

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Saúde Brasil 2005

Uma análise da situação de saúde no Brasil

Brasília - DF
2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação em Saúde

Saúde Brasil 2005

Uma análise da situação de saúde no Brasil

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília - DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

1ª edição – 2005 – tiragem: 1.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação e Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, 1.º andar, Sala 134

CEP: 70058-900, Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Coordenação: Fabiano Camilo

Revisão: CajuDesign - Andréa Ribas

Projeto gráfico: CajuDesign - Fátima Leão

Diagramação: CajuDesign - Glenda Capdeville, Jamile Sallum e Ricardo Cayres

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde.

Saúde Brasil 2005 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

822 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-1032-8

1. Saúde pública. 2. Análise demográfica 4. SUS (BR). I. Título. II. Série.

NLM WA 308

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/1081

Títulos para indexação:

Em inglês: Brazil Health 2005: an analysis of the health situation in Brazil

Em espanhