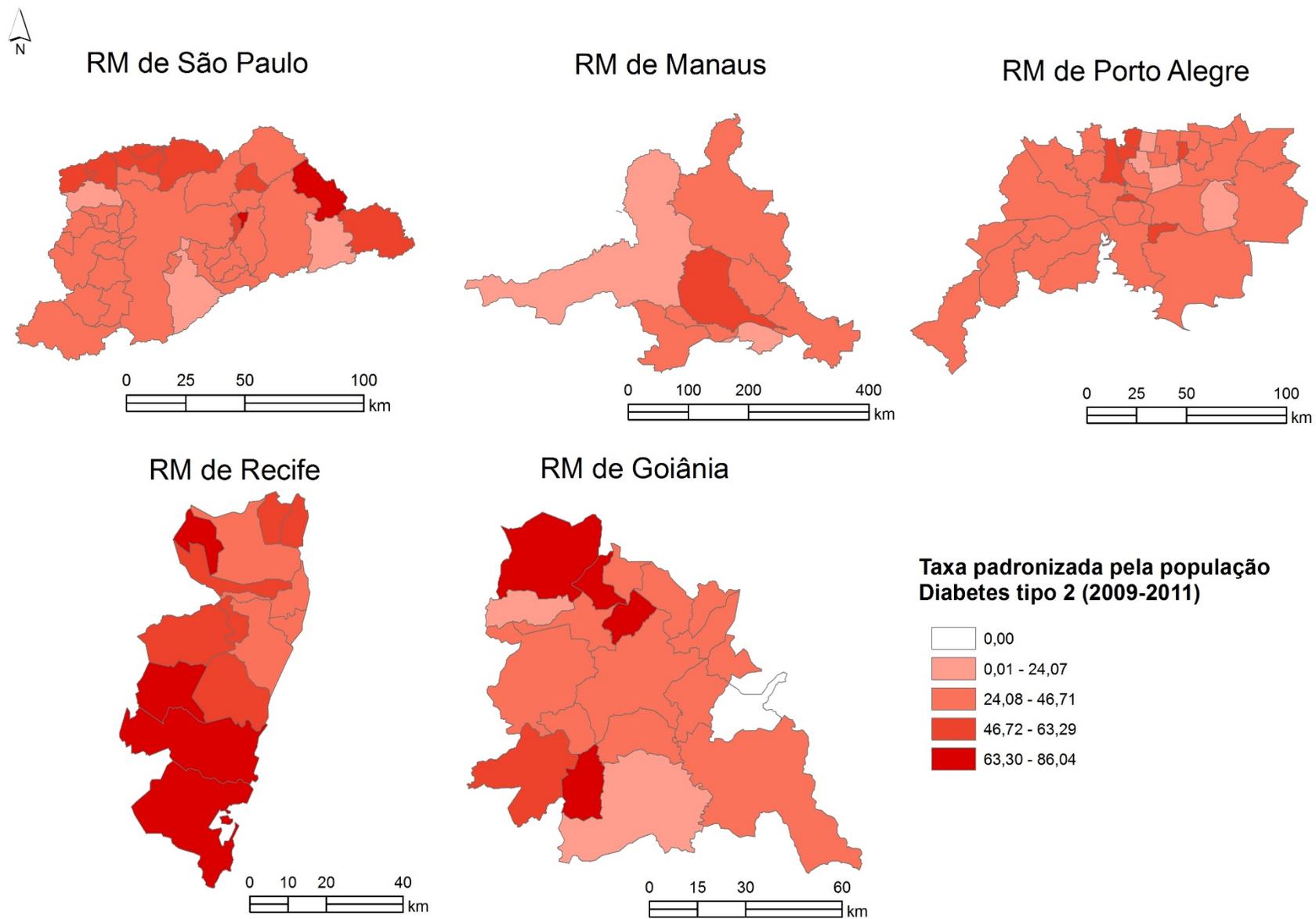


Figura 6: Taxas padronizadas de mortalidade por diabetes tipo 2 nas Regiões Metropolitanas estudadas

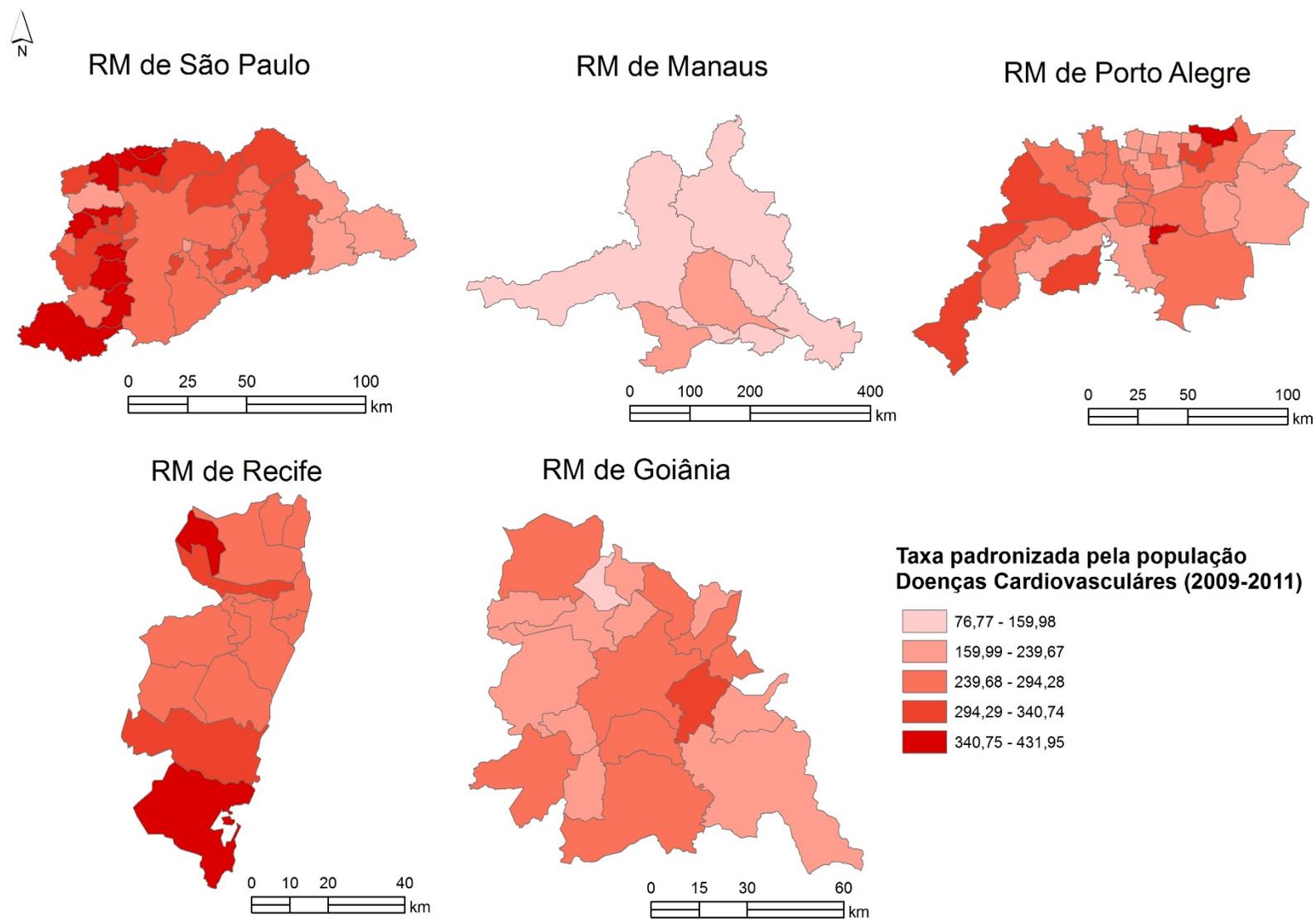


Figura 7: Taxa padronizada de mortalidade por doenças cardiovasculares nas Regiões

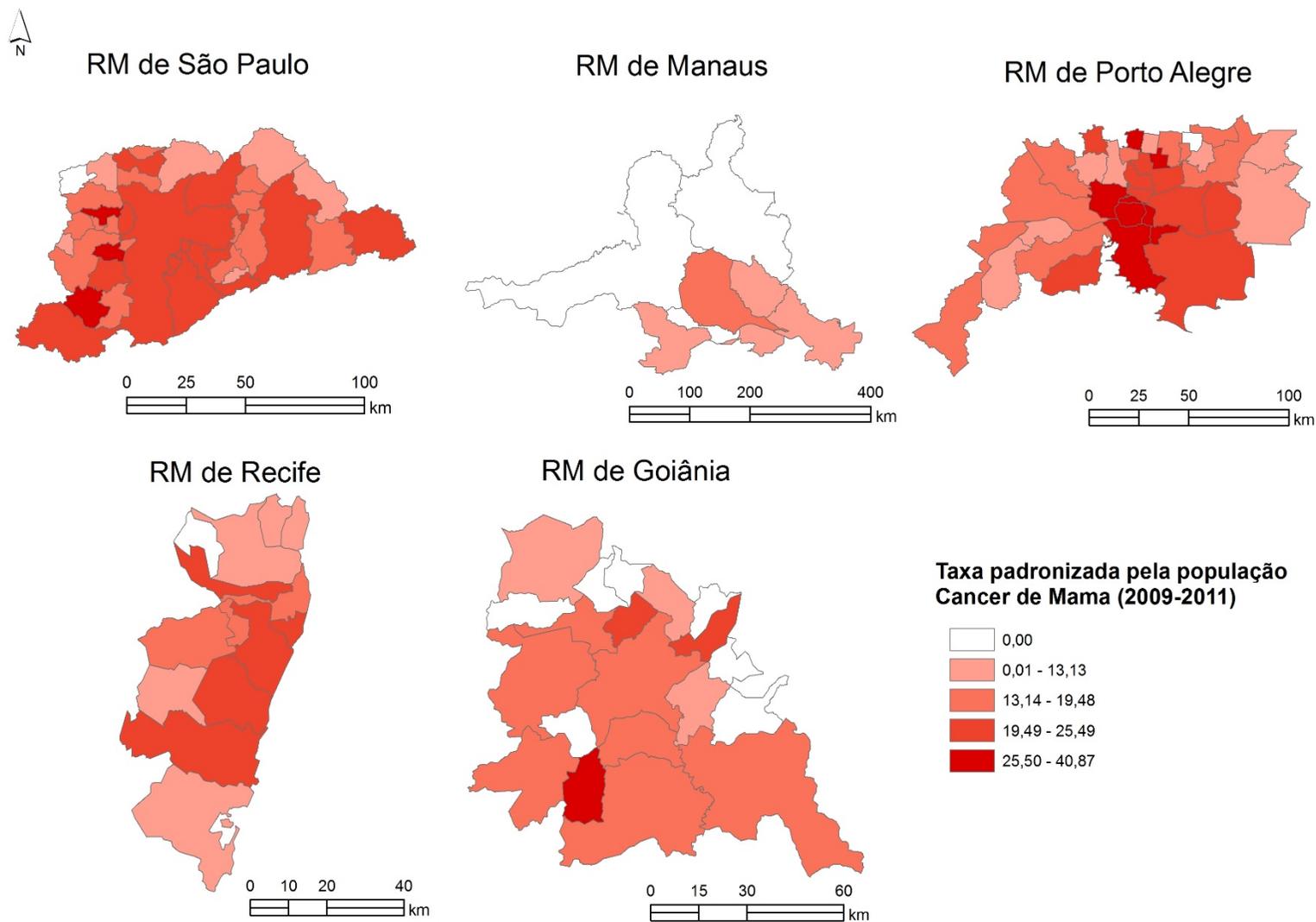


Figura 8: Taxa padronizada de mortalidade por câncer de mama nas Regiões Metropolitanas.

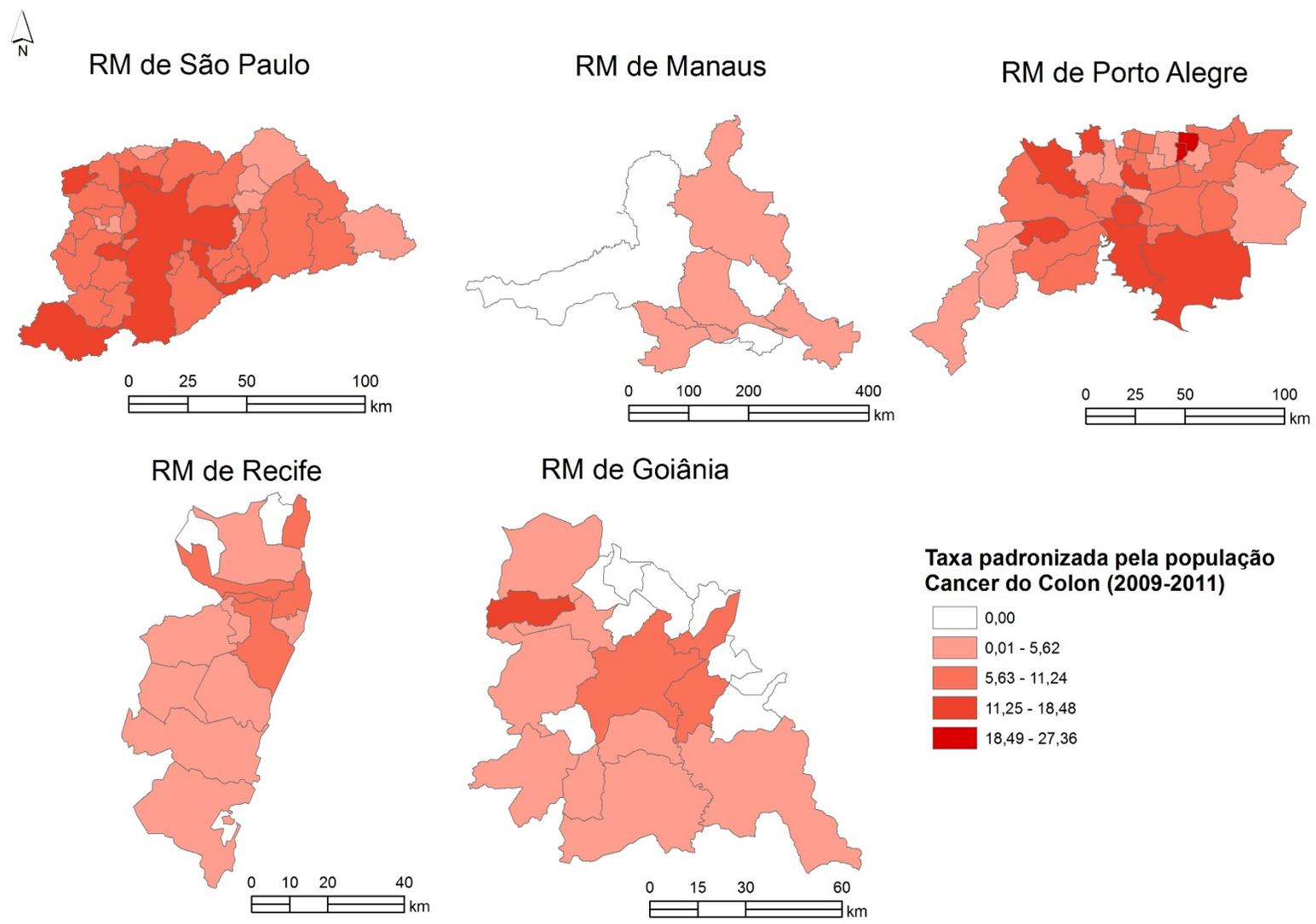


Figura 9: Taxa padronizada de mortalidade por câncer do cólon nas Regiões Metropolitanas.

6.2 Índice de dispersão urbana nas regiões metropolitanas

O Índice de dispersão é representado em uma escala de 0 a 100. Quanto mais próximo do 0, mais compacto é o município, quanto mais próximo a 100, representa maior dispersão. Na figura 10 está representado o Índice de dispersão urbana dos municípios das Regiões Metropolitanas estudadas.

O município de Taboão da Serra apresenta o menor índice de dispersão urbana (0,8), seguido por Diadema com 1,4 e Olinda e Osasco ambos com 1,5. O município de São Paulo ocupa a 10ª posição dos municípios mais compactos (3,5). Os municípios com índices de dispersão maiores são: Guararema (68,9), Juquitiba (70,0), ambos na RM de São Paulo e Araricá (72,0) na RM de Porto Alegre.

O índice de dispersão urbana nas Regiões metropolitanas estudadas, apresenta média de 27,55 e desvio padrão de 19,14.

6.3 Índice de Bem-Estar Urbano do Observatório da MetrÓpole

O IBEU (Figura 11) procura avaliar a dimensão urbana do bem-estar usufruído pelos cidadãos brasileiros promovido pelo mercado, via o consumo mercantil, e pelos serviços sociais prestados pelo Estado. Por meio do índice é possível analisar indicadores de mobilidade urbana (12); condições ambientais urbanas (Figura 13); atendimento de serviços coletivos urbanos (Figura 14); infraestrutura urbana (Figura 15).

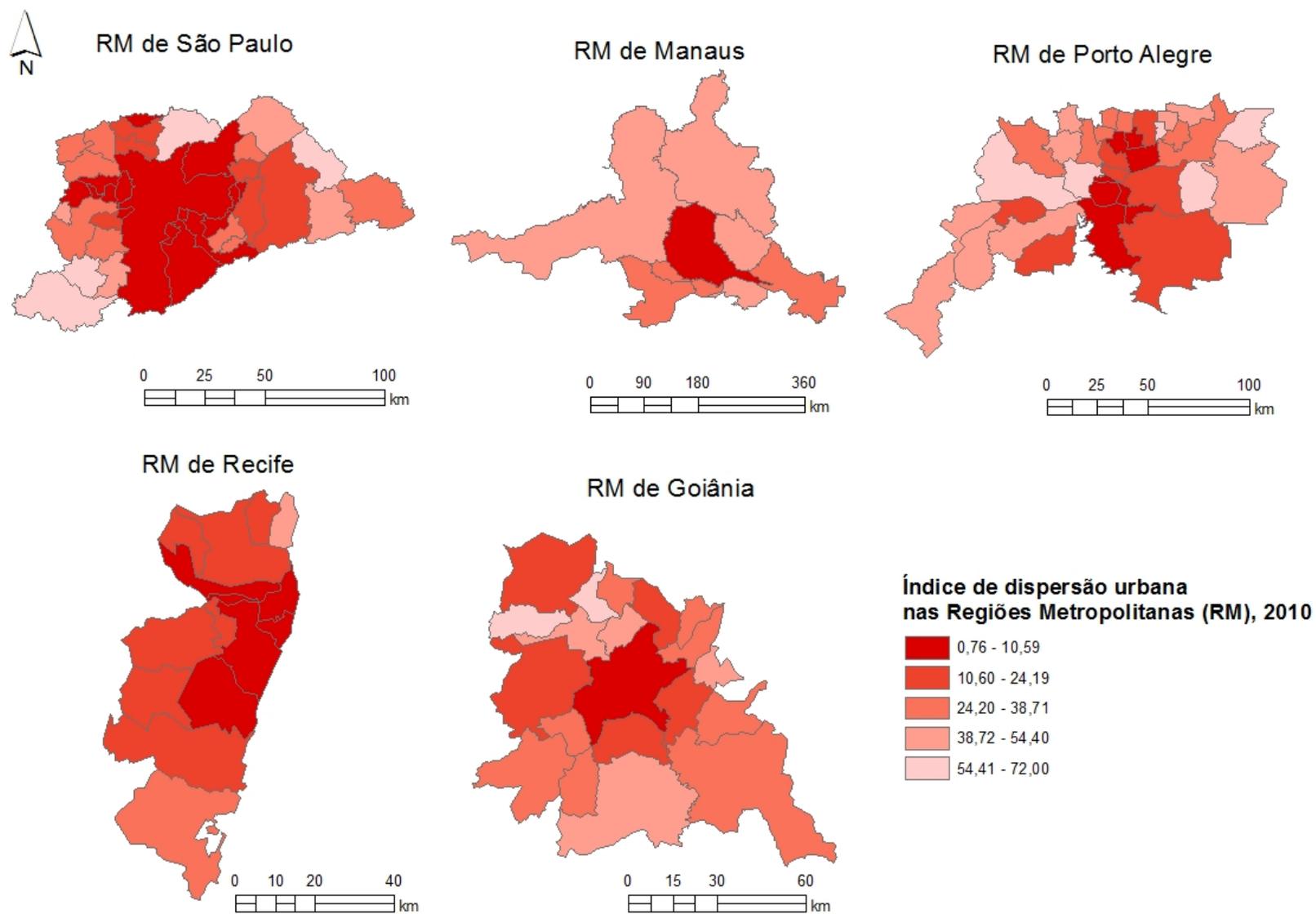


Figura 10: Índice de dispersão urbana nas Regiões Metropolitanas.

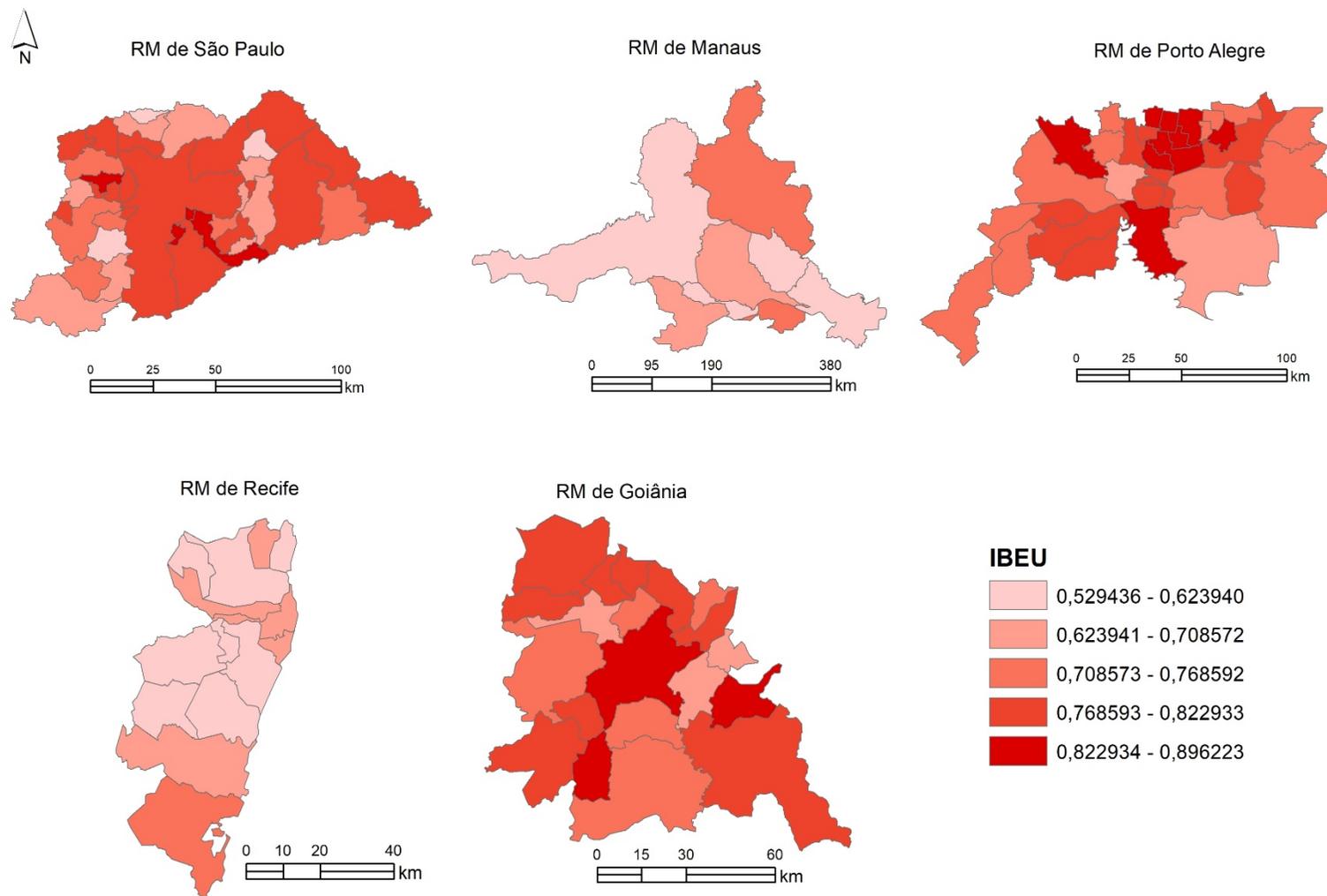


Figura 11: Índice de Bem-Estar Urbano municipal global. Fonte: Observatório da Metr pole (2013)

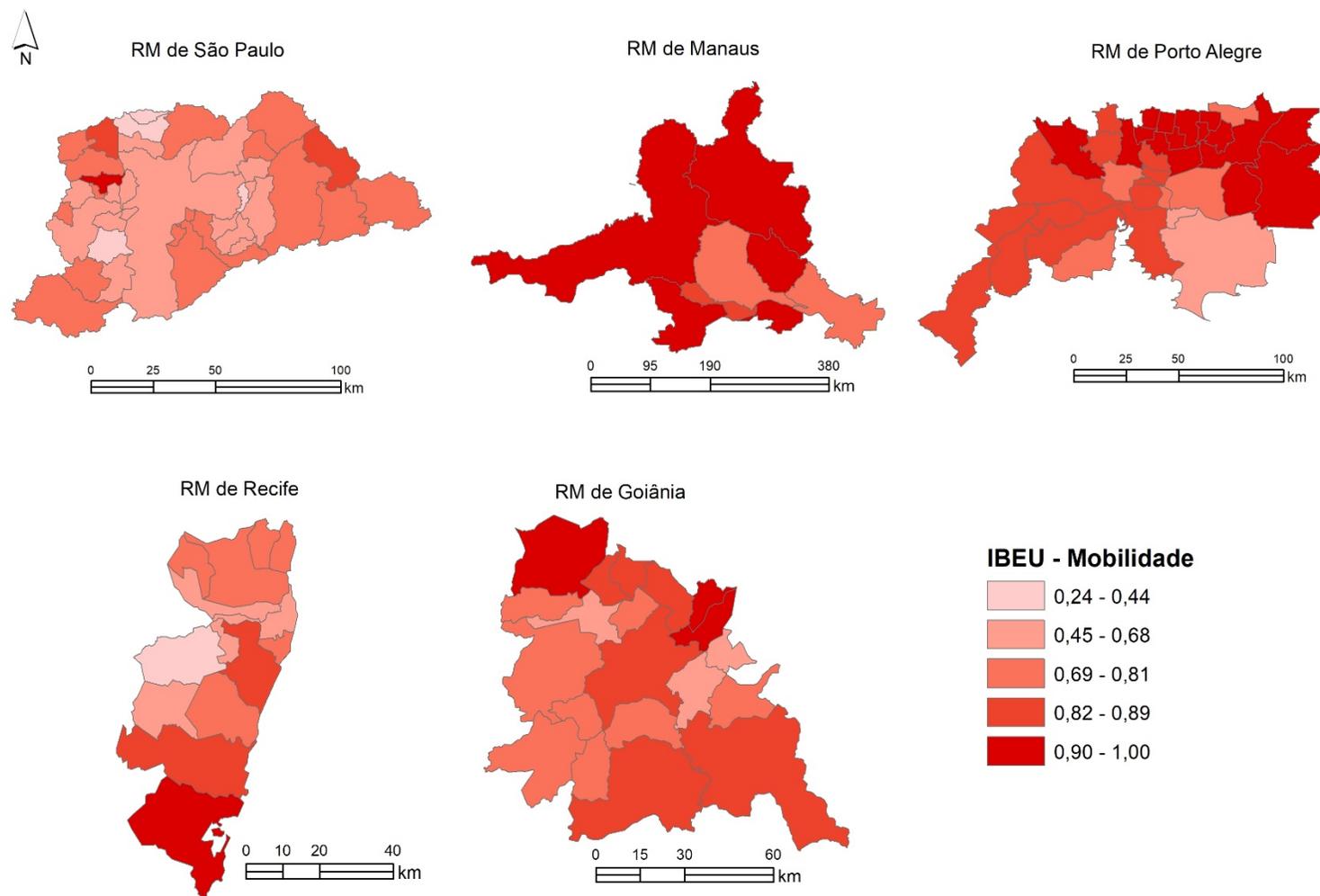


Figura 12: IBEU - Dimensão Mobilidade. Fonte: Observatório da Metrópole (2013)

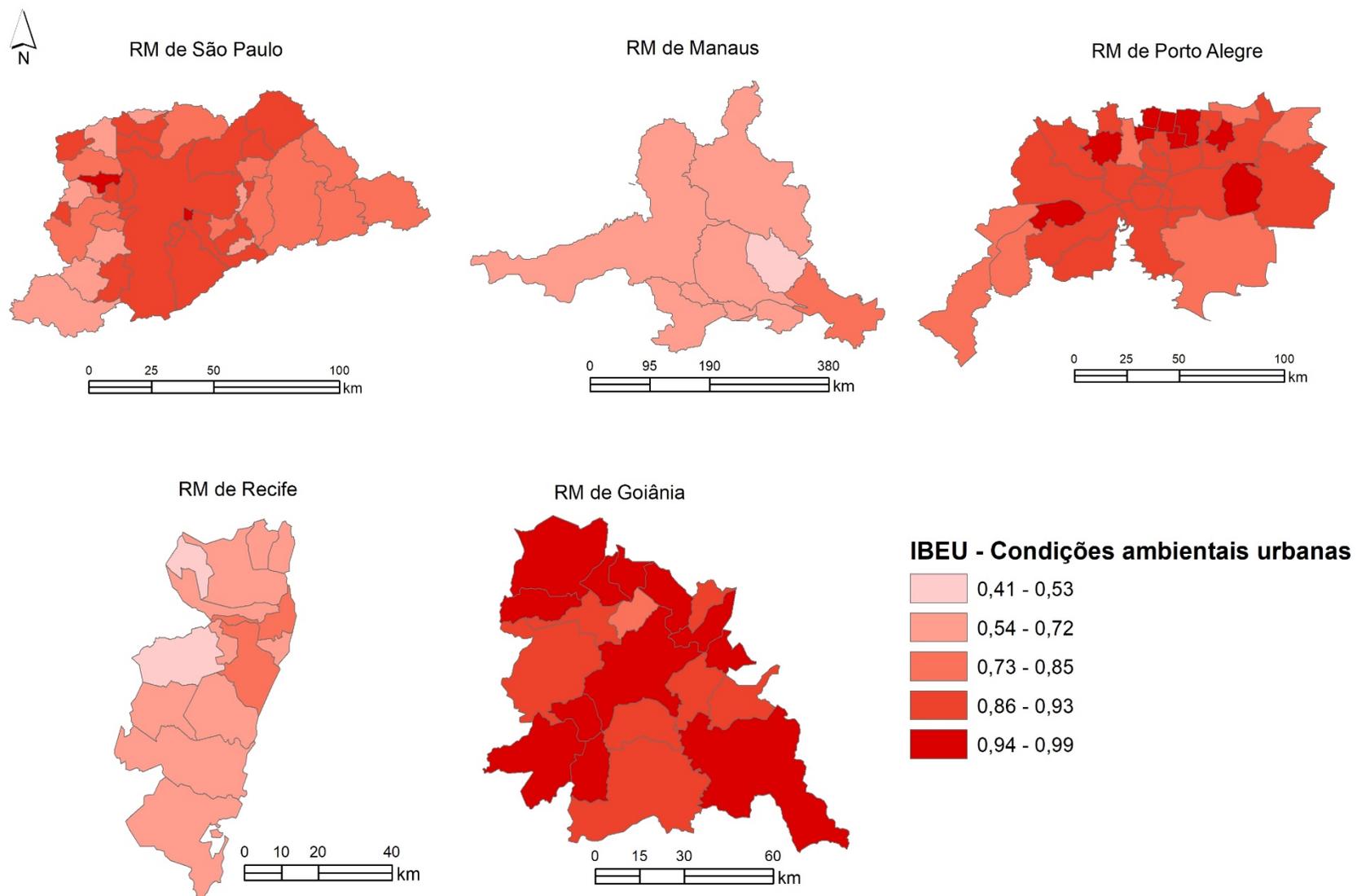


Figura 13: Dimensão Condições ambientais urbanas. Fonte: Observatório da Metrópole (2013)

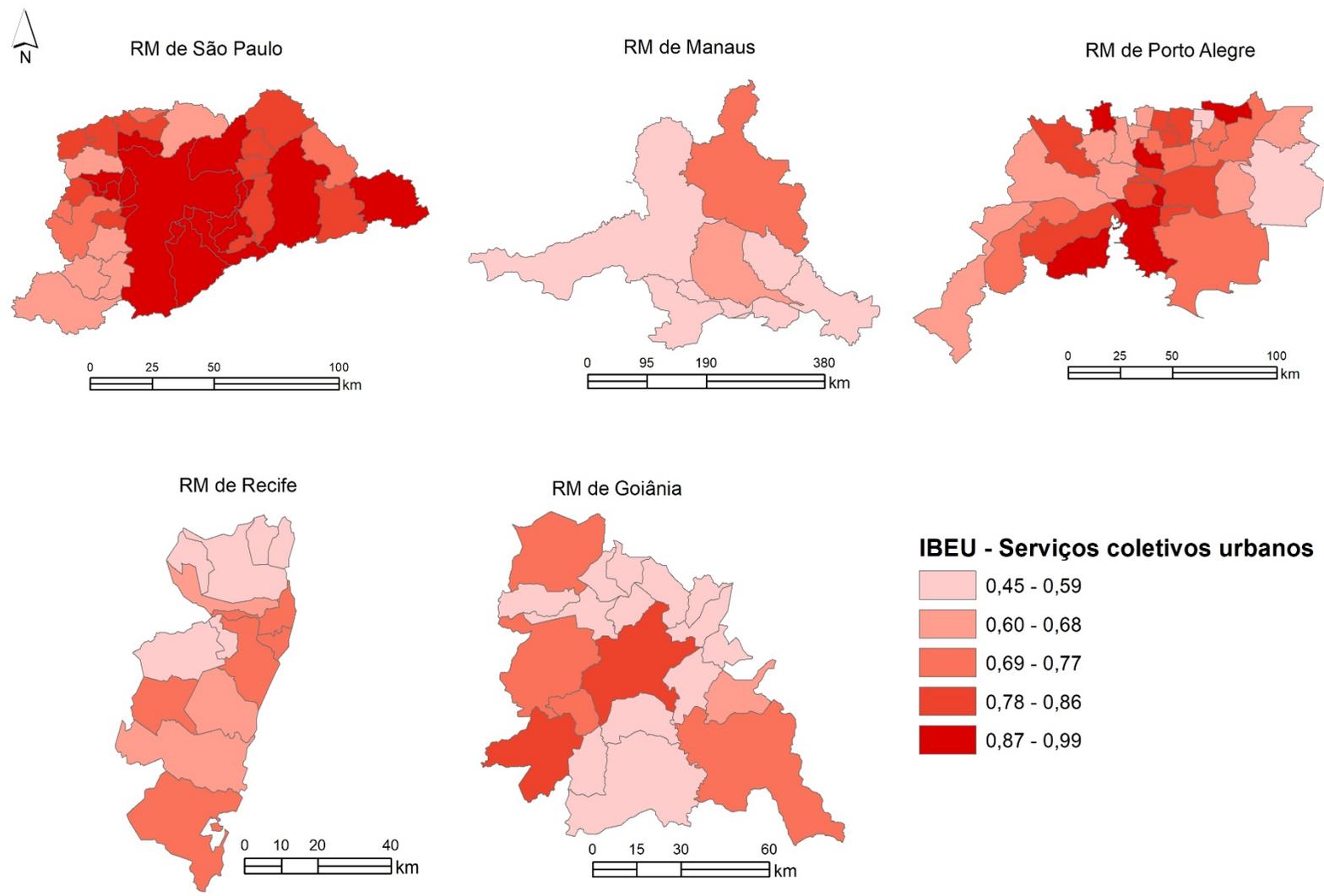


Figura 14: Dimensão Serviços coletivos urbanos. Fonte: Observatório da Metrópole (2013)

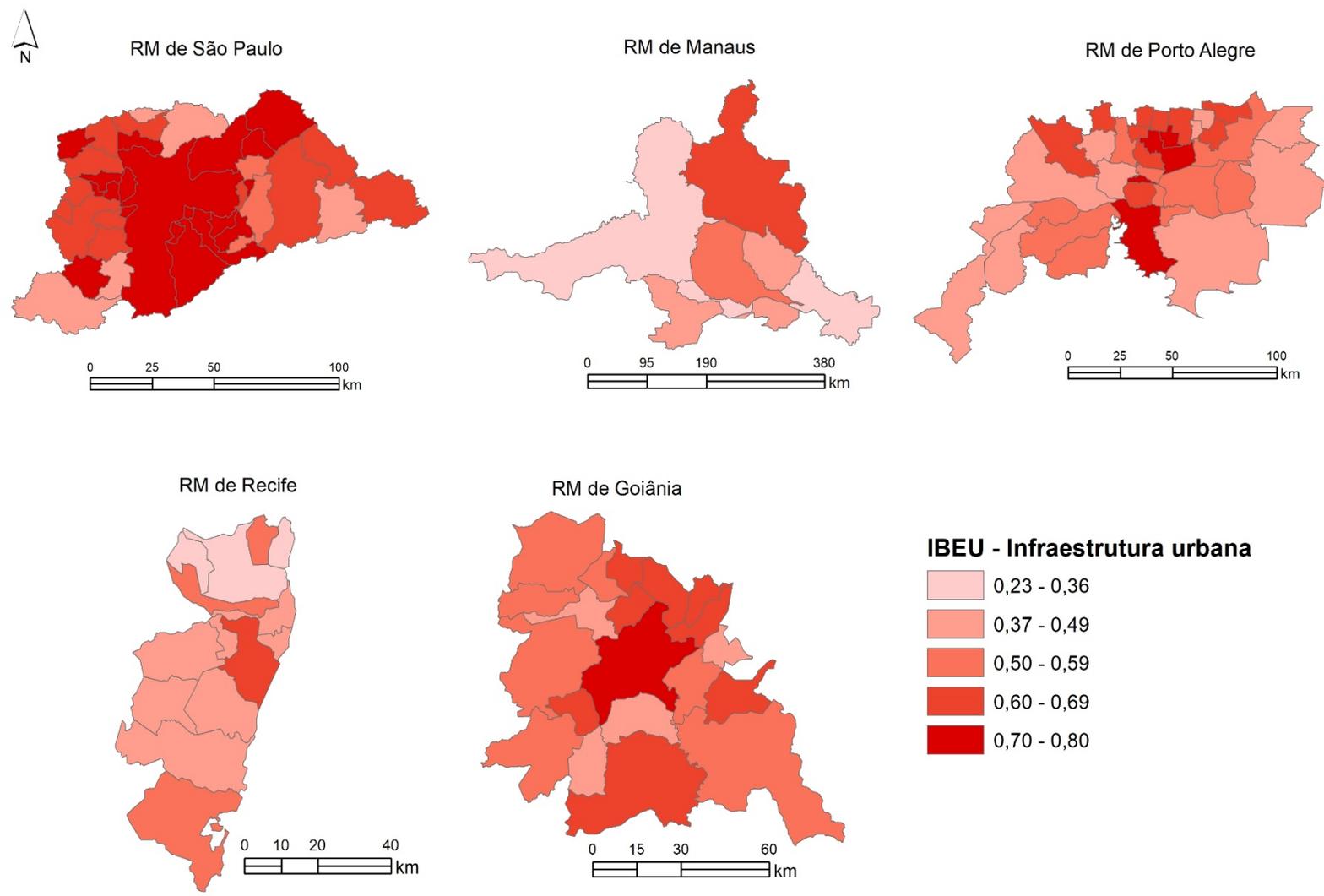


Figura 15: Dimensão Infraestrutura urbana. Fonte: Observatório da Metrópole (2013)

6.4 Índice de Acesso aos Serviços de Saúde

O índice de acesso de serviços de saúde está representado na Figura 16, composto pelas variáveis descritas abaixo.

O número de médicos por 1000 habitantes nos municípios das referidas Regiões Metropolitanas varia entre 1,9 no município de Nova Santa Rita e 17,7 no município de Porto Alegre, ambos na RM de Porto Alegre (Figura 17).

Os municípios de Terezópolis de Goiás, Bonfinópolis, Nova Veneza, GuapE, Inhumas, Brazantes, Caturai e Caldazinha, na RM de Goiânia, São Sebastião do CaY, Rolante e Igrejinha, na RM de Porto Alegre e Caieiro da Várzea na RM de Manaus não têm cobertura por convênio. Com exceção dos municípios que não têm atendimento por convênio, o município de Iranduba tem a taxa mais baixa de cobertura por convênio (5,0 por 1000 habitantes). O município de São Caetano do Sul na RM de São Paulo tem o maior número de assistência médica por convênio, 913,8 por 1000 habitantes (Figura 18).

Quanto à taxa do número de mamógrafos por 1000 habitantes em todas as Regiões Metropolitanas, nenhum município teve taxa maior que 1 mamógrafo por 1000 habitantes. Dos 115 municípios que compõem todas as Regiões Metropolitanas da área de estudo, 51 destes municípios não possuem mamógrafo (Figura 19).

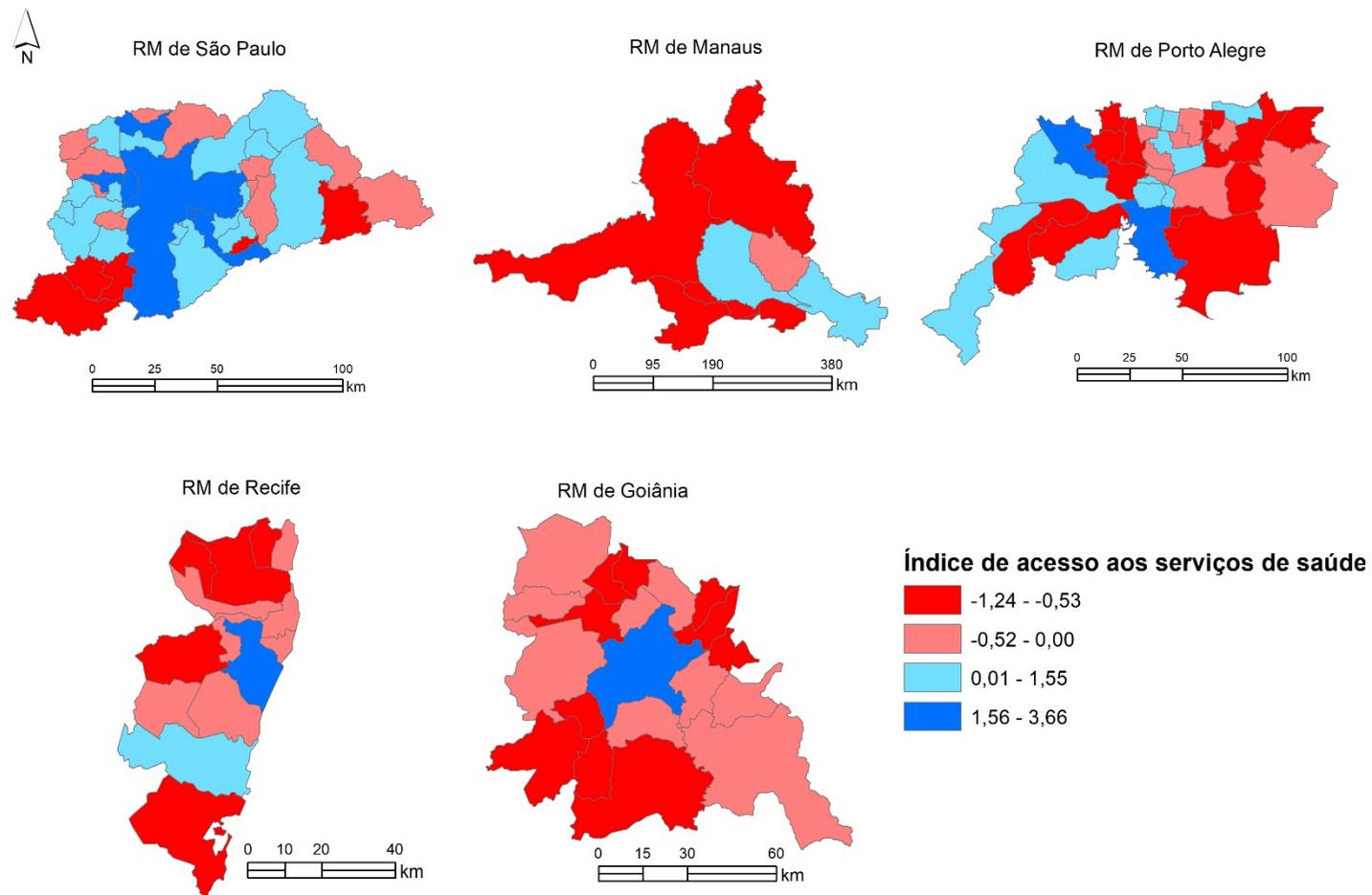


Figura 16: Índice de acesso aos serviços de saúde

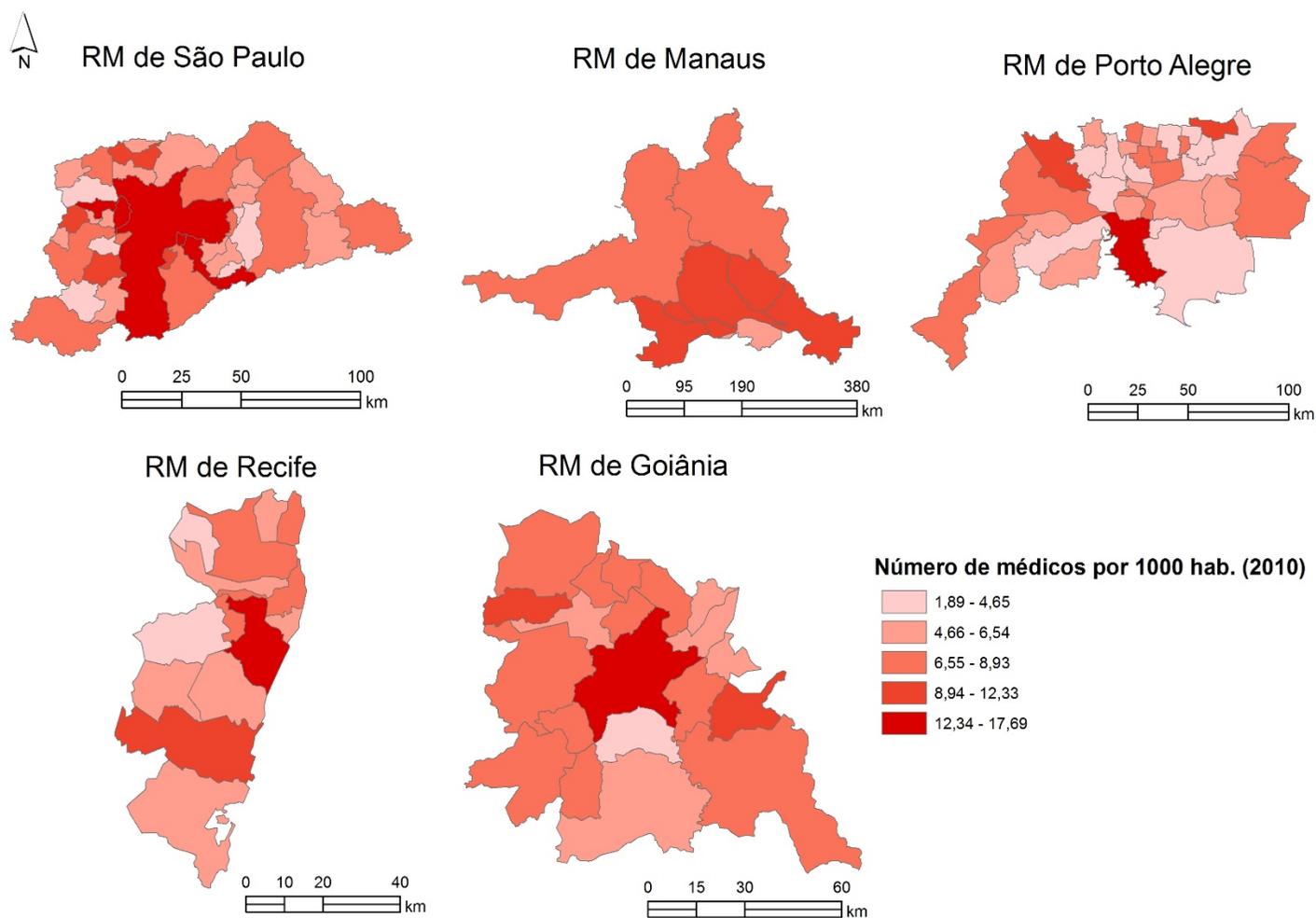


Figura 17: Número de médicos por mil habitantes

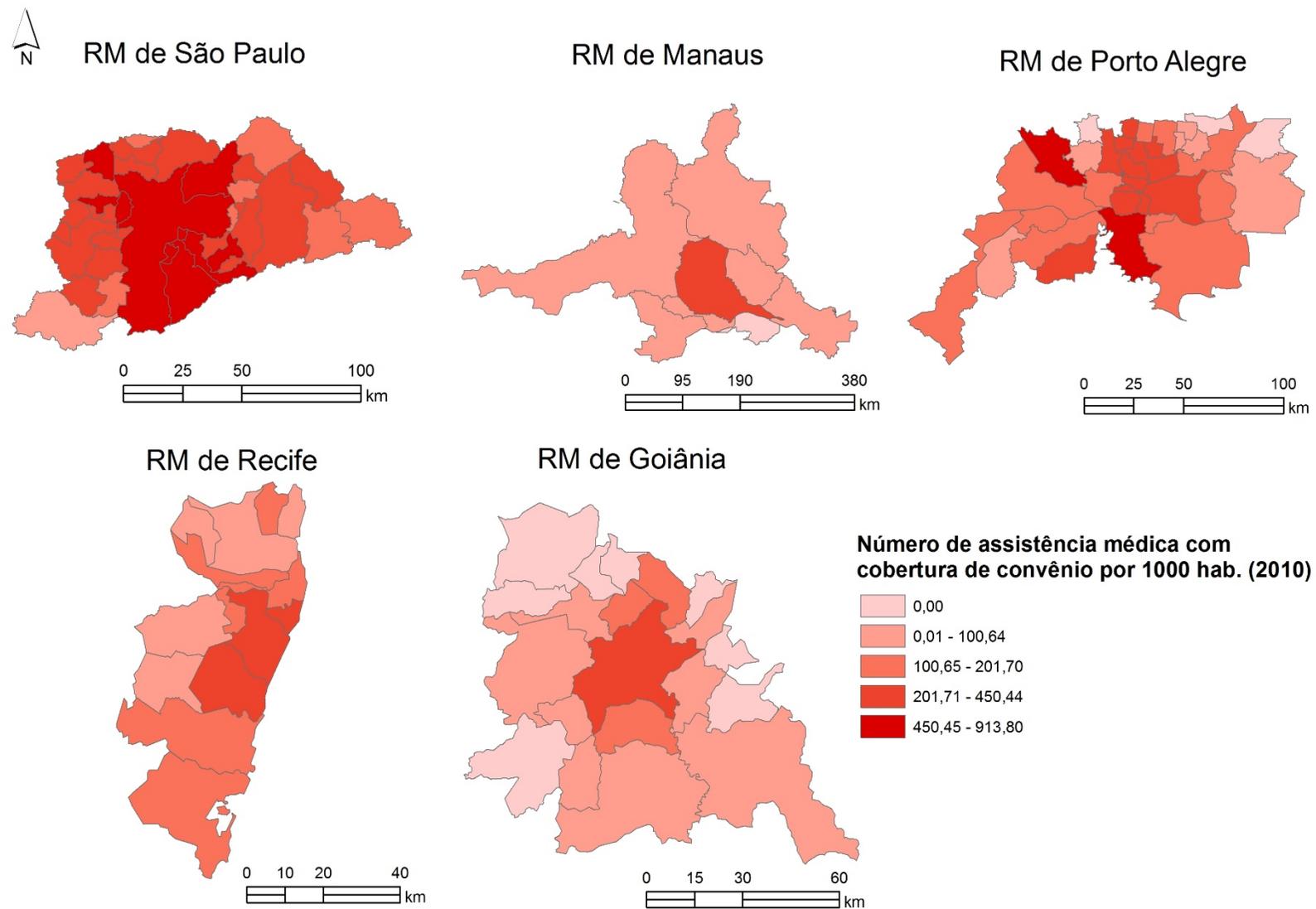


Figura 18: Número de assistência médica com cobertura de convênio.

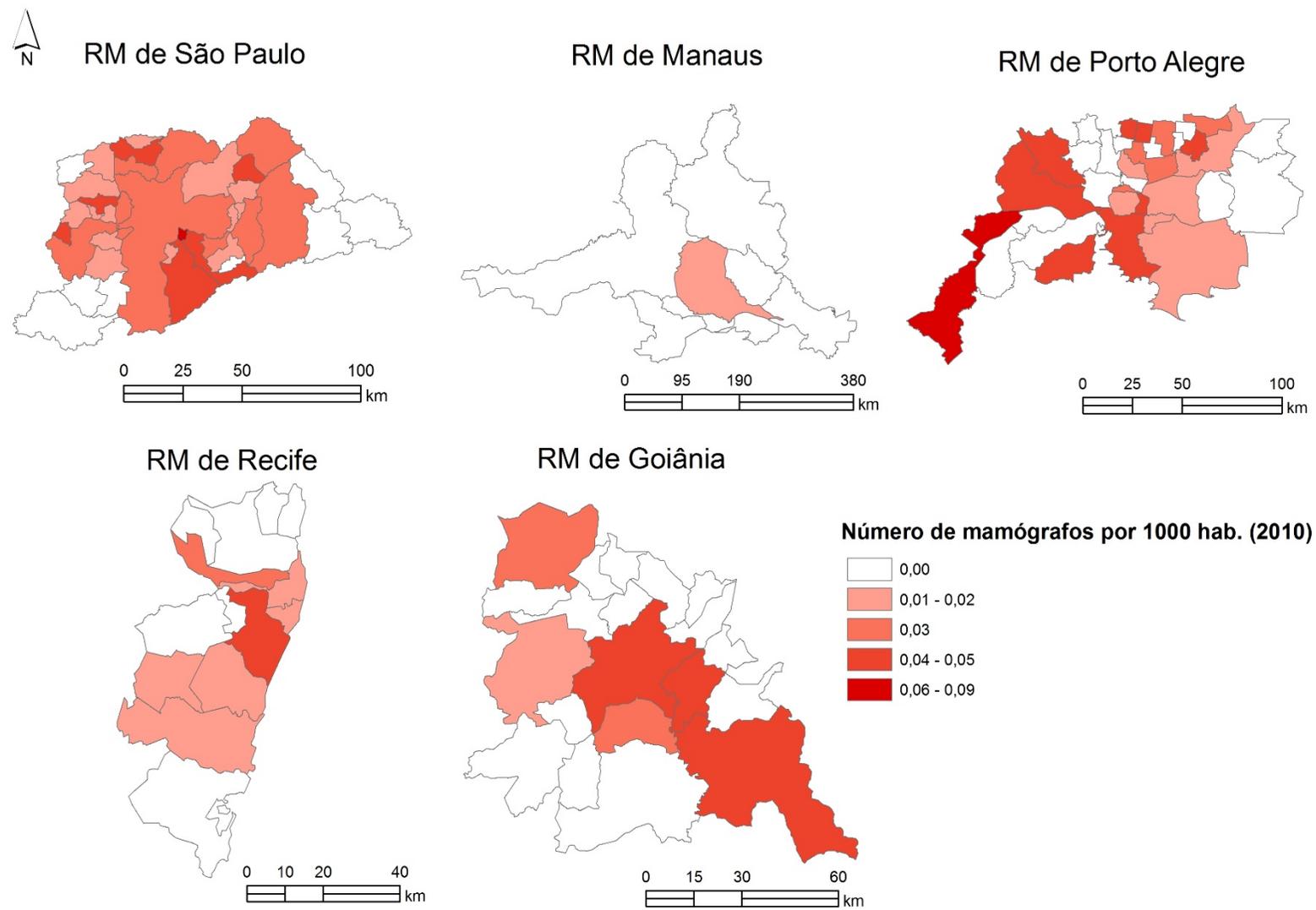


Figura 19: Número de mamógrafos por mil habitantes

6.5 Índice socioeconômico composto

Para calcular o índice socioeconômico composto (Figura 20), também utilizando os procedimentos da análise de componente principal, as variáveis obtidas através dos questionários da amostra do Censo demográfico de 2010, foram agrupadas em 7 dimensões: Educação, cultura, mobilidade, pobreza, privação material, renda e riqueza.

Para o processo de redução das dimensões, foi feito o teste de correlação entre as variáveis correspondentes às dimensões para a retirada das variáveis colineares (Anexos1).

No processo para extração das variáveis que melhor explicam as condições da Região Metropolitana de Goiânia, usando a média do primeiro componente, agora com todas juntas, independente das dimensões usadas anteriormente, as variáveis que saíram foram: Porcentagem de outros programas sociais; porcentagem pessoas com mestrado, doutorado, ensino fundamental e instrução não determinada; porcentagem de pessoas preta, parda e indígenas; porcentagem de crianças, porcentagem de união consensual, porcentagem de pessoas nascidas no município, porcentagem de brasileiros, porcentagem de pessoas que nunca viveram juntas, porcentagem de pessoas sem religião, porcentagem de evangélicos não determinada, porcentagem de pessoas da assembleia de Deus e espíritas.

Para o segundo processo, usando o terceiro quartil para determinar se quais variáveis permaneceriam e serviriam como base para a análise fatorial para compor o índice socioeconômico composto, pode ser vista na Tabela 3.

Tabela 3: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Goiânia.

Matriz de componente ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
P_ALUG	,834	,073	,017	-,020
P_PPI_POBREZA	-,578	-,603	,420	-,070
P_BOLSA_FAM	-,829	,076	,081	-,302
P_IDOSO_10SM	,685	,584	-,014	,133
P_ALUG1000	,806	,231	,117	,146
P_MEDIO	,783	,127	,213	,219
P_GELADEIRA	,545	,079	-,657	-,352
P_MAQTVGEL	,894	,078	-,207	-,034
P_CELULAR	,632	-,407	-,385	,392
P_COMPINT	,639	,198	,444	,128
P_HOMOAF	,516	-,258	-,172	-,124
P_MAS	-,761	,038	,164	,062
P_IDOSO	-,435	,850	-,075	-,168
P_NAS_UF	-,780	,015	-,413	-,017
P_CATOLICO	-,464	,550	,501	,177
P_URB	,571	-,483	,438	,028
P_SO_MOTO	-,604	,243	-,352	,594
P_SO_CARRO	,758	,273	,231	-,410
MINIMO	,435			
MAXIMO	,894			
Método de Extração: Análise de Componente Principal.				
a. 4 componentes extraídos.				
	3º QUARTIL	0,344152		

Neste processo, permaneceram 18 variáveis com variância de 47,10 no primeiro componente e 13,67 no segundo.

Realizado o primeiro passo, usando a média do primeiro componente, para a Região metropolitana de Manaus, as variáveis que menos ajudam a explicar as condições nesta região foram: Porcentagem de outros programas sociais, porcentagem de pessoas com mestrado, porcentagem de pessoas com celular, porcentagem de crianças,

porcentagem de união consensual, pessoas evangélicas e porcentagem de pessoas que possuem moto.

Nesta Região Metropolitana, no processo usando o terceiro quartil para extrair as variáveis que melhor representam podem ser vistas na tabela -. Nesse processo, ficaram 10 variáveis que melhor caracteriza esta região, com variância de 49,19 no primeiro componente e 19,86 no segundo.

Tabela 4: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Manaus.

Matriz de componente ^a			
	Componente		
	1	2	3
P_DOCTOR	-,626	-,574	-,068
P_MAQLAVAR	-,614	,235	,717
P_PPI	,725	,123	-,528
P_HOMOAF	-,616	-,627	-,048
P_IDOSO	,811	,410	-,014
P_NUNCA_VIV	-,782	,513	-,304
P_CATOLICO	,758	,008	,333
P_ASS_DEUS	,602	-,294	,573
ICE_branca_renda	-,527	,822	,190
P_NEM_MOTO_CARRO	,873	-,021	,033
MINIMO	,527		
MAXIMO	,873		
Método de Extração: Análise de Componente Principal.			
a. 3 componentes extraídos.			
	3º QUARTIL	0,259327	

Na Região de Porto Alegre, na extração dos componentes, usamos os processos anteriores, média e terceiro quartil como ponto de refinamento, sendo necessário avançar mais uma etapa, usando agora 10% do valor resultante da diminuição do valor máximo pelo valor mínimo.

O resultado pode ser visto na Tabela 5, e as variáveis finais usadas para compor o índice composto foram: Porcentagem de domicílios alugados, porcentagem de pessoas com doutorado, porcentagem de domicílios com geladeira, porcentagens de pessoas que têm celular, porcentagem de pessoas brancas, porcentagem de criança, porcentagem de pessoas com união consensual, porcentagem de pessoas que nasceram na Unidade da Federação, porcentagem de pessoas sem religião, índice de concentração dos extremos relacionado à renda, porcentagem de domicílios que só tem carro, porcentagem de domicílios que não tem nem carro nem moto, porcentagem de domicílios que tem moto e carro. Nesse caso, a variância no primeiro componente foi de 47,07 e 12,29 no segundo.

Tabela 5: Matriz de componente principal, ponto de corte (10%). RM de Porto Alegre.

Matriz de componente ^a			
	Componente		
	1	2	3
P_ALUG	,849	,043	,247
P_DOUTOR	,608	,430	,157
P_GELADEIRA	,800	,053	,216
P_CELULAR	,626	-,110	,457
P_BRANCA	,703	-,206	-,520
P_CRIANÇA	-,547	-,546	,521
P_UNIAO_CONS	-,643	-,043	,526
P_NAS_UF	-,680	-,354	-,153
P_SEM_RELIG	-,657	,561	,383
ICE_renda	,665	,657	,151
P_SO_CARRO	,607	,607	-,004
P_NEM_MOTO_CARRO	-,904	,002	,159
P_MOTO_CARRO	,542	-,581	-,165
MINIMO	,293		
MAXIMO	,904		
Método de Extração: Análise de Componente Principal.			
a. 3 componentes extraídos.			
			MENOS 10%
		0,610923	0,549

Na Região Metropolitana de Recife, com a utilização da média do primeiro componente, excluindo as variáveis que estavam abaixo de valor, saíram as seguintes: Porcentagem de pessoas com outros programas sociais, porcentagem de pessoas com mestrado e doutorado, porcentagem de pessoas com nível educacional não determinado, pessoas nascidas no município, pessoas que nunca viveram juntas, porcentagem de católicos e porcentagem de domicílios que só tinha moto.

No teste usando o terceiro quartil como ponto de corte, permaneceram 15 variáveis (Tabela 6), com variância de 58,82 e 11,72 no primeiro e segundo componente, respectivamente.

Tabela 6: Matriz de componente principal, ponto de corte (Terceiro quartil). RM de Recife.

Matriz de componente ^a					
	Componente				
	1	1 ABSOL	2	3	4
P_ALUG	,703	,703	,636	-,044	,174
P_IDOSO_10SM	,725	,725	,344	-,099	-,299
P_DOUTOR	,489	,489	-,200	-,833	-,020
P_FUND	,668	,668	-,401	,009	,551
P_CELULAR	,794	,794	-,014	-,206	,091
P_COMPINT	,890	,890	,087	,103	-,033
P_PPI	-,933	,933	,002	-,228	,054
P_HOMOAF	,738	,738	,162	,373	,464
P_CRIANÇA	-,875	,875	,339	,198	-,086
P_IDOSO	,772	,772	-,236	,248	-,093
P_NAS_UF	-,719	,719	-,435	,038	,420
P_SEM_RELIG	-,714	,714	,605	,016	,174
P_ASS_DEUS	-,645	,645	-,484	,269	-,326
ICE_raca	,903	,903	-,083	,176	-,195
P_MOTO_CARRO	,813	,813	-,188	,152	-,257
MINIMO		,489			
MAXIMO		,933			
Método de Extração: Análise de Componente Principal.					
a. 4 componentes extraídos.					
	3º QUARTIL	0,332995			

Semelhante com o que aconteceu na Região Metropolitana de Porto Alegre, na de São Paulo foi necessário avançar além da média e no terceiro quartil, indo até os 10% citado anteriormente (Tabela 7). Para esta Região Metropolitana, as variáveis finais para compor o índice composto foram: Porcentagem de domicílios alugados, porcentagem de idosos que recebem mais de 10 salários mínimos, porcentagem de pessoas com ensino fundamental, porcentagem de domicílios com televisão, porcentagem de pessoas com celular, porcentagem de pessoas brancas, porcentagem de pessoas do sexo masculino, porcentagem de pessoas com união consensual, porcentagem de brasileiros, porcentagem de católicos, porcentagem da igreja assembleia de Deus, índice de concentração dos extremos de pessoas pretas, pardas e indígenas, porcentagem de domicílios com moto e carro. Com variância de 48,16 no primeiro componente e 18,40 no segundo.

Tabela 7: Matriz de componente principal, ponto de corte (10%). RM de Porto Alegre.

Matriz de componente ^a							
	Componente						
	1	2	3				
P_ALUG	,591	-,522	,147				
P_IDOSO_10SM	,730	-,192	-,395				
P_FUND	-,456	-,267	,668				
P_TV	,581	-,637	,241				
P_CELULAR	,458	-,484	,306				
P_BRANCA	,875	,384	-,038				
P_MAS	-,455	,782	,192				
P_UNIAO_CONS	-,700	,369	,054				
P_BRASILEIRO	-,828	-,128	,335				
P_CATOLICO	,650	,529	,320				
P_ASS_DEUS	-,759	-,280	-,102				
ICE_ppi	,879	,383	-,053				
P_NEM_MOTO_CARRO	-,927	,016	-,136				
P_MOTO_CARRO	,573	,372	,520				
Método de Extração: Análise de Componente Principal.							
a. 3 componentes extraídos.						% MENOS 10	0,4239

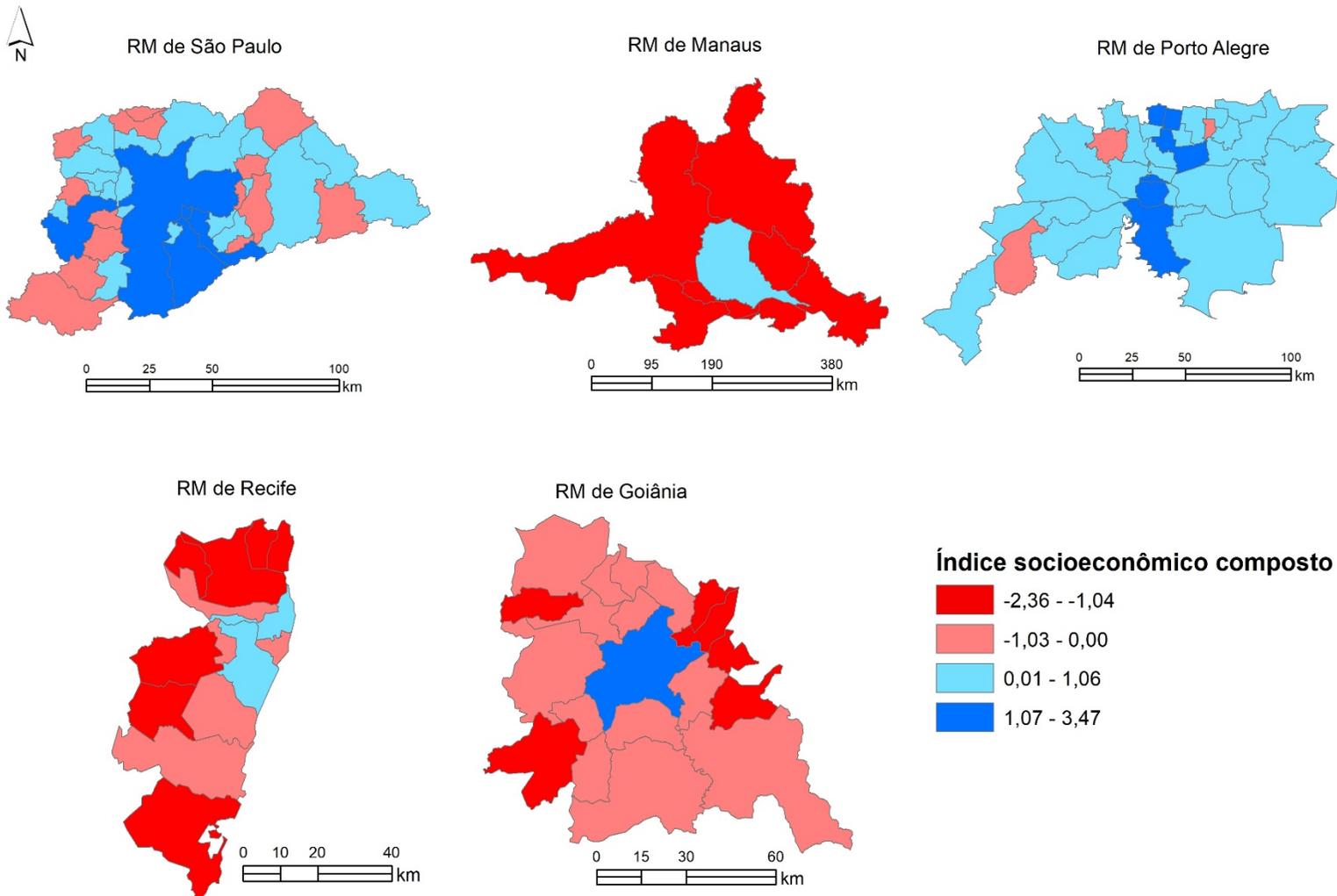


Figura (20) : Índice socioeconômico composto das Regiões Metropolitanas

6.6 Áreas verdes nas regiões metropolitanas

A análise de componentes principais, assim como usado no processo para calcular os índices compostos, socioeconômico e acesso à saúde, foi fundamental para as análises de sensoriamento remoto, tendo em vista que é um procedimento matemático que converte um conjunto de observações das possíveis variáveis correlacionadas em um conjunto de variáveis não correlacionadas linearmente. Esse processo, reduziu a dimensionalidade dos dados e removeu as bandas com ruídos.

O modelo linear de mistura espectral, determinamos a abundância relativa dos materiais que são retratadas com base nas imagens nas características dos materiais. Assumimos que a reflectância de cada *pixel* das imagens teve uma combinação linear da reflectância de cada material presente. Desta forma foi possível separar os *pixels* em 3 classes, chamados também de *endmember*, neste caso, foram as áreas verdes, substratos e áreas escuras (composta por água e sombra).

Esta transformação ocorre de forma que a proteção das observações originais sejam rotacionadas para facilitar a identificação das regiões de interesse (Figura 21).

Estatisticamente a primeira dimensão do Componente Principal corresponde ao eixo de maior variância, enquanto as outras dimensões da Componente estão associadas com a menor variância. A variância associada a cada dimensão é dada pelos chamados *eigenvalues*, ou autovalores (Figura 22).

Assim, com esse processo mais ágil de classificação, extraímos as porcentagens de áreas verdes nos municípios que compõem as Regiões Metropolitana de São Paulo (Figura 23), Porto Alegre (Figura 24), Goiânia (Figura 25), Manaus (Figura 26), Recife (Figura 27).

A Região Metropolitana com maior área verde foi a de Manaus, com média de 67,61%, seguida por Goiânia 61,75%, Porto Alegre 57,12%, Recife 46,63% e São Paulo 37,11%.

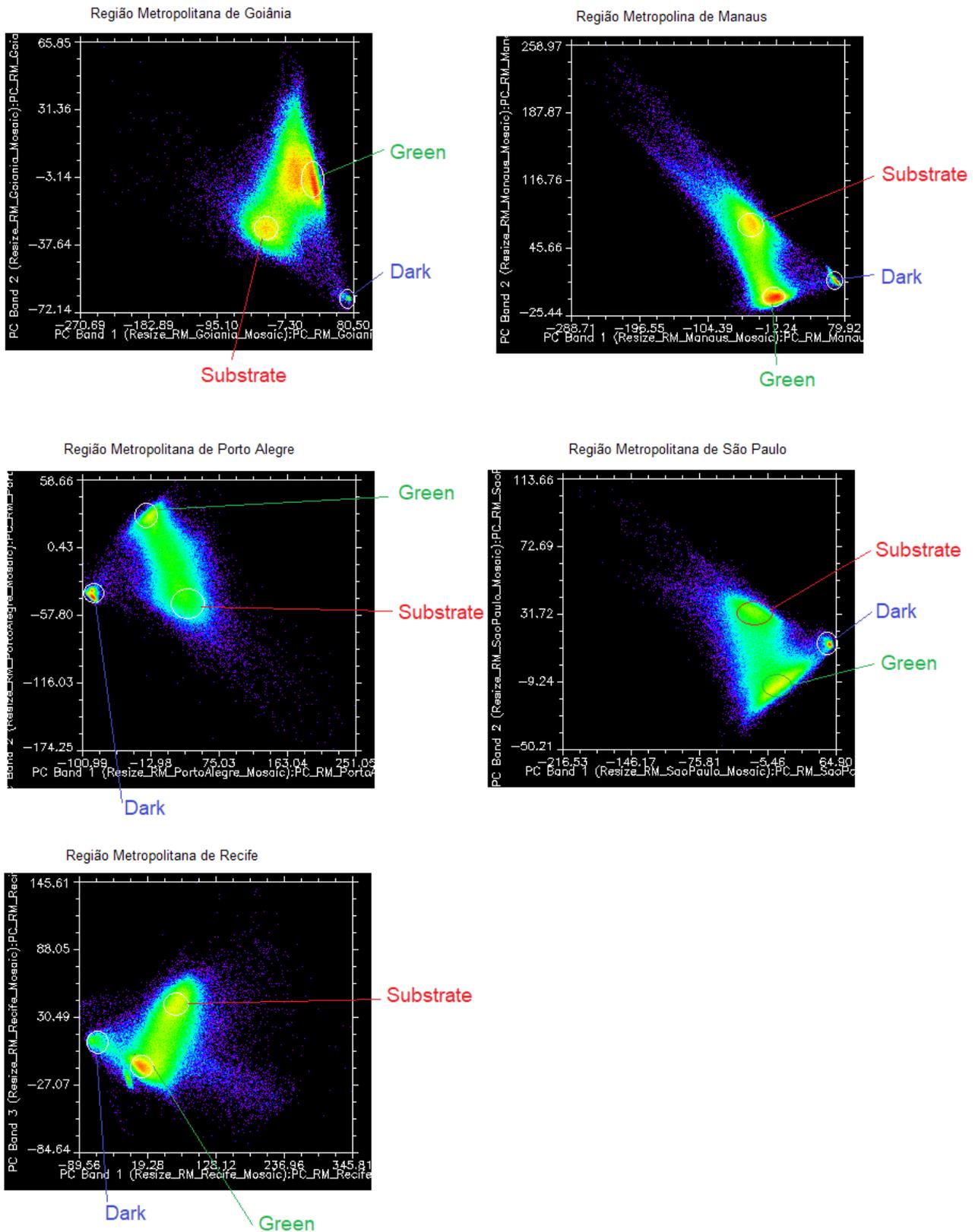


Figura 21: Nuvens de pontos dos Componentes Principais usados para coleta de *endmembers*.

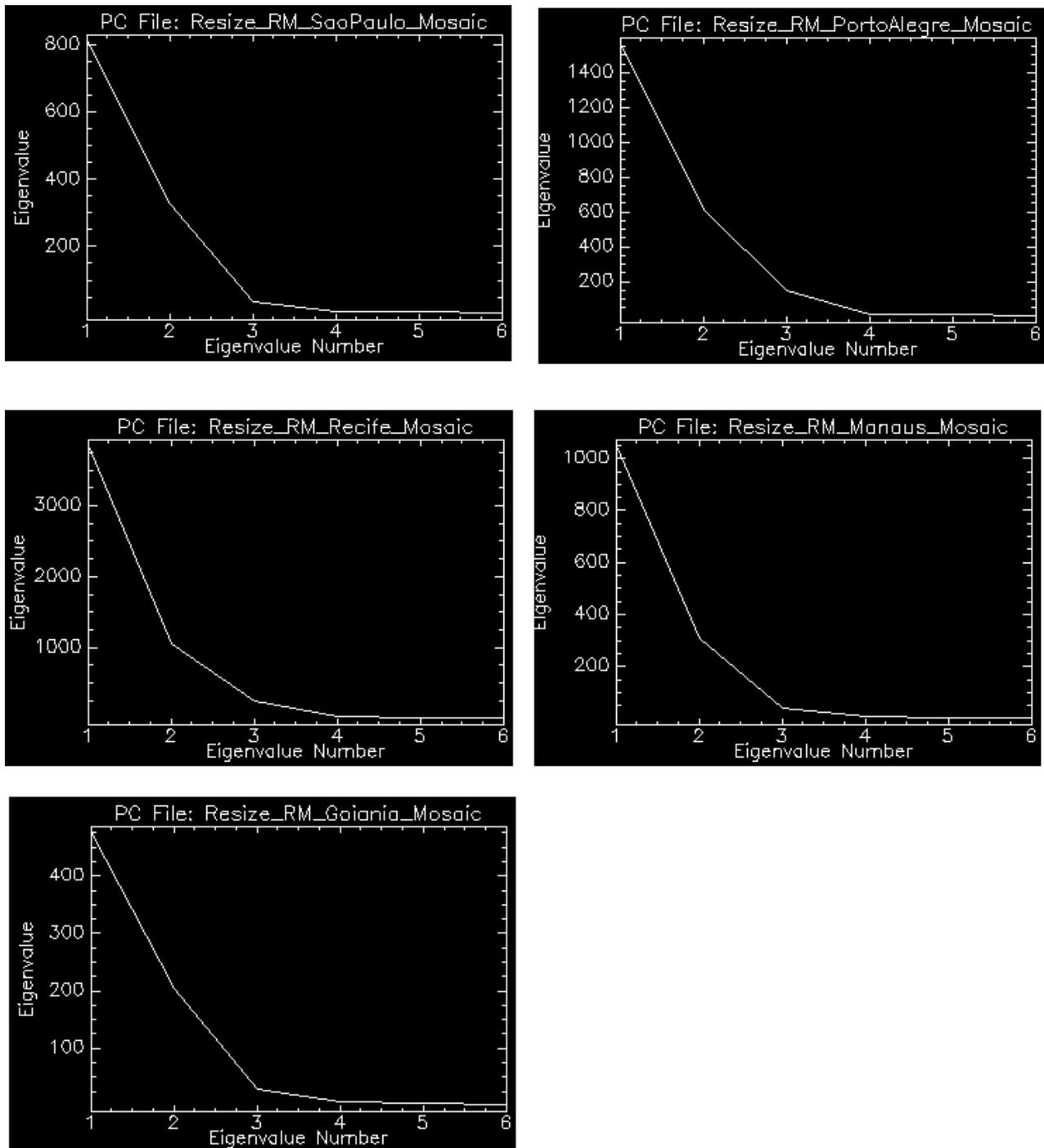


Figura 22: Autovalores das dimensões dos Componentes Principais.

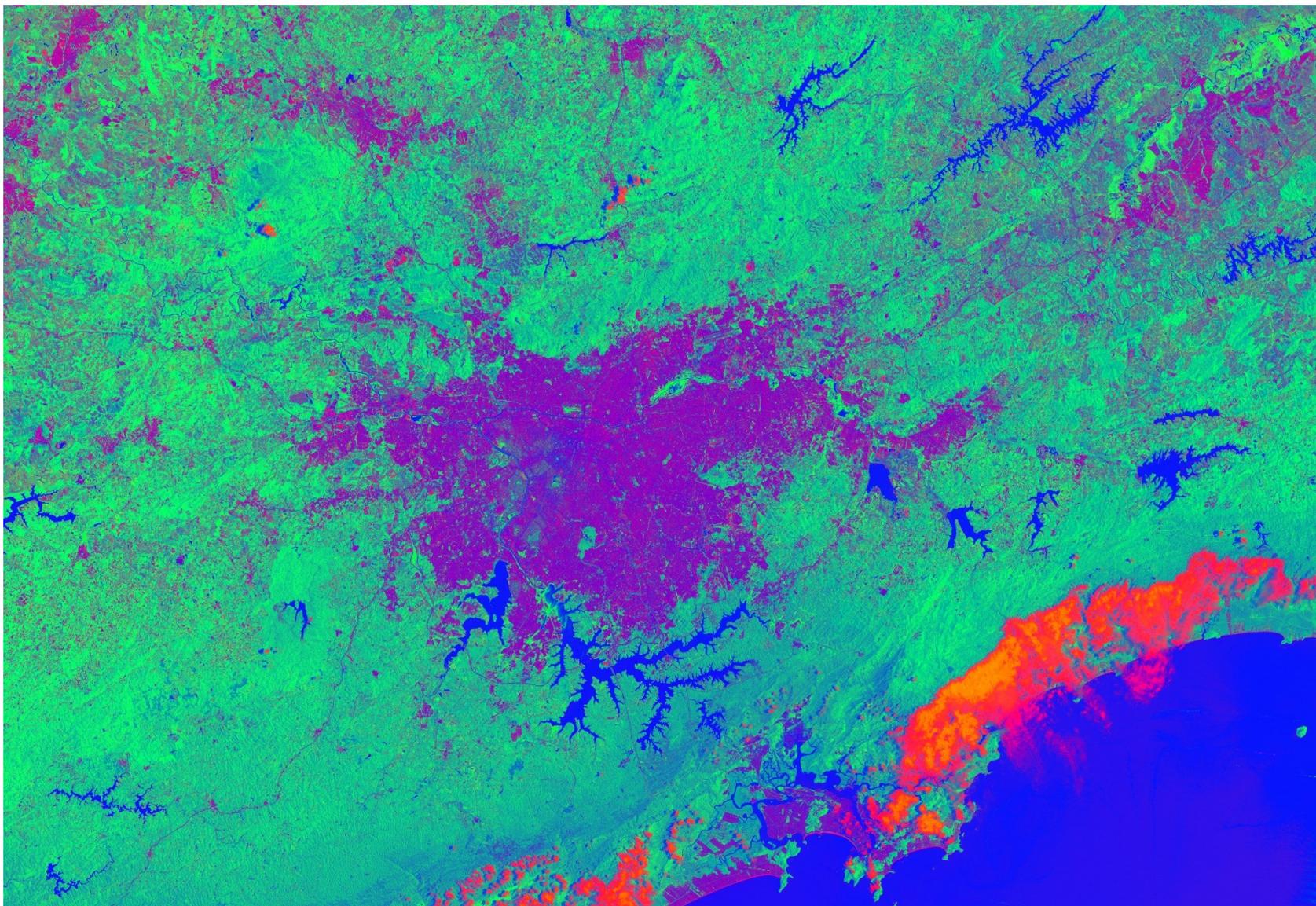


Figura 23: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de São Paulo)

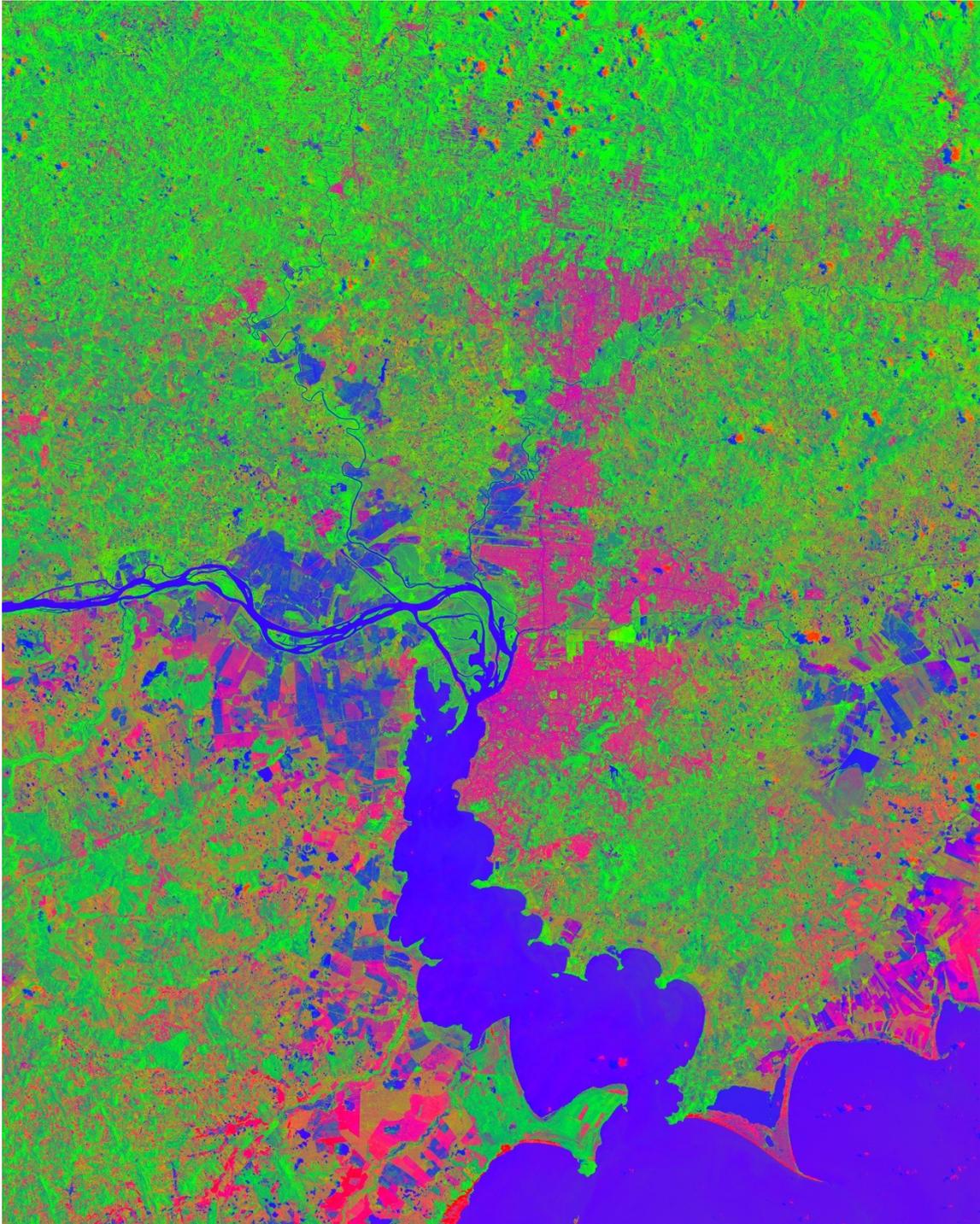


Figura 24: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Porto Alegre)

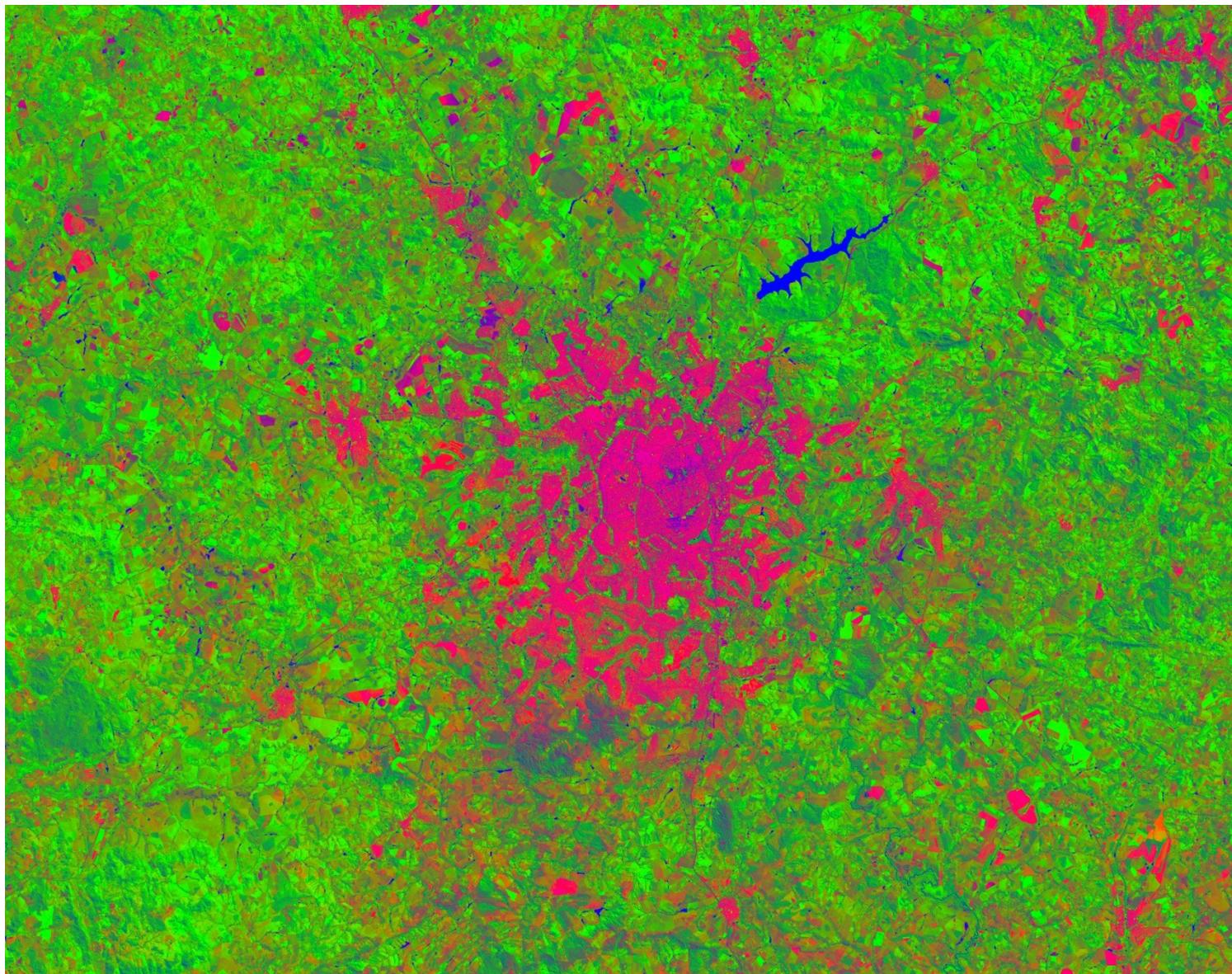


Figura 25: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Goiânia)

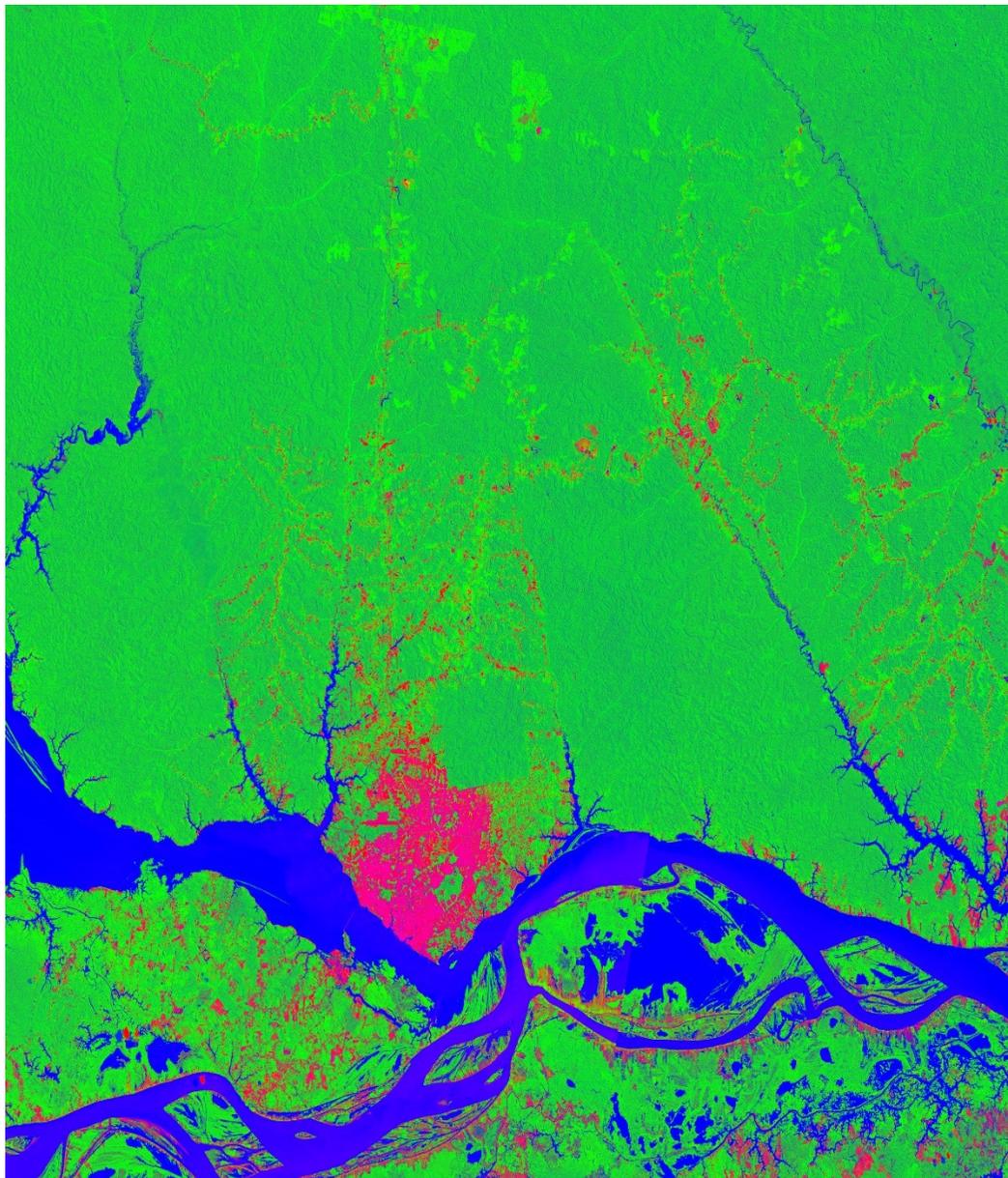


Figura 26: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Manaus)

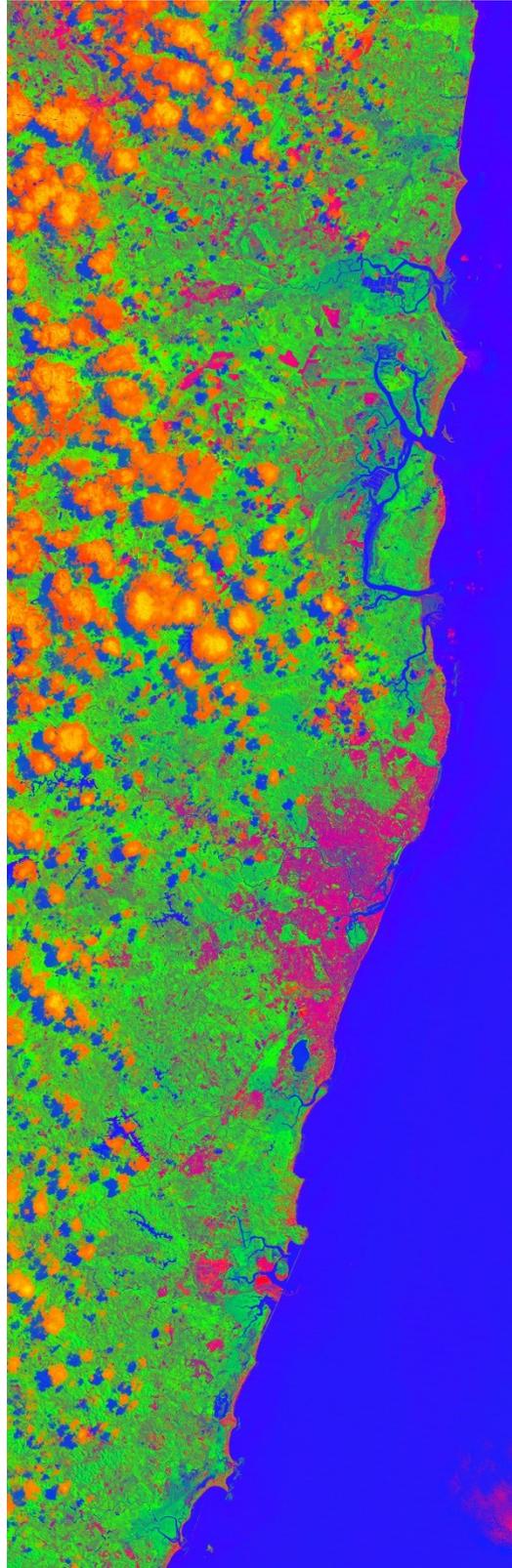


Figura 27: Resultado do modelo linear de mistura espectral (RM de Recife)

6.7 Taxas Mortalidades e ambiente urbano nas Regiões Metropolitanas

O ambiente urbano estudado apresenta grandes variações das condições entre as metrópoles, isso também pode ocorrer nos municípios de uma mesma Região Metropolitana (Tabela 8).

Em termos de condições de vida, a Região Metropolitana de Porto Alegre apresenta os melhores indicadores de bem-estar urbano e do contexto socioeconômico. No entanto, os melhores indicadores de acesso aos serviços de saúde estão na Região Metropolitana de São Paulo.

A Região Metropolitana de Manaus apresenta a maior cobertura de área verde e maior dispersão urbana. Em termos do acesso aos serviços de saúde e o contexto socioeconômico, esta metrópole tem os piores índices.

Tabela 8: Sumário das variáveis por Regiões Metropolitanas

Regiões Metropolitanas	Índice de Bem-Estar Urbano	Índice de Dispersão	Índice Socioeconômico	Áreas Verdes	Índice de Acesso à Saúde
	Média(sd), [Min.-Max.]	Média (sd), [Min.-Max.]	Média (sd), [Min.-Max.]	Média (sd), [Min.-Max.]	Média (sd), [Min.-Max.]
Goiânia	0,78 (0,06) [0,66 – 0,87]	33,06 (13,73) [8,99 – 62,50]	-0,67 (0,55) [-1,25 – 1,41]	61,75 (6,60) [48,58 – 77,94]	-0,47 (0,61) [-1,21 – 1,72]
Manaus	0,65 (0,05) [0,59 – 0,74]	35,94 (13,41) [7,35 – 48,48]	-1,47 (0,79) [-2,36 – 0,39]	67,61 (11,28) [43,36 – 82,53]	-0,38 (0,58) [-1,18 – 0,69]
Porto Alegre	0,79 (0,05) [0,67 – 0,88]	32,14 (19,44) [5,49 – 72,00]	0,59 (0,57) [-0,46 – 2,54]	57,12 (10,21) [42,01 – 99,37]	-0,07 (1,01) [-1,22 – 3,66]
Recife	0,63 (0,05) [0,53 – 0,73]	16,90 (12,88) [1,49 – 53,17]	-0,92 (0,78) [-2,05 – 0,75]	46,63 (7,52) [30,96 – 55,15]	-0,26 (0,88) [-1,24 – 2,65]
São Paulo	0,75 (0,07) [0,58 – 0,90]	22,82 (20,91) [0,76 – 70,00]	0,46 (0,80) [-0,73 – 3,47]	37,11 (4,66) [29,17 – 48,24]	0,47 (1,05) [-0,95 – 3,41]

A Região Metropolitana de Recife foi a mais compacta entre as analisadas. No entanto, em metrópole tem os piores índices de bem-estar urbano.

Este contexto complexo das condições ambientais e de vida traz desafios adicionais ao entendimento das relações entre o ambiente urbano e as mortalidades no Brasil.

Os valores do coeficiente de regressão (Tabela 9) estão na escala logarítmica. A variável é significativa se o intervalo de credibilidade (0.025quant e 0.975quant) não incluir o zero.

Os resultados do modelo de regressão especial (Tabela-) mostram que as mortalidades devido ao câncer de mama aumenta com o melhor acesso aos serviços de saúde.

As mortalidades por câncer do cólon aumentaram nos municípios que apresentaram maior dispersão urbana e também maior cobertura do acesso à saúde.

No caso das mortalidades por diabetes do tipo 2, houve associação negativa com o índice de bem-estar urbano, com taxas de mortalidades mais altas em municípios cujas condições de bem-estar eram piores.

Para as mortalidades por doenças cardiovasculares, aumentavam em municípios mais compactos e com melhores condições de bem-estar urbano.

O Índice de dispersão urbana foi a única variável associada com algumas mortalidades estudadas. Essas mortalidades foram as causadas por doenças cardiovasculares e câncer de cólon. Neste estudo, a mortalidade por doenças cardiovasculares diminuíram com as melhores condições de bem-estar urbano e também com os municípios que apresentaram maior dispersão urbana.

Tabela 9: Resultado do Modelo de Regressão INLA

	Média (sd)	0,025 quant	0,5 quant	0,975 quant	mode	kld
<i>Câncer de Mama</i>						
Intercept	13,8140 (1,6156)	10,3910	13,9112	16,7222	14,1525	0
Índice de dispersão	-1,5801 (0,8708)	-3,2860	-1,5824	0,1366	-1,5870	0
Acesso à Saúde*	2,3782 (0,8128)	0,7745	2,3798	3,9708	2,3831	0
Área Verde	0,2996 (1,1872)	-2,0809	0,3120	2,6070	0,3343	0
IBEU	0,6037 (0,9304)	-1,2421	0,6095	2,4160	0,6215	0
<i>Cardiovascular</i>						
Intercept	224,5819 (9,5452)	205,2362	224,7536	242,8995	225,0273	0
Índice de dispersão*	-14,1103 (5,4192)	-24,7598	-14,1100	-3,4741	-14,1096	0
Acesso à Saúde	2,2298 (5,4156)	-8,3944	2,2236	12,8773	2,2118	0
Área Verde	3,3119 (8,1818)	-12,1746	3,0901	20,0433	2,6330	0
IBEU*	-21,9720 (6,0683)	-33,8910	-21,9737	-10,0571	-21,9780	0
<i>Câncer do Cólon</i>						
Intercept	5,3720 (1,0352)	3,2158	5,4110	7,3036	5,4912	0
Índice de dispersão*	1,0239 (0,5052)	0,0430	1,0195	2,0293	1,0105	0
Acesso à Saúde*	1,1587 (0,4777)	0,2209	1,1581	2,0991	1,1567	0
Área Verde	0,8178 (0,7427)	-0,6172	0,8098	2,3008	0,7947	0
IBEU	-0,0173 (0,5499)	-1,0981	-0,0175	1,0629	-0,0180	0
<i>Diabetes tipo 2</i>						
Intercept	40,8978 (2,2453)	36,4101	40,9108	45,3208	40,9426	0
Índice de dispersão	0,6256 (1,6615)	-2,6644	0,6342	3,8680	0,6540	0
Acesso à Saúde	-1,2779 (1,6309)	-4,4892	-1,2766	1,9233	-1,2737	0
Área Verde	2,5373 (1,9829)	-1,2683	2,5018	6,5526	2,4365	0
IBEU*	-4,1160 (1,8243)	-7,6896	-4,1200	-0,5237	-4,1274	0

*significante

No caso das mortalidades por câncer de cólon, o efeito foi o oposto ao encontrado nas taxas de mortalidades por doenças cardiovasculares. O que encontramos foi o aumento da taxa de câncer de cólon em municípios menos compactos. A outra variável também associada com esse tipo de câncer foi o Índice de acesso aos serviços de saúde. Essa associação foi positiva, com taxas mais altas de mortalidade nos municípios com maior acesso à esses serviços,

Acredita-se que as cidades mais compactas tragam maiores benefícios para a população que nela reside. Esses benefícios podem vir através do aumento da caminhada e pelo uso do transporte público, não priorizando, assim, o uso do automóvel individual. Com as cidades menos dispersas, é possível que essas práticas aumentem os níveis de atividade física e reduzam a obesidade, entre outros (NIEUWENHUIJSEN, 2018), possibilitando uma vida menos sedentária. Tais conclusões são oriundas de estudos realizados em países de alta renda, principalmente na América do Norte (MACKENBACH et al., 2014). No entanto, mesmo nas pesquisas realizadas nos Estados Unidos, a associação entre a dispersão urbana e as mortalidades por câncer relacionadas à obesidade, mudam em diferentes regiões (BERRIGAN et al., 2014).

De acordo com Feng et al, (2010), tais evidências científicas ainda não dão suporte à hipótese que relaciona a dispersão com a obesidade. Em uma revisão de estudos longitudinais realizada por (CHANDRABOSE et al., 2019), foi encontrada uma evidência forte do impacto da dispersão urbana na obesidade, mas os resultados por atividade física não foram conclusivos,

A respeito do câncer de cólon é plausível pensar que a dispersão urbana pode ser mais relacionada aos hábitos específicos à dieta. Essa associação pode ser mais relacionada aos fatores ligados ao estilo de vida, com uma dieta maior de carnes vermelhas e processadas. No estudo realizado por Angelo et al., (2015), o consumo de

carne foi maior em pacientes com adenocarcinoma colorretal esporádico na população brasileira.

A associação positiva entre o status socioeconômico e o risco de câncer tem sido observado em um longo período em alguns estudos de caso-controle e estudos de coorte nos casos de câncer de cólon (VAN LOON, VAN DEN BRANDT, & GOLDBOHM, 1995) e câncer de mama. Também no Brasil, um estudo de série temporal mostrou uma associação forte entre mortalidade e aumento da renda (GUIMARÃES, ROCHA, MUZI, & RAMOS, 2013), que também foi atribuída a hábitos alimentares, com alto consumo de carnes vermelhas e processadas, e alimentos pobres em fibras.

No nosso estudo, as taxas de mortalidades por câncer do cólon e câncer de mama tiveram associação positiva com o índice de acesso aos serviços de saúde. Esse índice teve correlação significativa ($r = 0,64$, $p < 0,000$) com o índice socioeconômico. O índice socioeconômico não entrou no modelo devido à colinearidade com outras variáveis.

Faz sentido acreditar que o maior desenvolvimento nos municípios está relacionado com a cobertura dos serviços de saúde. Desta forma, este resultado poderia explicar a associação positiva entre o maior acesso aos serviços de saúde e as mortalidades devido a câncer de cólon e mama.

Para as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, o índice de bem-estar urbano foi associado negativamente, os municípios com maiores taxas de mortalidade também tinham as piores condições de bem-estar urbano. Este índice tem correlação positiva com o índice socioeconômico ($r = 0,59$, $p < 0,000$).

Existem algumas correlações potenciais da obesidade e o ambiente físico, se fazendo plausível pensar que outros fatores ambientais possam estar relacionados, tais

como acesso a áreas de recreação, proximidade à comércio de “*fast food*”, bem como os hábitos de atividade física. O índice de bem-estar urbano não foi correlacionado com o índice de dispersão urbana ($r = -0,173$, $p > 0,05$).

Para as mortalidades por doenças cardiovasculares, o índice de bem-estar urbano foi associado negativamente a essas taxas. No entanto, essas mortalidades estavam associadas a municípios mais compactos. Esse resultado nos trazem alguns questionamentos das razões desta associação, tendo em vista que vai em um caminho contrário aos achados anteriormente.

As doenças cardiovasculares apresentam alguns fatores de riscos modificáveis conhecidos, entre eles, diabetes, colesterol elevado, triglicérides elevado, hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, hábito de fumar, abuso de bebidas alcoólicas e inatividade física.

Com o intuito de explorar mais esse resultado, usamos algumas variáveis do VIGITEL (sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico). Essas variáveis não entraram no modelo, pois é uma pesquisa no nível estadual e quando inserido no modelo, apresentou problemas, deixando o modelo menos explicativo.

Ao testar as correlações entre as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e as variáveis complementares, foi encontrada associação significativa para porcentagem de hipertensão ($r=0,44$ $p=0,01$), diagnóstico de diabetes ($r=0,41$ $p=0,01$), porcentagem de fumantes ($r=0,20$ $p=0,05$) e porcentagem de inatividade física ($r=0,37$ $p=0,01$).

Uma outra questão que se mostra importante para este trabalho é a qualidade do dado das mortalidades. O estado do Amazonas tem os piores índices no que diz respeito a isso, com cerca de dados de 18%, podendo interferir nos resultados analisados. Ao fazer o teste de correlação das taxas cardiovasculares e a variável referente à qualidade dos dados, foi encontrado uma correlação de 0,55 com valor de $p=0,01$.

Desta forma, são necessários outros estudos cujo objetivo é melhor entender as associações entre as mortalidades por doenças cardiovasculares e a dispersão urbana nas metrópoles brasileira, para assim, compreender como essas condições urbanas podem afetar esse tipo de doença.

Neste estudo, a variável área verde dos municípios das Regiões Metropolitanas não apresentou associação significativa com as taxas de mortalidades analisadas. Estudos anteriores notificam possíveis benefícios em viver em locais com maior áreas verdes, podendo influenciar na qualidade de vida da população. Estes benefícios podem vir através do aumento da atividade física, podem afetar as emoções, aumentando o contato social, melhorando as condições ambientais, como reduzir o nível de ruído e poluição, bem como moderar os efeitos das ilhas de calor.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo mostra evidências de associações entre mortalidades relacionadas à inatividade física com as condições urbanas em Regiões Metropolitanas do Brasil. Esses resultados indicaram que o Índice de Bem-Estar Urbano, o Índice de Dispersão Urbana e o Acesso de Serviços de Saúde estão associados com as taxas de mortalidades com as doenças que a Organização Mundial de Saúde relaciona com as condições de inatividade física.

As mortalidades por Diabetes do tipo 2 e as doenças cardiovasculares em municípios das Regiões metropolitanas estão associados com as piores condições de bem-estar urbano. Ainda sobre as taxas de mortalidades por doenças cardiovasculares, na medida que esta taxa aumenta, o Índice de dispersão urbana nos municípios diminui, tratam-se de municípios mais compactos.

Em municípios onde o Índice de acesso a serviços de saúde era melhor, as taxas de câncer de mama e cólon também eram mais altas. Mortalidade por Câncer do cólon foi associado positivamente com Índice de dispersão urbana, que significa taxas mais altas em municípios mais dispersos.

Os resultados encontrados neste trabalho trazem contribuição em escala municipal das Regiões metropolitanas, que são os maiores adensamentos populacionais dos seus respectivos estados. As mortalidades estudadas têm associação reconhecida com a inatividade física e as condições da vida urbana. As taxas de acesso aos serviços de saúde e mortalidades por câncer de mama e cólon precisam de estudos futuros para melhor esclarecer os resultados encontrados neste trabalho.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, M, A, et al, International variation in neighborhood walkability, transit, and recreation environments using geographic information systems: the IPEN adult study, **Int J Health Geogr**, v, 13, p, 43, 2014, ISSN 1476-072X (Electronic)

1476-072X (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25343966> > ,

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION-ADS. Diabetes mellitus and Exercise (position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 24, n. 1, 2001.

AGAY-SHAY, K, et al, Green spaces and adverse pregnancy outcomes, **Occup Environ Med**, v, 71, n, 8, p, 562-9, Aug 2014, ISSN 1470-7926 (Electronic)

1351-0711 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24759971> > ,

BARCELÓ, A; RAJPATHAK, S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. **Rev. Panam. Salud Pub.**, Washington, D.C., v. 10, n. 5, p. 300-308, 2001.

BELON, A, P,; NYKIFORUK, C, Possibilities and challenges for physical and social environment research in Brazil: a systematic literature review on health behaviors, **Cadernos de Saúde Pública**, v, 29, n, 10, p, 1955-1973, 2013, ISSN 0102-311X,

BERRIGAN, D, et al, Urban sprawl, obesity, and cancer mortality in the United States: cross-sectional analysis and methodological challenges, **Int J Health Geogr**, v, 13, p, 3, 2014, ISSN 1476-072X (Electronic)

1476-072X (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393615> > ,

BORRELL, C, et al, Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities, **Scand J Public Health**, v, 42, n, 3, p, 245-54, May 2014, ISSN 1651-1905 (Electronic)

1403-4948 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567425> > ,

CERVERO, R, et al, Influences of Built Environments on Walking and Cycling: Lessons from Bogotá, **International Journal of Sustainable Transportation**, v, 3, n, 4, p, 203-226, 2009, ISSN 1556-8318

1556-8334,

DRUMOND JÚNIOR M, BARROS MBA. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**;2(1-2):34-49, 1999.

DUANY, A,; PLATER-ZYBERK, E,; SPECK, J, **Suburban Nation: the Rise of Sprawl and the Decline of the American Dream**, New York: North Point Press, 2000,

ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, What is Open Space/Green Space? , 2014, Disponível em: < <http://www.epa.gov/region1/eco/uep/openspace.html> >, Acesso em: 9 Feb 2015,

EWING, R, et al, Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity, **American Journal of Health Promotion**, v, 18, n, 1, p, 47-57, 2003, ISSN 0890-1171,

FACTOR, R,; AWERBUCH, T,; LEVINS, R, Social and land use composition determinants of health: variability in health indicators, **Health Place**, v, 22, p, 90-7, Jul 2013, ISSN 1873-2054 (Electronic)

1353-8292 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644393> > ,

FRENTZEL-BEYME R, CHANG-CLAUDE J. Vegetarian Diets and Colon Cancer: the German Experience. **Am J Clin Nutr**; 59(S): 1143S-52S, 1994.

GARDEN, F, L,; JALALUDIN, B, B, Impact of urban sprawl on overweight, obesity, and physical activity in Sydney, Australia, **J Urban Health**, v, 86, n, 1, p, 19-30, Jan 2009, ISSN 1099-3460 (Print)

1099-3460 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19052877> > ,

GUERRA, MAXIMILIANO RIBEIRO; GALLO, CLÁUDIA VITÓRIA DE MOURA ; MENDONÇA, GULNAR AZEVEDO E SILVA . Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n.3, p. 227-234, 2005.

GLAESER, E, Cities, productivity, and quality of life, **Science**, v, 333, n, 6042, p, 592-4, Jul 29 2011, ISSN 1095-9203 (Electronic)

0036-8075 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798941> > ,

HOWE GR, BENITO E, CASTELLETO R, CORNÉE J, ESTÉVE J, GALLAGHER RP et al. Dietary Intake of Fiber and Decreased Risk of Cancers of the Colon and Rectum: Evidence from the Combined Analysis of 13 Case-Control Studies. **J Natl Cancer Inst**; 84(24): 1887-96, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Base de informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por Setor Censitário**, Rio de Janeiro, RJ: Centro de Documentação e Disseminação de Informações: 200 p, 2011,

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Controle do câncer de mama. **Documento de consenso**. Rio de Janeiro: Instituição Nacional de Câncer; 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, vol 3. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2003.

ISHITANI, L. H.; FRANCO, GC ; PERPÉTUO, IHO ; FRANCA, E. B. . Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, v. 40, p. 684-691, 2006.

KNOWLER, W.C. et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 346, p. 393-403, 2002.

LALLOUE, B, et al, A statistical procedure to create a neighborhood socioeconomic index for health inequalities analysis, **Int J Equity Health**, v, 12, p, 21, 2013, ISSN 1475-9276 (Electronic)

1475-9276 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537275> > ,

LEE, A, C.; MAHESWARAN, R, The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence, **J Public Health (Oxf)**, v, 33, n, 2, p, 212-22, Jun 2011, ISSN 1741-3850 (Electronic)

1741-3842 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20833671> > ,

LOPEZ, R, Urban Sprawl and Risk for Being Overweight or Obese, **American Journal of Public Health**, v, 94, n, 9, p, 1574-1579, 2004, ISSN 0090-0036

1541-0048,

LOPEZ, R.; HYNES, H, P, SPRAWL IN THE 1990S Measurement, Distribution, and Trends, **Urban Aff Rev Thousand Oaks Calif**, v, 38, n, 3, p, 325-355, Jan 1 2003, ISSN 1078-0874 (Print)

1078-0874 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16990927> > ,

LOPES ER, REBELO MS, ABIB AR, ABREU E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. **Rev Bras Cancerol**; 42:105-16 1995.

MALTA, D. C., MOURA, L. DE, PRADO, R. R. DO, ESCALANTE, J. C., SCHMIDT, M. I., & DUNCAN, B. B. . Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 23(4), 599–608. 2014 <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>

MARTINS, I. S. ; VELÁSQUEZ, G. ; MARUCCI, M. F. N. ; COELHO, L. T. ; CERVATO, A. M. . Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população de área metropolitana da região sudeste do Brasil. III. Hipertensão. **Revista de Saúde Pública** (USP. Impresso), v. 31, n.4, p. 466-471, 1997.

MARI-DELL'OLMO, M, et al, Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities, **J Epidemiol Community Health**, v, 69, n, 5, p, 432-41, May 2015, ISSN 1470-2738 (Electronic)

0143-005X (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25631857> > ,

MEDRADO-FARIA MA, RODRIGUES DE ALMEIDA JW, ZANETTA DM. Gastric and colorectal cancer mortality in an urban and industrialized area of Brazil. **Rev Hosp Clin Fac Med**. São Paulo;56(2):47-52, 2001.

MEISTER K, MORGAN J. Risk factors for breast cancer. **New York: American Council on Science and Health**; 2000.

MONTEIRO, C.A. et al. Shifting obesity trends in Brazil. **Eur. J. Clin. Nutr.**, Basingstore, v. 54, n. 342-346, 2000.

NEVES, F.J.; KOIFMAN, R.J. ; MATTOS, I.E. . Mortalidade por câncer de cólon e reto e consumo alimentar em capitais brasileiras selecionadas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 112, 2006.

OJIMA, R,; HOGAN, D, J, Mobility, urban sprawl and environmental risks in Brazilian urban agglomerations: challenges for urban sustainability, In: SHERBINIIN, A,;RAHMAN, A,, *et al* (Ed,), **Urban Population-Environment Dynamics in the Developing World: case studies and lessons learned**, Paris, 2009, p,281-312,

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 60p., 2003.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. . Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, v. 23, p. 1061-1069, 2007.

RIQUE, A. B.; ABREU, E. ; MEIRELLES, C. . Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, p. 244-254, 2002.

RIBEIRO, AMANDA GOMES; COTTA, ROSÂNGELA MINARDI MITRE ; RIBEIRO, SÔNIA MACHADO ROCHA . A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 7-17, 2012.

RYDIN, Y, et al, Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century, **The Lancet**, v, 379, n, 9831, p, 2079-2108, 2012, ISSN 01406736,

SANTOS SM, NORONHA CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**; 17:1099-110, 2001.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 29-36, 2003.

SCOTT, M, M,; DUBOWITZ, T,; COHEN, D, A, Regional differences in walking frequency and BMI: what role does the built environment play for Blacks and Whites? **Health Place**, v, 15, n, 3, p, 882-7, Sep 2009, ISSN 1353-8292 (Print)

1353-8292 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19345134> > ,

SINGH GK, SIAHPUSH M. Increasing inequalities in allcause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. **Int J Epidemiol**; 31:600-13, 2002.

SHANAHAN, D, F, et al, Toward Improved Public Health Outcomes From Urban Nature, **Am J Public Health**, p, e1-e8, Jan 20 2015, ISSN 1541-0048 (Electronic)

0090-0036 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25602866> > ,

SMALL, C,; MILESI, C, Multi-scale standardized spectral mixture models, **Remote Sensing of Environment**, v, 136, p, 442-454, 2013, ISSN 00344257,

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. **Diagraphic**. Rio de Janeiro, 2003.

SMIT, W, et al, **Urban planning/design and health equity: a review**: 51 p, 2010,

SPERANDELLI, D, I,; DUPAS, F, A,; DIAS PONS, N, A, Dynamics of Urban Sprawl, Vacant Land, and Green Spaces on the Metropolitan Fringe of São Paulo, Brazil, **Journal of Urban Planning and Development**, v, 139, n, 4, p, 274-279, 2013, ISSN 0733-9488

1943-5444,

STURM, R,; COHEN, D, A, Suburban sprawl and physical and mental health, **Public Health**, v, 118, n, 7, p, 488-96, Oct 2004, ISSN 0033-3506 (Print)

0033-3506 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351221> > ,

TURRELL G, MATHERS C. Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. **Int J Epidemiol.**;30:231-9, 2001.

UNITED NATIONS, **World urbanization prospects: the 2009 revision**, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, P, D, New York, U,S, 2010,

VANDEGRIFT, D,; YOKED, T, Obesity rates, income, and suburban sprawl: an analysis of US states, **Health Place**, v, 10, n, 3, p, 221-9, Sep 2004, ISSN 1353-8292 (Print)

1353-8292 (Linking), Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15177197> > ,

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**, Geneva: 2009, 70,

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO Expert Consultation, Geneva, **WHO technical Report Series** n. 916, 2003.

P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,003	-,091	,321	-,498*	,398	-,336	-,489*	-,399
	Sig. (2 extremidades)	,989	,702	,168	,025	,082	,148	,029	,082
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,215	-,049	-,228	,121	-,080	,016	,083	-,130
	Sig. (2 extremidades)	,363	,838	,333	,611	,736	,947	,728	,586
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
P_URB	Correlação de Pearson	,257	-,581**	,323	-,675**	,463*	-,455*	-,114	-,614**
	Sig. (2 extremidades)	,274	,007	,165	,001	,040	,044	,631	,004
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

Correlações

		P_BRASILEIRO	P_NUNCA_VIV	P_CIV_RELIG	P_UNIAO_CONS	P_CATOLICO	P_SEM_RELIG
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	,076	,187	,046	-,111	-,342	,296
	Sig. (2 extremidades)	,751	,429	,849	,643	,140	,205
	N	20	20	20	20	20	20
P_MAS	Correlação de Pearson	-,150	-,489*	,051	,292	,430	-,038
	Sig. (2 extremidades)	,529	,029	,831	,212	,059	,873
	N	20	20	20	20	20	20
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,445*	-,336	-,617**	,693**	-,303	,531*
	Sig. (2 extremidades)	,049	,147	,004	,001	,194	,016
	N	20	20	20	20	20	20
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,327	,092	,566**	-,477*	,624**	-,630**
	Sig. (2 extremidades)	,160	,701	,009	,033	,003	,003
	N	20	20	20	20	20	20
P_PPI	Correlação de Pearson	,363	,005	-,669**	,509*	-,463*	,568**
	Sig. (2 extremidades)	,116	,984	,001	,022	,040	,009
	N	20	20	20	20	20	20

	N	20	20	20	20	20	20
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-.443	,057	,665**	-.504*	,470*	-.596**
	Sig. (2 extremidades)	,050	,810	,001	,023	,037	,006
	N	20	20	20	20	20	20
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-.329	,151	,526*	-.493*	,733**	-.521*
	Sig. (2 extremidades)	,156	,525	,017	,027	,000	,019
	N	20	20	20	20	20	20
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	,382	-.348	,018	,158	,189	-.282
	Sig. (2 extremidades)	,097	,132	,939	,506	,426	,228
	N	20	20	20	20	20	20
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	1	-.342	-.466*	,364	-.099	,166
	Sig. (2 extremidades)		,140	,038	,115	,677	,485
	N	20	20	20	20	20	20
P_NUNCA_VIVIA	Correlação de Pearson	-.342	1	-.030	-.151	-.036	-.187
	Sig. (2 extremidades)	,140		,899	,524	,879	,431
	N	20	20	20	20	20	20
P_CIVIL_RELIGIOSO	Correlação de Pearson	-.466*	-.030	1	-.908**	,398	-.318
	Sig. (2 extremidades)	,038	,899		,000	,082	,172
	N	20	20	20	20	20	20
P_UNIAO_CONSERVADORA	Correlação de Pearson	,364	-.151	-.908**	1	-.251	,284
	Sig. (2 extremidades)	,115	,524	,000		,286	,226
	N	20	20	20	20	20	20
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-.099	-.036	,398	-.251	1	-.440
	Sig. (2 extremidades)	,677	,879	,082	,286		,052
	N	20	20	20	20	20	20
P_SEM_RELIGIAO	Correlação de Pearson	,166	-.187	-.318	,284	-.440	1

	Sig, (2 extremidades)	,485	,431	,172	,226	,052	
	N	20	20	20	20	20	20
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,051	-,111	,280	-,257	-,324	-,069
	Sig, (2 extremidades)	,832	,640	,232	,274	,163	,771
	N	20	20	20	20	20	20
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,306	-,026	-,292	,296	-,495 [*]	,134
	Sig, (2 extremidades)	,190	,914	,211	,205	,026	,572
	N	20	20	20	20	20	20
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,140	-,165	,118	-,224	,079	,210
	Sig, (2 extremidades)	,556	,488	,619	,343	,742	,375
	N	20	20	20	20	20	20
P_URB	Correlação de Pearson	,010	,321	-,133	-,053	-,240	,350
	Sig, (2 extremidades)	,968	,168	,576	,825	,309	,130
	N	20	20	20	20	20	20

Correlações

		P EV NDET	P ASS DEUS	P ESPIRITA	P URB
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,036	,003	-,215	,257
	Sig, (2 extremidades)	,880	,989	,363	,274
	N	20	20	20	20
P_MAS	Correlação de Pearson	-,075	-,091	-,049	-,581 ^{**}
	Sig, (2 extremidades)	,754	,702	,838	,007
	N	20	20	20	20
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,052	,321	-,228	,323
	Sig, (2 extremidades)	,826	,168	,333	,165
	N	20	20	20	20
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,107	-,498 [*]	,121	-,675 ^{**}
	Sig, (2 extremidades)	,652	,025	,611	,001
	N	20	20	20	20
P_PPI	Correlação de Pearson	-,022	,398	-,080	,463 [*]
	Sig, (2 extremidades)	,928	,082	,736	,040
	N	20	20	20	20
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,021	-,336	,016	-,455 [*]

	Sig, (2 extremidades)	,930	,148	,947	,044
	N	20	20	20	20
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,165	-,489*	,083	-,114
	Sig, (2 extremidades)	,486	,029	,728	,631
	N	20	20	20	20
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	,197	-,399	-,130	-,614**
	Sig, (2 extremidades)	,406	,082	,586	,004
	N	20	20	20	20
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	,051	-,306	,140	,010
	Sig, (2 extremidades)	,832	,190	,556	,968
	N	20	20	20	20
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	-,111	-,026	-,165	,321
	Sig, (2 extremidades)	,640	,914	,488	,168
	N	20	20	20	20
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	,280	-,292	,118	-,133
	Sig, (2 extremidades)	,232	,211	,619	,576
	N	20	20	20	20
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	-,257	,296	-,224	-,053
	Sig, (2 extremidades)	,274	,205	,343	,825
	N	20	20	20	20
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,324	-,495*	,079	-,240
	Sig, (2 extremidades)	,163	,026	,742	,309
	N	20	20	20	20
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	-,069	,134	,210	,350
	Sig, (2 extremidades)	,771	,572	,375	,130
	N	20	20	20	20
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	1	,018	-,082	,105
	Sig, (2 extremidades)		,939	,730	,659
	N	20	20	20	20
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,018	1	-,330	,300
	Sig, (2 extremidades)	,939		,155	,198
	N	20	20	20	20
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,082	-,330	1	-,108
	Sig, (2 extremidades)	,730	,155		,652
	N	20	20	20	20
P_URB	Correlação de Pearson	,105	,300	-,108	1
	Sig, (2 extremidades)	,659	,198	,652	
	N	20	20	20	20

*, A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Educação

Correlações

		P_GRAD	P_MESTRADO	P_DOUTOR	P_SEM_INST
P_GRAD	Correlação de Pearson	1	-,963**	-,267	,103
	Sig. (2 extremidades)		,000	,254	,665
	N	20	20	20	20
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,963**	1	-,001	-,010
	Sig. (2 extremidades)	,000		,997	,966
	N	20	20	20	20
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,267	-,001	1	-,348
	Sig. (2 extremidades)	,254	,997		,133
	N	20	20	20	20
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	,103	-,010	-,348	1
	Sig. (2 extremidades)	,665	,966	,133	
	N	20	20	20	20
P_FUND	Correlação de Pearson	-,426	,371	,254	-,399
	Sig. (2 extremidades)	,061	,107	,279	,081
	N	20	20	20	20
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,133	-,215	,276	-,882**
	Sig. (2 extremidades)	,577	,363	,239	,000
	N	20	20	20	20
P_SUP	Correlação de Pearson	-,165	,101	,253	-,845**
	Sig. (2 extremidades)	,487	,672	,282	,000
	N	20	20	20	20
P_NDET	Correlação de Pearson	,014	-,084	,250	-,372
	Sig. (2 extremidades)	,952	,723	,288	,107
	N	20	20	20	20

Correlações

		P_FUND	P_MEDIO	P_SUP	P_NDET
P_GRAD	Correlação de Pearson	-,426	,133	-,165	,014
	Sig. (2 extremidades)	,061	,577	,487	,952
	N	20	20	20	20
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	,371	-,215	,101	-,084
	Sig. (2 extremidades)	,107	,363	,672	,723
	N	20	20	20	20
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	,254	,276	,253	,250
	Sig. (2 extremidades)	,279	,239	,282	,288

	N	20	20	20	20
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	-,399	-,882**	-,845**	-,372
	Sig, (2 extremidades)	,081	,000	,000	,107
	N	20	20	20	20
P_FUND	Correlação de Pearson	1	,088	,185	,258
	Sig, (2 extremidades)		,713	,435	,272
	N	20	20	20	20
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,088	1	,610**	,318
	Sig, (2 extremidades)	,713		,004	,172
	N	20	20	20	20
P_SUP	Correlação de Pearson	,185	,610**	1	,151
	Sig, (2 extremidades)	,435	,004		,524
	N	20	20	20	20
P_NDET	Correlação de Pearson	,258	,318	,151	1
	Sig, (2 extremidades)	,272	,172	,524	
	N	20	20	20	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Mobilidade

		Correlações		
		P_MOTO	P_CARRO	P_MOTO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	1	-,041	,875**
	Sig, (2 extremidades)		,863	,000
	N	20	20	20
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,041	1	,291
	Sig, (2 extremidades)	,863		,213
	N	20	20	20
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	,875**	,291	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,213	
	N	20	20	20
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,576**	-,758**	-,676**
	Sig, (2 extremidades)	,008	,000	,001
	N	20	20	20
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,887**	-,349	,553*
	Sig, (2 extremidades)	,000	,132	,011
	N	20	20	20
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,606**	,786**	-,363
	Sig, (2 extremidades)	,005	,000	,116
	N	20	20	20

Correlações

		P_NEM_MOTO_C		
		ARRO	P_SO_MOTO	P_SO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	-,576**	,887**	-,606**
	Sig. (2 extremidades)	,008	,000	,005
	N	20	20	20
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,758**	-,349	,786**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,132	,000
	N	20	20	20
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,676**	,553*	-,363
	Sig. (2 extremidades)	,001	,011	,116
	N	20	20	20
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	1	-,347	-,302
	Sig. (2 extremidades)		,134	,196
	N	20	20	20
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	-,347	1	-,697**
	Sig. (2 extremidades)	,134		,001
	N	20	20	20
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,302	-,697**	1
	Sig. (2 extremidades)	,196	,001	
	N	20	20	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Pobreza

Correlações

		P_POBREZA	P_PPI_POBREZA	P_BOLSA_FAM
P_POBREZA	Correlação de Pearson	1	,891**	,668**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,001
	N	20	20	20
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,891**	1	,550*
	Sig. (2 extremidades)	,000		,012
	N	20	20	20
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,668**	,550*	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	,012	
	N	20	20	20
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	-,040	-,120	,254
	Sig. (2 extremidades)	,868	,615	,280
	N	20	20	20

Correlações

		P_OUTROS_PS
P_POBREZA	Correlação de Pearson	-,040
	Sig. (2 extremidades)	,868
	N	20
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	-,120
	Sig. (2 extremidades)	,615
	N	20
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,254
	Sig. (2 extremidades)	,280
	N	20
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Privação material

Correlações

		P_TV	P_MAQLAVAR	P_GELADEIRA
P_TV	Correlação de Pearson	1	,262	,407
	Sig. (2 extremidades)		,265	,075
	N	20	20	20
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,262	1	,607**
	Sig. (2 extremidades)	,265		,005
	N	20	20	20
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,407	,607**	1
	Sig. (2 extremidades)	,075	,005	
	N	20	20	20
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,294	,999**	,616**
	Sig. (2 extremidades)	,209	,000	,004
	N	20	20	20
P_CELULAR	Correlação de Pearson	-,064	,680**	,351
	Sig. (2 extremidades)	,789	,001	,129
	N	20	20	20
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,053	,461*	,021
	Sig. (2 extremidades)	,824	,041	,929
	N	20	20	20
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,037	,469*	,004
	Sig. (2 extremidades)	,878	,037	,987

N	20	20	20
---	----	----	----

Correlações

		P_MAQTVGEL	P_CELULAR	P_COMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,294	-,064	,053
	Sig. (2 extremidades)	,209	,789	,824
	N	20	20	20
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,999**	,680**	,461*
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	,041
	N	20	20	20
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,616**	,351	,021
	Sig. (2 extremidades)	,004	,129	,929
	N	20	20	20
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	1	,671**	,461*
	Sig. (2 extremidades)		,001	,041
	N	20	20	20
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,671**	1	,251
	Sig. (2 extremidades)	,001		,287
	N	20	20	20
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,461*	,251	1
	Sig. (2 extremidades)	,041	,287	
	N	20	20	20
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,467*	,316	,992**
	Sig. (2 extremidades)	,038	,175	,000
	N	20	20	20

Correlações

		P_CELCOMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,037
	Sig. (2 extremidades)	,878
	N	20
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,469*
	Sig. (2 extremidades)	,037
	N	20
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,004
	Sig. (2 extremidades)	,987
	N	20
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,467*
	Sig. (2 extremidades)	,038
	N	20
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,316
	Sig. (2 extremidades)	,175

	N	20
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,992**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	20
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Renda

		P_ALUG	MEDIA_REND_DOM
P_ALUG	Correlação de Pearson	1	,564**
	Sig. (2 extremidades)		,010
	N	20	20
MEDIA_REND_DOM	Correlação de Pearson	,564**	1
	Sig. (2 extremidades)	,010	
	N	20	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Riqueza

		P_ALUG1000	P_IDOSO_10SM
P_ALUG1000	Correlação de Pearson	1	,765**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	20	20
P_IDOSO_10SM	Correlação de Pearson	,765**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	20	20

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

		ICE_renda	ICE_raca	ICE_ppi	ICE_edu
ICE_renda	Correlação de Pearson	1	,027	,139	,910**
	Sig. (2 extremidades)		,910	,558	,000
	N	20	20	20	20

ICE_raca	Correlação de Pearson	,027	1	,979**	,123
	Sig. (2 extremidades)	,910		,000	,604
	N	20	20	20	20
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,139	,979**	1	,236
	Sig. (2 extremidades)	,558	,000		,316
	N	20	20	20	20
ICE_edu	Correlação de Pearson	,910**	,123	,236	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,604	,316	
	N	20	20	20	20
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	,854**	,365	,428	,895**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,113	,060	,000
	N	20	20	20	20
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,953**	,286	,403	,905**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,222	,078	,000
	N	20	20	20	20
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,956**	-,115	-,024	,891**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,628	,920	,000
	N	20	20	20	20

Correlações

		ICE_renda_preta	ICE_renda_ppi	ICE_branca_renda
ICE_renda	Correlação de Pearson	,854**	,953**	,956**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	20	20	20
ICE_raca	Correlação de Pearson	,365	,286	-,115
	Sig. (2 extremidades)	,113	,222	,628
	N	20	20	20
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,428	,403	-,024
	Sig. (2 extremidades)	,060	,078	,920
	N	20	20	20
ICE_edu	Correlação de Pearson	,895**	,905**	,891**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	20	20	20
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	1	,893**	,843**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	20	20	20
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,893**	1	,849**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	20	20	20
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,843**	,849**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	20	20	20

P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,015	-,286	-,023	-,425	-,223	-,199	,159	-,314
	Sig. (2 extremidades)	,972	,492	,958	,294	,596	,637	,708	,448
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,578	-,280	,368	-,024	,347	,183	-,195	,327
	Sig. (2 extremidades)	,134	,502	,369	,955	,399	,664	,643	,429
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,642	,053	-,877**	-,759*	-,015	-,690	,727*	,168
	Sig. (2 extremidades)	,086	,900	,004	,029	,971	,058	,041	,690
	N	8	8	8	8	8	8	8	8

Correlações

		P_NAS_ UF	P_BRASIL EIRO	P_UNIAO_ CONS	P_CIV_RE LIG	P_NUNCA VIV	P_CATOLI CO	P_SEM_RELI G
P_URB	Correlação de Pearson	-,420	-,390	,477	-,547	,911**	-,694	,122
	Sig. (2 extremidades)	,300	,339	,232	,161	,002	,056	,774
	N	8	8	8	8	8	8	8
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,476	,098	,251	-,206	,123	-,424	,399
	Sig. (2 extremidades)	,233	,817	,549	,624	,772	,295	,328
	N	8	8	8	8	8	8	8
P_MAS	Correlação de Pearson	,485	,170	-,064	,142	-,713*	,439	,165
	Sig. (2 extremidades)	,223	,688	,881	,738	,047	,276	,697
	N	8	8	8	8	8	8	8
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,721*	-,444	,529	-,616	-,123	-,010	,291
	Sig. (2 extremidades)	,044	,270	,177	,104	,772	,981	,485
	N	8	8	8	8	8	8	8
P_IDOSO	Correlação de Pearson	,622	-,023	-,494	,374	-,369	,705	-,556
	Sig. (2 extremidades)	,100	,956	,214	,362	,369	,051	,152
	N	8	8	8	8	8	8	8

N		8	8	8	8	8	8	8
P_PPI	Correlação de Pearson	,930**	-,567	,183	-,275	-,374	,321	,064
	Sig. (2 extremidades)	,001	,143	,665	,509	,362	,438	,881
N		8	8	8	8	8	8	8
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,942**	,568	-,171	,246	,426	-,331	-,106
	Sig. (2 extremidades)	,000	,142	,685	,557	,292	,423	,803
N		8	8	8	8	8	8	8
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	,493	-,151	-,517	,375	-,376	,542	-,493
	Sig. (2 extremidades)	,215	,721	,189	,360	,359	,165	,215
N		8	8	8	8	8	8	8
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	1	-,427	,077	-,147	-,545	,400	,086
	Sig. (2 extremidades)		,292	,855	,728	,163	,326	,840
N		8	8	8	8	8	8	8
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	-,427	1	-,659	,674	-,333	,305	-,559
	Sig. (2 extremidades)	,292		,076	,067	,421	,463	,149
N		8	8	8	8	8	8	8
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	,077	-,659	1	-,961**	,568	-,760*	,827*
	Sig. (2 extremidades)	,855	,076		,000	,142	,029	,011
N		8	8	8	8	8	8	8
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	-,147	,674	-,961**	1	-,567	,743*	-,669
	Sig. (2 extremidades)	,728	,067	,000		,143	,035	,070
N		8	8	8	8	8	8	8
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	-,545	-,333	,568	-,567	1	-,660	,257
	Sig. (2 extremidades)	,163	,421	,142	,143		,075	,539
N		8	8	8	8	8	8	8
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	,400	,305	-,760*	,743*	-,660	1	-,588

	Sig, (2 extremidades)	,326	,463	,029	,035	,075	,126
	N	8	8	8	8	8	8
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,086	-,559	,827*	-,669	,257	-,588
	Sig, (2 extremidades)	,840	,149	,011	,070	,539	,126
	N	8	8	8	8	8	8
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	-,262	-,078	-,005	,223	,151	-,012
	Sig, (2 extremidades)	,531	,855	,992	,595	,721	,978
	N	8	8	8	8	8	8
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,271	,571	-,674	,576	-,779*	,462
	Sig, (2 extremidades)	,517	,139	,067	,135	,023	,249
	N	8	8	8	8	8	8
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,724*	,258	-,312	,250	,536	-,196
	Sig, (2 extremidades)	,042	,537	,452	,550	,171	,642
	N	8	8	8	8	8	8

Correlações

		P EV NDET	P ASS DEUS	P ESPIRITA
P_URB	Correlação de Pearson	,015	-,578	,642
	Sig, (2 extremidades)	,972	,134	,086
	N	8	8	8
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,286	-,280	,053
	Sig, (2 extremidades)	,492	,502	,900
	N	8	8	8
P_MAS	Correlação de Pearson	-,023	,368	-,877**
	Sig, (2 extremidades)	,958	,369	,004
	N	8	8	8
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	-,425	-,024	-,759*
	Sig, (2 extremidades)	,294	,955	,029
	N	8	8	8
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,223	,347	-,015
	Sig, (2 extremidades)	,596	,399	,971
	N	8	8	8
P_PPI	Correlação de Pearson	-,199	,183	-,690

	Sig, (2 extremidades)	,637	,664	,058
	N	8	8	8
P_BRANCA	Correlação de Pearson	,159	-,195	,727*
	Sig, (2 extremidades)	,708	,643	,041
	N	8	8	8
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,314	,327	,168
	Sig, (2 extremidades)	,448	,429	,690
	N	8	8	8
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	-,262	,271	-,724*
	Sig, (2 extremidades)	,531	,517	,042
	N	8	8	8
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	-,078	,571	,258
	Sig, (2 extremidades)	,855	,139	,537
	N	8	8	8
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	-,005	-,674	-,312
	Sig, (2 extremidades)	,992	,067	,452
	N	8	8	8
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	,223	,576	,250
	Sig, (2 extremidades)	,595	,135	,550
	N	8	8	8
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,151	-,779*	,536
	Sig, (2 extremidades)	,721	,023	,171
	N	8	8	8
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,012	,462	-,196
	Sig, (2 extremidades)	,978	,249	,642
	N	8	8	8
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,248	-,629	-,459
	Sig, (2 extremidades)	,553	,095	,253
	N	8	8	8
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	1	-,244	,047
	Sig, (2 extremidades)		,560	,912
	N	8	8	8
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,244	1	-,137
	Sig, (2 extremidades)	,560		,746
	N	8	8	8
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,047	-,137	1
	Sig, (2 extremidades)	,912	,746	
	N	8	8	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

*, A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão - Educação

Correlações

		P GRAD	P MESTRADO	P DOUTOR	P SEM INST
P_GRAD	Correlação de Pearson	1	-,916**	-,685	,404
	Sig. (2 extremidades)		,001	,061	,320
	N	8	8	8	8
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,916**	1	,336	-,419
	Sig. (2 extremidades)	,001		,415	,301
	N	8	8	8	8
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,685	,336	1	-,189
	Sig. (2 extremidades)	,061	,415		,655
	N	8	8	8	8
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	,404	-,419	-,189	1
	Sig. (2 extremidades)	,320	,301	,655	
	N	8	8	8	8
P_FUND	Correlação de Pearson	-,646	,445	,710*	-,727*
	Sig. (2 extremidades)	,084	,269	,048	,041
	N	8	8	8	8
P_MEDIO	Correlação de Pearson	-,378	,422	,122	-,996**
	Sig. (2 extremidades)	,356	,298	,773	,000
	N	8	8	8	8
P_SUP	Correlação de Pearson	-,082	,212	-,191	-,872**
	Sig. (2 extremidades)	,846	,615	,650	,005
	N	8	8	8	8
P_NDET	Correlação de Pearson	-,238	,343	-,064	-,852**
	Sig. (2 extremidades)	,570	,405	,880	,007
	N	8	8	8	8

Correlações

		P_FUND	P_MEDIO	P_SUP	P_NDET
P_GRAD	Correlação de Pearson	-,646	-,378	-,082	-,238
	Sig. (2 extremidades)	,084	,356	,846	,570
	N	8	8	8	8
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	,445	,422	,212	,343
	Sig. (2 extremidades)	,269	,298	,615	,405
	N	8	8	8	8
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	,710*	,122	-,191	-,064
	Sig. (2 extremidades)	,048	,773	,650	,880

	N	8	8	8	8
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	-,727*	-,996**	-,872**	-,852**
	Sig. (2 extremidades)	,041	,000	,005	,007
	N	8	8	8	8
P_FUND	Correlação de Pearson	1	,672	,315	,592
	Sig. (2 extremidades)		,068	,447	,122
	N	8	8	8	8
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,672	1	,896**	,849**
	Sig. (2 extremidades)	,068		,003	,008
	N	8	8	8	8
P_SUP	Correlação de Pearson	,315	,896**	1	,734*
	Sig. (2 extremidades)	,447	,003		,038
	N	8	8	8	8
P_NDET	Correlação de Pearson	,592	,849**	,734*	1
	Sig. (2 extremidades)	,122	,008	,038	
	N	8	8	8	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Mobilidade

Correlações

		P. MOTO	P. CARRO	P. MOTO CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	1	-,112	,927**
	Sig. (2 extremidades)		,792	,001
	N	8	8	8
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,112	1	,260
	Sig. (2 extremidades)	,792		,534
	N	8	8	8
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	,927**	,260	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	,534	
	N	8	8	8
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,644	-,688	-,876**
	Sig. (2 extremidades)	,085	,059	,004
	N	8	8	8
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,997**	-,185	,896**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,660	,003
	N	8	8	8
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,289	,984**	,082
	Sig. (2 extremidades)	,488	,000	,848
	N	8	8	8

Correlações

		P_NEM_MOTO_C	P_SO_MOTO	P_SO_CARRO
		ARRO		
P_MOTO	Correlação de Pearson	-,644	,997**	-,289
	Sig. (2 extremidades)	,085	,000	,488
	N	8	8	8
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,688	-,185	,984**
	Sig. (2 extremidades)	,059	,660	,000
	N	8	8	8
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,876**	,896**	,082
	Sig. (2 extremidades)	,004	,003	,848
	N	8	8	8
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	1	-,586	-,546
	Sig. (2 extremidades)		,127	,162
	N	8	8	8
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	-,586	1	-,359
	Sig. (2 extremidades)	,127		,383
	N	8	8	8
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,546	-,359	1
	Sig. (2 extremidades)	,162	,383	
	N	8	8	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Pobreza

Correlações

		P_POBREZA	P_PPI_POBREZA	P_BOLSA_FAM
P_POBREZA	Correlação de Pearson	1	,987**	,896**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,003
	N	8	8	8
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,987**	1	,921**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,001
	N	8	8	8
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,896**	,921**	1
	Sig. (2 extremidades)	,003	,001	
	N	8	8	8
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	-,502	-,480	-,336
	Sig. (2 extremidades)	,205	,229	,416
	N	8	8	8

Correlações

		P_OUTROS_PS
P_POBREZA	Correlação de Pearson	-,502
	Sig, (2 extremidades)	,205
	N	8
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	-,480
	Sig, (2 extremidades)	,229
	N	8
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	-,336
	Sig, (2 extremidades)	,416
	N	8
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Privação material

Correlações

		P_TV	P_MAQLAVAR	P_GELADEIRA
P_TV	Correlação de Pearson	1	,629	,948**
	Sig, (2 extremidades)		,095	,000
	N	8	8	8
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,629	1	,640
	Sig, (2 extremidades)	,095		,088
	N	8	8	8
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,948**	,640	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,088	
	N	8	8	8
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,640	,999**	,659
	Sig, (2 extremidades)	,087	,000	,076
	N	8	8	8
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,667	,161	,611
	Sig, (2 extremidades)	,071	,703	,107
	N	8	8	8
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,877**	,825*	,759*
	Sig, (2 extremidades)	,004	,012	,029
	N	8	8	8
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,906**	,730*	,777*
	Sig, (2 extremidades)	,002	,040	,023
	N	8	8	8

Correlações

		P_MAQTVGEL	P_CELULAR	P_COMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,640	,667	,877**
	Sig. (2 extremidades)	,087	,071	,004
	N	8	8	8
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,999**	,161	,825*
	Sig. (2 extremidades)	,000	,703	,012
	N	8	8	8
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,659	,611	,759*
	Sig. (2 extremidades)	,076	,107	,029
	N	8	8	8
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	1	,177	,822*
	Sig. (2 extremidades)		,676	,012
	N	8	8	8
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,177	1	,446
	Sig. (2 extremidades)	,676		,268
	N	8	8	8
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,822*	,446	1
	Sig. (2 extremidades)	,012	,268	
	N	8	8	8
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,731*	,596	,971**
	Sig. (2 extremidades)	,040	,119	,000
	N	8	8	8

Correlações

		P_CELCOMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,906**
	Sig. (2 extremidades)	,002
	N	8
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,730*
	Sig. (2 extremidades)	,040
	N	8
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,777*
	Sig. (2 extremidades)	,023
	N	8
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,731*
	Sig. (2 extremidades)	,040
	N	8
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,596
	Sig. (2 extremidades)	,119
	N	8
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,971**

	Sig, (2 extremidades)	,000
	N	8
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Renda

		P_ALUG	MEDIA_REND_DOM
P_ALUG	Correlação de Pearson	1	,901**
	Sig, (2 extremidades)		,002
	N	8	8
MEDIA_REND_DOM	Correlação de Pearson	,901**	1
	Sig, (2 extremidades)	,002	
	N	8	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Riqueza

		P_ALUG1000	P_IDOSO_10SM
P_ALUG1000	Correlação de Pearson	1	,903**
	Sig, (2 extremidades)		,002
	N	8	8
P_IDOSO_10SM	Correlação de Pearson	,903**	1
	Sig, (2 extremidades)	,002	
	N	8	8

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Segregação

		ICE_renda	ICE_raca	ICE_ppi	ICE_edu
ICE_renda	Correlação de Pearson	1	,888**	,691	,889**
	Sig, (2 extremidades)		,003	,058	,003
	N	8	8	8	8

ICE_raca	Correlação de Pearson	,888**	1	,755*	,851**
	Sig. (2 extremidades)	,003		,030	,007
	N	8	8	8	8
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,691	,755*	1	,838**
	Sig. (2 extremidades)	,058	,030		,009
	N	8	8	8	8
ICE_edu	Correlação de Pearson	,889**	,851**	,838**	1
	Sig. (2 extremidades)	,003	,007	,009	
	N	8	8	8	8
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	,896**	,856**	,463	,813*
	Sig. (2 extremidades)	,003	,007	,248	,014
	N	8	8	8	8
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,986**	,913**	,784*	,899**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,021	,002
	N	8	8	8	8
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,835**	,693	,368	,794*
	Sig. (2 extremidades)	,010	,057	,370	,019
	N	8	8	8	8

Correlações

		ICE_renda_preta	ICE_renda_ppi	ICE_branca_renda
ICE_renda	Correlação de Pearson	,896**	,986**	,835**
	Sig. (2 extremidades)	,003	,000	,010
	N	8	8	8
ICE_raca	Correlação de Pearson	,856**	,913**	,693
	Sig. (2 extremidades)	,007	,002	,057
	N	8	8	8
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,463	,784*	,368
	Sig. (2 extremidades)	,248	,021	,370
	N	8	8	8
ICE_edu	Correlação de Pearson	,813*	,899**	,794*
	Sig. (2 extremidades)	,014	,002	,019
	N	8	8	8
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	1	,838**	,927**
	Sig. (2 extremidades)		,009	,001
	N	8	8	8
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,838**	1	,749*
	Sig. (2 extremidades)	,009		,032
	N	8	8	8
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,927**	,749*	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	,032	
	N	8	8	8

	Sig. (2 extremidades)	,081	,001	,626	,158	,835	,000	,000	,957
	N	34	34	34	34	34	34	34	34
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,271	-,005	-,095	,335	-,399*	,108	-,101	-,503**
	Sig. (2 extremidades)	,121	,976	,593	,053	,020	,544	,571	,002
	N	34	34	34	34	34	34	34	34
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,118	-,064	-,014	,538**	-,594**	,017	-,015	-,553**
	Sig. (2 extremidades)	,508	,719	,939	,001	,000	,923	,934	,001
	N	34	34	34	34	34	34	34	34
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,356*	,561**	-,390*	-,138	,288	,496**	-,488**	,224
	Sig. (2 extremidades)	,039	,001	,022	,436	,098	,003	,003	,204
	N	34	34	34	34	34	34	34	34

Correlações

		P_NAS_UF	P_BRASIL_EIRO	P_NUNCA_VIV	P_CIV_RE_LIG	P_UNIAO_CONS	P_CATOLICO	P_SEM_RELIG
P_URB	Correlação de Pearson	-,296	,117	,337	-,274	,155	-,566**	,304
	Sig. (2 extremidades)	,089	,509	,051	,117	,380	,000	,081
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,311	-,356*	,413*	-,421*	,323	-,379*	,540**
	Sig. (2 extremidades)	,074	,039	,015	,013	,062	,027	,001
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_MAS	Correlação de Pearson	,480**	,205	-,019	,244	-,248	,275	-,087
	Sig. (2 extremidades)	,004	,244	,914	,165	,158	,115	,626
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,406*	,247	-,163	-,665**	,621**	-,408*	,247
	Sig. (2 extremidades)	,017	,160	,356	,000	,000	,017	,158
	N	34	34	34	34	34	34	34

P_IDOSO	Correlação de Pearson	,212	-,397*	,382*	,232	-,178	,468**	,037
	Sig. (2 extremidades)	,229	,020	,026	,188	,314	,005	,835
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_PPI	Correlação de Pearson	,239	-,392*	,386*	-,766**	,751**	-,524**	,730**
	Sig. (2 extremidades)	,174	,022	,024	,000	,000	,001	,000
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,218	,400*	-,373*	,752**	-,736**	,521**	-,720**
	Sig. (2 extremidades)	,215	,019	,030	,000	,000	,002	,000
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	,231	-,261	,394*	,205	-,204	,463**	,010
	Sig. (2 extremidades)	,189	,136	,021	,244	,247	,006	,957
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	1	-,004	,236	-,324	,297	,123	,287
	Sig. (2 extremidades)		,981	,180	,062	,088	,487	,100
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	-,004	1	-,305	,077	-,059	,005	-,430*
	Sig. (2 extremidades)	,981		,079	,667	,738	,979	,011
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,236	-,305	1	-,305	,194	-,266	,704**
	Sig. (2 extremidades)	,180	,079		,080	,273	,128	,000
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	-,324	,077	-,305	1	-,927**	,594**	-,674**
	Sig. (2 extremidades)	,062	,667	,080		,000	,000	,000
	N	34	34	34	34	34	34	34
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	,297	-,059	,194	-,927**	1	-,553**	,575**
	Sig. (2 extremidades)							
	N							

	Sig, (2 extremidades)	,088	,738	,273	,000	,001	,000
	N	34	34	34	34	34	34
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	,123	,005	-,266	,594**	-,553**	1
	Sig, (2 extremidades)	,487	,979	,128	,000	,001	,001
	N	34	34	34	34	34	34
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,287	-,430*	,704**	-,674**	,575**	-,542**
	Sig, (2 extremidades)	,100	,011	,000	,000	,000	,001
	N	34	34	34	34	34	34
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,062	,209	-,178	-,369*	,464**	-,542**
	Sig, (2 extremidades)	,726	,235	,313	,032	,006	,001
	N	34	34	34	34	34	34
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,044	,416*	-,355*	-,236	,194	-,422*
	Sig, (2 extremidades)	,807	,014	,039	,180	,272	,013
	N	34	34	34	34	34	34
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,071	-,498**	,726**	-,432*	,317	-,392*
	Sig, (2 extremidades)	,690	,003	,000	,011	,068	,022
	N	34	34	34	34	34	34

Correlações

		P_EV_NDET	P_ASS_DEUS	P_ESPIRITA
P_URB	Correlação de Pearson	,271	,118	,356*
	Sig, (2 extremidades)	,121	,508	,039
	N	34	34	34
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,005	-,064	,561**
	Sig, (2 extremidades)	,976	,719	,001
	N	34	34	34
P_MAS	Correlação de Pearson	-,095	-,014	-,390*
	Sig, (2 extremidades)	,593	,939	,022
	N	34	34	34
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,335	,538**	-,138
	Sig, (2 extremidades)	,053	,001	,436
	N	34	34	34

P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,399 [†]	-,594 ^{**}	,288
	Sig. (2 extremidades)	,020	,000	,098
	N	34	34	34
P_PPI	Correlação de Pearson	,108	,017	,496 ^{**}
	Sig. (2 extremidades)	,544	,923	,003
	N	34	34	34
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,101	-,015	-,488 ^{**}
	Sig. (2 extremidades)	,571	,934	,003
	N	34	34	34
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,503 ^{**}	-,553 ^{**}	,224
	Sig. (2 extremidades)	,002	,001	,204
	N	34	34	34
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	,062	-,044	,071
	Sig. (2 extremidades)	,726	,807	,690
	N	34	34	34
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	,209	,416 [†]	-,498 ^{**}
	Sig. (2 extremidades)	,235	,014	,003
	N	34	34	34
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	-,178	-,355 [†]	,726 ^{**}
	Sig. (2 extremidades)	,313	,039	,000
	N	34	34	34
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	-,369 [†]	-,236	-,432 [†]
	Sig. (2 extremidades)	,032	,180	,011
	N	34	34	34
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	,464 ^{**}	,194	,317
	Sig. (2 extremidades)	,006	,272	,068
	N	34	34	34
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,542 ^{**}	-,422 [†]	-,392 [†]
	Sig. (2 extremidades)	,001	,013	,022
	N	34	34	34
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	-,048	-,219	,786 ^{**}
	Sig. (2 extremidades)	,788	,213	,000
	N	34	34	34
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	1	,423 [†]	-,086
	Sig. (2 extremidades)		,013	,630
	N	34	34	34
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,423 [†]	1	-,352 [†]
	Sig. (2 extremidades)	,013		,041
	N	34	34	34
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,086	-,352 [†]	1
	Sig. (2 extremidades)	,630	,041	
	N	34	34	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Educação

		Correlações			
		P_GRAD	P_MESTRADO	P_DOUTOR	P_SEM_INST
P_GRAD	Correlação de Pearson	1	-,914**	-,522**	,198
	Sig. (2 extremidades)		,000	,002	,263
	N	34	34	34	34
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,914**	1	,131	-,017
	Sig. (2 extremidades)	,000		,462	,922
	N	34	34	34	34
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,522**	,131	1	-,446**
	Sig. (2 extremidades)	,002	,462		,008
	N	34	34	34	34
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	,198	-,017	-,446**	1
	Sig. (2 extremidades)	,263	,922	,008	
	N	34	34	34	34
P_FUND	Correlação de Pearson	-,206	,131	,229	-,194
	Sig. (2 extremidades)	,241	,460	,193	,272
	N	34	34	34	34
P_MEDIO	Correlação de Pearson	-,083	-,066	,341*	-,948**
	Sig. (2 extremidades)	,643	,709	,048	,000
	N	34	34	34	34
P_SUP	Correlação de Pearson	-,225	,075	,391*	-,749**
	Sig. (2 extremidades)	,201	,672	,022	,000
	N	34	34	34	34
P_NDET	Correlação de Pearson	,086	-,083	-,036	-,267
	Sig. (2 extremidades)	,630	,643	,839	,127
	N	34	34	34	34

		Correlações			
		P_FUND	P_MEDIO	P_SUP	P_NDET
P_GRAD	Correlação de Pearson	-,206	-,083	-,225	,086
	Sig. (2 extremidades)	,241	,643	,201	,630
	N	34	34	34	34
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	,131	-,066	,075	-,083
	Sig. (2 extremidades)	,460	,709	,672	,643
	N	34	34	34	34
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	,229	,341*	,391*	-,036
	Sig. (2 extremidades)	,193	,048	,022	,839
	N	34	34	34	34

	Sig, (2 extremidades)	,193	,048	,022	,839
	N	34	34	34	34
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	-,194	-,948**	-,749**	-,267
	Sig, (2 extremidades)	,272	,000	,000	,127
	N	34	34	34	34
P_FUND	Correlação de Pearson	1	,147	-,306	,044
	Sig, (2 extremidades)		,405	,078	,806
	N	34	34	34	34
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,147	1	,578**	,244
	Sig, (2 extremidades)	,405		,000	,165
	N	34	34	34	34
P_SUP	Correlação de Pearson	-,306	,578**	1	,161
	Sig, (2 extremidades)	,078	,000		,362
	N	34	34	34	34
P_NDET	Correlação de Pearson	,044	,244	,161	1
	Sig, (2 extremidades)	,806	,165	,362	
	N	34	34	34	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Mobilidade

		Correlações		
		P_MOTO	P_CARRO	P_MOTO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	1	,238	,952**
	Sig, (2 extremidades)		,175	,000
	N	34	34	34
P_CARRO	Correlação de Pearson	,238	1	,390*
	Sig, (2 extremidades)	,175		,022
	N	34	34	34
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	,952**	,390*	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,022	
	N	34	34	34
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,554**	-,932**	-,635**
	Sig, (2 extremidades)	,001	,000	,000
	N	34	34	34
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,916**	,004	,750**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,982	,000
	N	34	34	34
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,268	,862**	-,130

	Sig, (2 extremidades)	,126	,000	,462
	N	34	34	34

Correlações

		P_NEM_MOTO_C ARRO	P_SO_MOTO	P_SO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	-,554**	,916**	-,268
	Sig, (2 extremidades)	,001	,000	,126
	N	34	34	34
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,932**	,004	,862**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,982	,000
	N	34	34	34
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,635**	,750**	-,130
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,462
	N	34	34	34
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	1	-,366*	-,654**
	Sig, (2 extremidades)		,033	,000
	N	34	34	34
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	-,366*	1	-,409*
	Sig, (2 extremidades)	,033		,016
	N	34	34	34
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,654**	-,409*	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,016	
	N	34	34	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Pobreza

Correlações

		P_POBREZA	P_PPI_POBREZA	P_BOLSA_FAM
P_POBREZA	Correlação de Pearson	1	,777**	,705**
	Sig, (2 extremidades)		,000	,000
	N	34	34	34
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,777**	1	,501**
	Sig, (2 extremidades)	,000		,003
	N	34	34	34
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,705**	,501**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,003	
	N	34	34	34

P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	-,073	-,082	,076
	Sig, (2 extremidades)	,680	,646	,670
	N	34	34	34

Correlações

		P_OUTROS_PS
P_POBREZA	Correlação de Pearson	-,073
	Sig, (2 extremidades)	,680
	N	34
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	-,082
	Sig, (2 extremidades)	,646
	N	34
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,076
	Sig, (2 extremidades)	,670
	N	34
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Privação material

Correlações

		P_TV	P_MAQLAVAR	P_GELADEIRA
P_TV	Correlação de Pearson	1	,722**	,452**
	Sig, (2 extremidades)		,000	,007
	N	34	34	34
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,722**	1	,589**
	Sig, (2 extremidades)	,000		,000
	N	34	34	34
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,452**	,589**	1
	Sig, (2 extremidades)	,007	,000	
	N	34	34	34
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,746**	,999**	,584**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	34	34	34
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,354*	,294	,684**
	Sig, (2 extremidades)	,040	,091	,000
	N	34	34	34
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,573**	,575**	,056
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,752

	N	34	34	34
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,573**	,573**	,061
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,730
	N	34	34	34

Correlações

		P_MAQTVGEL	P_CELULAR	P_COMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,746**	,354*	,573**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,040	,000
	N	34	34	34
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,999**	,294	,575**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,091	,000
	N	34	34	34
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,584**	,684**	,056
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,752
	N	34	34	34
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	1	,289	,596**
	Sig. (2 extremidades)		,097	,000
	N	34	34	34
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,289	1	-,101
	Sig. (2 extremidades)	,097		,571
	N	34	34	34
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,596**	-,101	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,571	
	N	34	34	34
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,594**	-,095	,999**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,592	,000
	N	34	34	34

Correlações

		P_CELCOMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,573**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	34
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,573**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	34
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,061
	Sig. (2 extremidades)	,730
	N	34
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,594**
	Sig. (2 extremidades)	,000

	N	34
P_CELULAR	Correlação de Pearson	-,095
	Sig. (2 extremidades)	,592
	N	34
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,999**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	34
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Renda

		MEDIA_REND_D OM	P_ALUG
MEDIA_REND_DOM	Correlação de Pearson	1	,338
	Sig. (2 extremidades)		,050
	N	34	34
P_ALUG	Correlação de Pearson	,338	1
	Sig. (2 extremidades)	,050	
	N	34	34

Correlações da dimensão – Riqueza

		P_IDOSO_10SM	P_ALUG1000
P_IDOSO_10SM	Correlação de Pearson	1	,795**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	34	34
P_ALUG1000	Correlação de Pearson	,795**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	34	34

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Segregação

		Correlações			
		ICE renda	ICE raca	ICE ppi	ICE edu
ICE_renda	Correlação de Pearson	1	,219	,248	,744**
	Sig. (2 extremidades)		,214	,158	,000
	N	34	34	34	34
ICE_raca	Correlação de Pearson	,219	1	,979**	-,239
	Sig. (2 extremidades)	,214		,000	,174
	N	34	34	34	34
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,248	,979**	1	-,129
	Sig. (2 extremidades)	,158	,000		,469
	N	34	34	34	34
ICE_edu	Correlação de Pearson	,744**	-,239	-,129	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,174	,469	
	N	34	34	34	34
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	,889**	,122	,202	,877**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,491	,253	,000
	N	34	34	34	34
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,913**	,224	,303	,842**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,204	,081	,000
	N	34	34	34	34
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,992**	,117	,149	,784**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,511	,400	,000
	N	34	34	34	34

		Correlações		
		ICE renda preta	ICE renda ppi	ICE branca renda
ICE_renda	Correlação de Pearson	,889**	,913**	,992**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	34	34	34
ICE_raca	Correlação de Pearson	,122	,224	,117
	Sig. (2 extremidades)	,491	,204	,511
	N	34	34	34
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,202	,303	,149
	Sig. (2 extremidades)	,253	,081	,400
	N	34	34	34
ICE_edu	Correlação de Pearson	,877**	,842**	,784**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	34	34	34
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	1	,991**	,893**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000

	Sig, (2 extremidades)	,932	,534	,607	,024	,091	,384	,404	,585
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	-,593*	-,396	,399	,777**	-,687**	,648*	-,641*	,403
	Sig, (2 extremidades)	,025	,161	,157	,001	,007	,012	,013	,153
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,153	,775**	-,195	-,457	,267	-,536*	,509	-,384
	Sig, (2 extremidades)	,602	,001	,505	,100	,356	,048	,063	,176
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,134	-,587*	,093	,521	-,399	,544*	-,529	,134
	Sig, (2 extremidades)	,648	,027	,751	,056	,157	,044	,052	,648
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,544*	,838**	-,490	-,795**	,798**	-,843**	,827**	-,324
	Sig, (2 extremidades)	,044	,000	,075	,001	,001	,000	,000	,258
	N	14	14	14	14	14	14	14	14

Correlações

		P_NAS_UF	P_BRASIL_EIRO	P_NUNCA_VIV	P_CIV_RE_LIG	P_UNIAO_CONS	P_CATOLICO	P_SEM_RELIG
P_URB	Correlação de Pearson	-,437	,202	-,651*	,819**	-,907**	,025	-,593*
	Sig, (2 extremidades)	,119	,490	,012	,000	,000	,932	,025
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,429	-,227	,084	,469	-,452	,182	-,396
	Sig, (2 extremidades)	,126	,435	,774	,091	,105	,534	,161
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_MAS	Correlação de Pearson	,440	-,401	,747**	-,668**	,757**	,151	,399
	Sig, (2 extremidades)	,116	,156	,002	,009	,002	,607	,157
	N	14	14	14	14	14	14	14

P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,465	,577 [*]	-,313	-,796 ^{**}	,694 ^{**}	-,597 [*]	,777 ^{**}
	Sig, (2 extremidades)	,094	,031	,275	,001	,006	,024	,001
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,458	-,120	-,090	,813 ^{**}	-,751 ^{**}	,468	-,687 ^{**}
	Sig, (2 extremidades)	,099	,682	,759	,000	,002	,091	,007
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_PPI	Correlação de Pearson	,631 [*]	,261	,220	-,899 ^{**}	,848 ^{**}	-,252	,648 [*]
	Sig, (2 extremidades)	,016	,368	,451	,000	,000	,384	,012
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,633 [*]	-,247	-,243	,901 ^{**}	-,850 ^{**}	,242	-,641 [*]
	Sig, (2 extremidades)	,015	,395	,402	,000	,000	,404	,013
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,130	,404	-,368	-,139	,192	-,160	,403
	Sig, (2 extremidades)	,657	,152	,196	,636	,510	,585	,153
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	1	,291	,048	-,503	,419	-,084	,321
	Sig, (2 extremidades)		,314	,870	,067	,135	,776	,263
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	,291	1	-,740 ^{**}	-,239	-,020	-,645 [*]	,308
	Sig, (2 extremidades)	,314		,002	,411	,947	,013	,285
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,048	-,740 ^{**}	1	-,231	,443	,569 [*]	-,015
	Sig, (2 extremidades)	,870	,002		,427	,113	,034	,960
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_CIVIL_RELIG	Correlação de Pearson	-,503	-,239	-,231	1	-,909 ^{**}	,385	-,803 ^{**}

	Sig, (2 extremidades)	,067	,411	,427		,000	,174	,001
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	,419	-,020	,443	-,909**	1	-,086	,749**
	Sig, (2 extremidades)	,135	,947	,113	,000		,770	,002
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,084	-,645*	,569*	,385	-,086	1	-,542*
	Sig, (2 extremidades)	,776	,013	,034	,174	,770		,045
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,321	,308	-,015	-,803**	,749**	-,542*	1
	Sig, (2 extremidades)	,263	,285	,960	,001	,002	,045	
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	-,608*	-,463	,290	,311	-,197	,141	-,253
	Sig, (2 extremidades)	,021	,096	,315	,279	,500	,630	,382
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,437	,664**	-,408	-,386	,105	-,569*	,127
	Sig, (2 extremidades)	,118	,010	,147	,173	,722	,034	,665
	N	14	14	14	14	14	14	14
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,526	-,451	,160	,736**	-,577*	,568*	-,611*
	Sig, (2 extremidades)	,054	,105	,586	,003	,031	,034	,020
	N	14	14	14	14	14	14	14

Correlações

		P_EV_NDET	P_ASS_DEUS	P_ESPIRITA
P_URB	Correlação de Pearson	,153	-,134	,544*
	Sig, (2 extremidades)	,602	,648	,044
	N	14	14	14
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	,775**	-,587*	,838**
	Sig, (2 extremidades)	,001	,027	,000
	N	14	14	14
P_MAS	Correlação de Pearson	-,195	,093	-,490

	Sig, (2 extremidades)	,505	,751	,075
	N	14	14	14
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	-,457	,521	-,795**
	Sig, (2 extremidades)	,100	,056	,001
	N	14	14	14
P_IDOSO	Correlação de Pearson	,267	-,399	,798**
	Sig, (2 extremidades)	,356	,157	,001
	N	14	14	14
P_PPI	Correlação de Pearson	-,536*	,544*	-,843**
	Sig, (2 extremidades)	,048	,044	,000
	N	14	14	14
P_BRANCA	Correlação de Pearson	,509	-,529	,827**
	Sig, (2 extremidades)	,063	,052	,000
	N	14	14	14
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,384	,134	-,324
	Sig, (2 extremidades)	,176	,648	,258
	N	14	14	14
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	-,608*	,437	-,526
	Sig, (2 extremidades)	,021	,118	,054
	N	14	14	14
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	-,463	,664**	-,451
	Sig, (2 extremidades)	,096	,010	,105
	N	14	14	14
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,290	-,408	,160
	Sig, (2 extremidades)	,315	,147	,586
	N	14	14	14
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	,311	-,386	,736**
	Sig, (2 extremidades)	,279	,173	,003
	N	14	14	14
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	-,197	,105	-,577*
	Sig, (2 extremidades)	,500	,722	,031
	N	14	14	14
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	,141	-,569*	,568*
	Sig, (2 extremidades)	,630	,034	,034
	N	14	14	14
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	-,253	,127	-,611*
	Sig, (2 extremidades)	,382	,665	,020
	N	14	14	14
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	1	-,653*	,683**
	Sig, (2 extremidades)		,011	,007
	N	14	14	14
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	-,653*	1	-,776**

	Sig, (2 extremidades)	,011		,001
	N	14	14	14
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,683**	-,776**	1
	Sig, (2 extremidades)	,007	,001	
	N	14	14	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Educação

		Correlações			
		P_GRAD	P_MESTRADO	P_DOUTOR	P_SEM_INST
P_GRAD	Correlação de Pearson	1	-,941**	-,599*	,083
	Sig, (2 extremidades)		,000	,023	,779
	N	14	14	14	14
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,941**	1	,292	,082
	Sig, (2 extremidades)	,000		,311	,779
	N	14	14	14	14
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,599*	,292	1	-,427
	Sig, (2 extremidades)	,023	,311		,128
	N	14	14	14	14
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	,083	,082	-,427	1
	Sig, (2 extremidades)	,779	,779	,128	
	N	14	14	14	14
P_FUND	Correlação de Pearson	-,022	-,127	,362	-,764**
	Sig, (2 extremidades)	,940	,666	,204	,001
	N	14	14	14	14
P_MEDIO	Correlação de Pearson	-,069	-,084	,392	-,957**
	Sig, (2 extremidades)	,814	,776	,165	,000
	N	14	14	14	14
P_SUP	Correlação de Pearson	-,101	-,043	,385	-,820**
	Sig, (2 extremidades)	,731	,885	,174	,000
	N	14	14	14	14
P_NDET	Correlação de Pearson	-,021	,144	-,280	-,090
	Sig, (2 extremidades)	,944	,625	,333	,760
	N	14	14	14	14

		Correlações			
		P_FUND	P_MEDIO	P_SUP	P_NDET
P_GRAD	Correlação de Pearson	-,022	-,069	-,101	-,021
	Sig, (2 extremidades)	,940	,814	,731	,944

	N	14	14	14	14
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,127	-,084	-,043	,144
	Sig, (2 extremidades)	,666	,776	,885	,625
	N	14	14	14	14
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	,362	,392	,385	-,280
	Sig, (2 extremidades)	,204	,165	,174	,333
	N	14	14	14	14
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	-,764**	-,957**	-,820**	-,090
	Sig, (2 extremidades)	,001	,000	,000	,760
	N	14	14	14	14
P_FUND	Correlação de Pearson	1	,728**	,462	-,057
	Sig, (2 extremidades)		,003	,096	,846
	N	14	14	14	14
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,728**	1	,637*	,110
	Sig, (2 extremidades)	,003		,014	,708
	N	14	14	14	14
P_SUP	Correlação de Pearson	,462	,637*	1	,016
	Sig, (2 extremidades)	,096	,014		,957
	N	14	14	14	14
P_NDET	Correlação de Pearson	-,057	,110	,016	1
	Sig, (2 extremidades)	,846	,708	,957	
	N	14	14	14	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Mobilidade

		Correlações		
		P_MOTO	P_CARRO	P_MOTO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	1	,189	,673**
	Sig, (2 extremidades)		,518	,008
	N	14	14	14
P_CARRO	Correlação de Pearson	,189	1	,799**
	Sig, (2 extremidades)	,518		,001
	N	14	14	14
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	,673**	,799**	1
	Sig, (2 extremidades)	,008	,001	
	N	14	14	14
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,428	-,967**	-,896**
	Sig, (2 extremidades)	,126	,000	,000
	N	14	14	14
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,923**	-,177	,336
	Sig, (2 extremidades)	,000	,545	,240

	N	14	14	14
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	,111	,996**	,743**
	Sig. (2 extremidades)	,706	,000	,002
	N	14	14	14

Correlações

		P_NEM_MOTO_C ARRO	P_SO_MOTO	P_SO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	-,428	,923**	,111
	Sig. (2 extremidades)	,126	,000	,706
	N	14	14	14
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,967**	-,177	,996**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,545	,000
	N	14	14	14
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,896**	,336	,743**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,240	,002
	N	14	14	14
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	1	-,078	-,945**
	Sig. (2 extremidades)		,790	,000
	N	14	14	14
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	-,078	1	-,247
	Sig. (2 extremidades)	,790		,395
	N	14	14	14
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,945**	-,247	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,395	
	N	14	14	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Pobreza

Correlações

		P_POBREZA	P_PPI_POBREZA	P_BOLSA_FAM
P_POBREZA	Correlação de Pearson	1	,990**	,890**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	14	14	14
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,990**	1	,883**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	14	14	14
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,890**	,883**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	14	14	14

P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	,331	,341	,203
	Sig, (2 extremidades)	,248	,234	,486
	N	14	14	14

Correlações

		P_OUTROS_PS
P_POBREZA	Correlação de Pearson	,331
	Sig, (2 extremidades)	,248
	N	14
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,341
	Sig, (2 extremidades)	,234
	N	14
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,203
	Sig, (2 extremidades)	,486
	N	14
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Privação Material

Correlações

		P_TV	P_MAQLAVAR	P_GELADEIRA
P_TV	Correlação de Pearson	1	,900**	,795**
	Sig, (2 extremidades)		,000	,001
	N	14	14	14
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,900**	1	,852**
	Sig, (2 extremidades)	,000		,000
	N	14	14	14
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,795**	,852**	1
	Sig, (2 extremidades)	,001	,000	
	N	14	14	14
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,900**	1,000**	,852**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	14	14	14
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,675**	,825**	,934**
	Sig, (2 extremidades)	,008	,000	,000
	N	14	14	14
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,784**	,905**	,793**
	Sig, (2 extremidades)	,001	,000	,001

	N	14	14	14
<u>P_CELCOMPINT</u>	Correlação de Pearson	,777**	,907**	,808**
	Sig. (2 extremidades)	,001	,000	,000
	N	14	14	14

Correlações

		P_MAQTVGEL	P_CELULAR	P_COMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,900**	,675**	,784**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,008	,001
	N	14	14	14
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	1,000**	,825**	,905**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	14	14	14
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,852**	,934**	,793**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,001
	N	14	14	14
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	1	,825**	,904**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	14	14	14
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,825**	1	,788**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,001
	N	14	14	14
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,904**	,788**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	
	N	14	14	14
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,906**	,811**	,999**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	14	14	14

Correlações

		P_CELCOMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,777**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	14
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,907**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	14
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,808**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	14
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,906**
	Sig. (2 extremidades)	,000

	N	14
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,811**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	14
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,999**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	14
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	1
	Sig. (2 extremidades)	
	N	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlação da dimensão – Renda

Correlações

		P_ALUG	MEDIA_REND_DOM
P_ALUG	Correlação de Pearson	1	,739**
	Sig. (2 extremidades)		,003
	N	14	14
MEDIA_REND_DOM	Correlação de Pearson	,739**	1
	Sig. (2 extremidades)	,003	
	N	14	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Riqueza

Correlações

		P_IDOSO_10SM	P_ALUG1000
P_IDOSO_10SM	Correlação de Pearson	1	,907**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	14	14
P_ALUG1000	Correlação de Pearson	,907**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	14	14

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlação da dimensão – Segregação

Correlações

	ICE_renda	ICE_raca	ICE_ppi	ICE_edu

ICE_renda	Correlação de Pearson	1	,867**	,925**	,957**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000
	N	14	14	14	14
ICE_raca	Correlação de Pearson	,867**	1	,971**	,835**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000
	N	14	14	14	14
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,925**	,971**	1	,901**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000
	N	14	14	14	14
ICE_edu	Correlação de Pearson	,957**	,835**	,901**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	
	N	14	14	14	14
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	,953**	,840**	,868**	,933**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000
	N	14	14	14	14
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,995**	,906**	,949**	,951**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000
	N	14	14	14	14
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,944**	,743**	,805**	,923**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,001	,000
	N	14	14	14	14

Correlações

		ICE_renda_preta	ICE_renda_ppi	ICE_branca_renda
ICE_renda	Correlação de Pearson	,953**	,995**	,944**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	14	14	14
ICE_raca	Correlação de Pearson	,840**	,906**	,743**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,002
	N	14	14	14
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,868**	,949**	,805**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,001
	N	14	14	14
ICE_edu	Correlação de Pearson	,933**	,951**	,923**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	14	14	14
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	1	,951**	,979**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	14	14	14
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,951**	1	,925**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	14	14	14

P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	,041	,080	-,282	,492**	-,499**	,494**	1	-,081
	Sig. (2 extremidades)	,805	,627	,082	,001	,001	,001		,625
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	-,319*	,372*	-,007	,360*	-,450**	,449**	-,081	1
	Sig. (2 extremidades)	,048	,020	,965	,024	,004	,004	,625	
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	-,109	,344*	,649**	-,814**	,785**	-,752**	-,435**	-,241
	Sig. (2 extremidades)	,507	,032	,000	,000	,000	,000	,006	,139
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	,042	-,497**	-,863**	,808**	-,793**	,786**	,308	,297
	Sig. (2 extremidades)	,800	,001	,000	,000	,000	,000	,057	,067
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	-,036	,531**	,764**	-,562**	,548**	-,544**	-,050	-,180
	Sig. (2 extremidades)	,826	,001	,000	,000	,000	,000	,763	,274
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,318*	-,305	-,416**	,523**	-,333*	,298	,317*	-,039
	Sig. (2 extremidades)	,048	,059	,008	,001	,038	,066	,049	,815
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,110	,100	-,403*	,628**	-,722**	,734**	,502**	,376*
	Sig. (2 extremidades)	,507	,545	,011	,000	,000	,000	,001	,018
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	-,011	,016	,537**	-,670**	,816**	-,815**	-,405*	-,385*
	Sig. (2 extremidades)	,945	,924	,000	,000	,000	,000	,011	,015
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,011	-,163	-,018	-,031	,026	-,044	-,026	-,019

	Sig, (2 extremidades)	,945	,320	,915	,852	,876	,792	,877	,910
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_ASS_DEU S	Correlação de Pearson	-,120	,150	,549**	-,660**	,720**	-,708**	-,390*	-,318*
	Sig, (2 extremidades)	,468	,363	,000	,000	,000	,000	,014	,049
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,372*	-,655**	-,815**	,721**	-,639**	,627**	,192	,011
	Sig, (2 extremidades)	,020	,000	,000	,000	,000	,000	,241	,948
	N	39	39	39	39	39	39	39	39
P_URB	Correlação de Pearson	,329*	-,590**	-,070	-,314	,497**	-,499**	-,555**	-,521**
	Sig, (2 extremidades)	,041	,000	,672	,052	,001	,001	,000	,001
	N	39	39	39	39	39	39	39	39

Correlações

		P_BRASILEI RO	P_CIV_RELI G	P_UNIAO_C ONS	P_NUNCA_ VIV	P_CATOLIC O	P_SEM_RELIG
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	-,109	,042	-,036	,318*	-,110	-,011
	Sig, (2 extremidades)	,507	,800	,826	,048	,507	,945
	N	39	39	39	39	39	39
P_MAS	Correlação de Pearson	,344*	-,497**	,531**	-,305	,100	,016
	Sig, (2 extremidades)	,032	,001	,001	,059	,545	,924
	N	39	39	39	39	39	39
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	,649**	-,863**	,764**	-,416**	-,403*	,537**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000	,008	,011	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,814**	,808**	-,562**	,523**	,628**	-,670**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000	,001	,000	,000
	N	39	39	39	39	39	39

P_PPI	Correlação de Pearson	,785**	-,793**	,548**	-,333'	-,722**	,816**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,038	,000	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,752**	,786**	-,544**	,298	,734**	-,815**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,066	,000	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,435**	,308	-,050	,317'	,502**	-,405'
	Sig. (2 extremidades)	,006	,057	,763	,049	,001	,011
	N	39	39	39	39	39	39
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	-,241	,297	-,180	-,039	,376'	-,385'
	Sig. (2 extremidades)	,139	,067	,274	,815	,018	,015
	N	39	39	39	39	39	39
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	1	-,735**	,507**	-,438**	-,535**	,600**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,001	,005	,000	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	-,735**	1	-,894**	,255	,445**	-,574**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,116	,004	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	,507**	-,894**	1	-,059	-,100	,301
	Sig. (2 extremidades)	,001	,000		,721	,546	,062
	N	39	39	39	39	39	39
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	-,438**	,255	-,059	1	,144	-,192
	Sig. (2 extremidades)	,005	,116	,721		,381	,243
	N	39	39	39	39	39	39
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,535**	,445**	-,100	,144	1	-,881**

	Sig, (2 extremidades)	,000	,004	,546	,381		,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,600**	-,574**	,301	-,192	-,881**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,062	,243	,000	
	N	39	39	39	39	39	39
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	,014	,108	-,152	,061	-,293	,106
	Sig, (2 extremidades)	,932	,513	,356	,714	,070	,521
	N	39	39	39	39	39	39
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,685**	-,544**	,251	-,366*	-,732**	,741**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,123	,022	,000	,000
	N	39	39	39	39	39	39
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	-,701**	,696**	-,544**	,338*	,376*	-,499**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000	,035	,018	,001
	N	39	39	39	39	39	39
P_URB	Correlação de Pearson	,230	-,066	-,190	-,123	-,539**	,453**
	Sig, (2 extremidades)	,159	,690	,247	,456	,000	,004
	N	39	39	39	39	39	39

Correlações

		P_EV_NDET	P_ASS_DEUS	P_ESPIRITA	P_URB
P_HOMOAF	Correlação de Pearson	,011	-,120	,372*	,329*
	Sig, (2 extremidades)	,945	,468	,020	,041
	N	39	39	39	39
P_MAS	Correlação de Pearson	-,163	,150	-,655**	-,590**
	Sig, (2 extremidades)	,320	,363	,000	,000
	N	39	39	39	39
P_CRIANÇA	Correlação de Pearson	-,018	,549**	-,815**	-,070
	Sig, (2 extremidades)	,915	,000	,000	,672
	N	39	39	39	39
P_IDOSO	Correlação de Pearson	-,031	-,660**	,721**	-,314
	Sig, (2 extremidades)	,852	,000	,000	,052

	N	39	39	39	39
P_PPI	Correlação de Pearson	,026	,720**	-,639**	,497**
	Sig, (2 extremidades)	,876	,000	,000	,001
	N	39	39	39	39
P_BRANCA	Correlação de Pearson	-,044	-,708**	,627**	-,499**
	Sig, (2 extremidades)	,792	,000	,000	,001
	N	39	39	39	39
P_NAS_MUN	Correlação de Pearson	-,026	-,390*	,192	-,555**
	Sig, (2 extremidades)	,877	,014	,241	,000
	N	39	39	39	39
P_NAS_UF	Correlação de Pearson	-,019	-,318*	,011	-,521**
	Sig, (2 extremidades)	,910	,049	,948	,001
	N	39	39	39	39
P_BRASILEIRO	Correlação de Pearson	,014	,685**	-,701**	,230
	Sig, (2 extremidades)	,932	,000	,000	,159
	N	39	39	39	39
P_CIV_RELIG	Correlação de Pearson	,108	-,544**	,696**	-,066
	Sig, (2 extremidades)	,513	,000	,000	,690
	N	39	39	39	39
P_UNIAO_CONS	Correlação de Pearson	-,152	,251	-,544**	-,190
	Sig, (2 extremidades)	,356	,123	,000	,247
	N	39	39	39	39
P_NUNCA_VIV	Correlação de Pearson	,061	-,366*	,338*	-,123
	Sig, (2 extremidades)	,714	,022	,035	,456
	N	39	39	39	39
P_CATOLICO	Correlação de Pearson	-,293	-,732**	,376*	-,539**
	Sig, (2 extremidades)	,070	,000	,018	,000
	N	39	39	39	39
P_SEM_RELIG	Correlação de Pearson	,106	,741**	-,499**	,453**
	Sig, (2 extremidades)	,521	,000	,001	,004
	N	39	39	39	39
P_EV_NDET	Correlação de Pearson	1	,040	,012	,121
	Sig, (2 extremidades)		,810	,942	,464
	N	39	39	39	39
P_ASS_DEUS	Correlação de Pearson	,040	1	-,565**	,326*
	Sig, (2 extremidades)	,810		,000	,043
	N	39	39	39	39
P_ESPIRITA	Correlação de Pearson	,012	-,565**	1	,155
	Sig, (2 extremidades)	,942	,000		,347
	N	39	39	39	39
P_URB	Correlação de Pearson	,121	,326*	,155	1
	Sig, (2 extremidades)	,464	,043	,347	

N	39	39	39	39
---	----	----	----	----

*, A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

**, A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Educação

		Correlações			
		P GRAD	P MESTRADO	P DOUTOR	P SEM INST
P_GRAD	Correlação de Pearson	1	-,956**	-,463**	-,095
	Sig. (2 extremidades)		,000	,003	,565
	N	39	39	39	39
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,956**	1	,182	,057
	Sig. (2 extremidades)	,000		,266	,733
	N	39	39	39	39
P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,463**	,182	1	,148
	Sig. (2 extremidades)	,003	,266		,369
	N	39	39	39	39
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	-,095	,057	,148	1
	Sig. (2 extremidades)	,565	,733	,369	
	N	39	39	39	39
P_FUND	Correlação de Pearson	,114	-,073	-,162	,127
	Sig. (2 extremidades)	,488	,658	,325	,442
	N	39	39	39	39
P_MEDIO	Correlação de Pearson	,293	-,264	-,185	-,765**
	Sig. (2 extremidades)	,070	,104	,261	,000
	N	39	39	39	39
P_SUP	Correlação de Pearson	-,087	,101	-,013	-,855**
	Sig. (2 extremidades)	,598	,540	,937	,000
	N	39	39	39	39
P_NDET	Correlação de Pearson	-,195	,244	-,081	,116
	Sig. (2 extremidades)	,233	,135	,626	,482
	N	39	39	39	39

		Correlações			
		P_FUND	P_MEDIO	P_SUP	P_NDET
P_GRAD	Correlação de Pearson	,114	,293	-,087	-,195
	Sig. (2 extremidades)	,488	,070	,598	,233
	N	39	39	39	39
P_MESTRADO	Correlação de Pearson	-,073	-,264	,101	,244
	Sig. (2 extremidades)	,658	,104	,540	,135
	N	39	39	39	39

P_DOUTOR	Correlação de Pearson	-,162	-,185	-,013	-,081
	Sig. (2 extremidades)	,325	,261	,937	,626
	N	39	39	39	39
P_SEM_INST	Correlação de Pearson	,127	-,765**	-,855**	,116
	Sig. (2 extremidades)	,442	,000	,000	,482
	N	39	39	39	39
P_FUND	Correlação de Pearson	1	-,056	-,416**	-,088
	Sig. (2 extremidades)		,734	,009	,595
	N	39	39	39	39
P_MEDIO	Correlação de Pearson	-,056	1	,382*	-,312
	Sig. (2 extremidades)	,734		,016	,053
	N	39	39	39	39
P_SUP	Correlação de Pearson	-,416**	,382*	1	-,025
	Sig. (2 extremidades)	,009	,016		,879
	N	39	39	39	39
P_NDET	Correlação de Pearson	-,088	-,312	-,025	1
	Sig. (2 extremidades)	,595	,053	,879	
	N	39	39	39	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Mobilidade

		Correlações		
		P MOTO	P CARRO	P MOTO CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	1	,170	,896**
	Sig. (2 extremidades)		,302	,000
	N	39	39	39
P_CARRO	Correlação de Pearson	,170	1	,529**
	Sig. (2 extremidades)	,302		,001
	N	39	39	39
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	,896**	,529**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	
	N	39	39	39
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,332*	-,984**	-,646**
	Sig. (2 extremidades)	,039	,000	,000
	N	39	39	39
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,822**	-,345*	,485**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,032	,002
	N	39	39	39
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,040	,976**	,333*

	Sig, (2 extremidades)	,809	,000	,038
	N	39	39	39

Correlações

		P_NEM_MOTO_C		
		ARRO	P_SO_MOTO	P_SO_CARRO
P_MOTO	Correlação de Pearson	-,332*	,822**	-,040
	Sig, (2 extremidades)	,039	,000	,809
	N	39	39	39
P_CARRO	Correlação de Pearson	-,984**	-,345*	,976**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,032	,000
	N	39	39	39
P_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	-,646**	,485**	,333*
	Sig, (2 extremidades)	,000	,002	,038
	N	39	39	39
P_NEM_MOTO_CARRO	Correlação de Pearson	1	,175	-,929**
	Sig, (2 extremidades)		,288	,000
	N	39	39	39
P_SO_MOTO	Correlação de Pearson	,175	1	-,507**
	Sig, (2 extremidades)	,288		,001
	N	39	39	39
P_SO_CARRO	Correlação de Pearson	-,929**	-,507**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,001	
	N	39	39	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

* , A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Pobreza

Correlações

		P_POBREZA	P_PPI_POBREZA	P_BOLSA_FAM
P_POBREZA	Correlação de Pearson	1	,864**	,780**
	Sig, (2 extremidades)		,000	,000
	N	39	39	39
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	,864**	1	,652**
	Sig, (2 extremidades)	,000		,000
	N	39	39	39
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,780**	,652**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	
	N	39	39	39
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	-,223	-,227	,087

Sig, (2 extremidades)	,173	,165	,600
N	39	39	39

Correlações

		P_OUTROS_PS
P_POBREZA	Correlação de Pearson	-,223
	Sig, (2 extremidades)	,173
	N	39
P_PPI_POBREZA	Correlação de Pearson	-,227
	Sig, (2 extremidades)	,165
	N	39
P_BOLSA_FAM	Correlação de Pearson	,087
	Sig, (2 extremidades)	,600
	N	39
P_OUTROS_PS	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlações da dimensão – Privação Material

Correlações

		P_TV	P_MAQLAVAR	P_GELADEIRA
P_TV	Correlação de Pearson	1	,841**	,740**
	Sig, (2 extremidades)		,000	,000
	N	39	39	39
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,841**	1	,865**
	Sig, (2 extremidades)	,000		,000
	N	39	39	39
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,740**	,865**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	
	N	39	39	39
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,849**	1,000**	,866**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,471**	,669**	,446**
	Sig, (2 extremidades)	,002	,000	,004
	N	39	39	39
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,753**	,909**	,869**
	Sig, (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39

P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,751**	,921**	,843**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39

Correlações

		P_MAQTVGEL	P_CELULAR	P_COMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,849**	,471**	,753**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,002	,000
	N	39	39	39
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	1,000**	,669**	,909**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,866**	,446**	,869**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,004	,000
	N	39	39	39
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	1	,661**	,908**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	39	39	39
P_CELULAR	Correlação de Pearson	,661**	1	,628**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	39	39	39
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,908**	,628**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	39	39	39
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	,920**	,669**	,994**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39

Correlações

		P_CELCOMPINT
P_TV	Correlação de Pearson	,751**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	39
P_MAQLAVAR	Correlação de Pearson	,921**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	39
P_GELADEIRA	Correlação de Pearson	,843**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	39
P_MAQTVGEL	Correlação de Pearson	,920**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	39

P_CELULAR	Correlação de Pearson	,669**
	Sig, (2 extremidades)	,000
	N	39
P_COMPINT	Correlação de Pearson	,994**
	Sig, (2 extremidades)	,000
	N	39
P_CELCOMPINT	Correlação de Pearson	1
	Sig, (2 extremidades)	
	N	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlação da dimensão – Renda

		MEDIA_REND_DO	P_ALUG
		M	
MEDIA_REND_DOM	Correlação de Pearson	1	,573**
	Sig, (2 extremidades)		,000
	N	39	39
P_ALUG	Correlação de Pearson	,573**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	
	N	39	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlação da dimensão – Riqueza

		P_IDOSO_10SM	P_ALUG1000
P_IDOSO_10SM	Correlação de Pearson	1	,949**
	Sig, (2 extremidades)		,000
	N	39	39
P_ALUG1000	Correlação de Pearson	,949**	1
	Sig, (2 extremidades)	,000	
	N	39	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Correlação da dimensão – Segregação

Correlações

		ICE renda	ICE raca	ICE ppi	ICE edu
ICE_renda	Correlação de Pearson	1	,588**	,616**	,960**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000
	N	39	39	39	39
ICE_raca	Correlação de Pearson	,588**	1	,996**	,513**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,001
	N	39	39	39	39
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,616**	,996**	1	,542**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000
	N	39	39	39	39
ICE_edu	Correlação de Pearson	,960**	,513**	,542**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,001	,000	
	N	39	39	39	39
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	,963**	,680**	,699**	,919**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000
	N	39	39	39	39
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,963**	,773**	,795**	,906**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000
	N	39	39	39	39
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,972**	,450**	,477**	,943**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,004	,002	,000
	N	39	39	39	39

Correlações

		ICE renda preta	ICE renda ppi	ICE branca renda
ICE_renda	Correlação de Pearson	,963**	,963**	,972**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39
ICE_raca	Correlação de Pearson	,680**	,773**	,450**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,004
	N	39	39	39
ICE_ppi	Correlação de Pearson	,699**	,795**	,477**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,002
	N	39	39	39
ICE_edu	Correlação de Pearson	,919**	,906**	,943**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	39	39	39
ICE_renda_preta	Correlação de Pearson	1	,978**	,951**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000
	N	39	39	39
ICE_renda_ppi	Correlação de Pearson	,978**	1	,905**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000

	N	39	39	39
ICE_branca_renda	Correlação de Pearson	,951**	,905**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	
	N	39	39	39

** , A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),

Acesso à Saúde

Correlações

		Cob_conv_1000hab	Mamograf_1000hab	Medicos_1000hab
Cob_conv_1000hab	Correlação de Pearson	1	,510**	,318**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,001
	N	115	115	115
Mamograf_1000hab	Correlação de Pearson	,510**	1	,321**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000
	N	115	115	115
Medicos_1000hab	Correlação de Pearson	,318**	,321**	1
	Sig. (2 extremidades)	,001	,000	
	N	115	115	115
Hospitais_1000hab	Correlação de Pearson	,492**	,463**	,702**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000
	N	115	115	115
Leitos_1000hab	Correlação de Pearson	-,121	,098	,272**
	Sig. (2 extremidades)	,196	,297	,003
	N	115	115	115

Correlações

		Hospitais_1000hab	Leitos_1000hab
Cob_conv_1000hab	Correlação de Pearson	,492**	-,121
	Sig. (2 extremidades)	,000	,196
	N	115	115
Mamograf_1000hab	Correlação de Pearson	,463**	,098
	Sig. (2 extremidades)	,000	,297
	N	115	115
Medicos_1000hab	Correlação de Pearson	,702**	,272**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,003
	N	115	115
Hospitais_1000hab	Correlação de Pearson	1	,338**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	115	115

Leitos_1000hab	Correlação de Pearson	,338**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	115	115

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades),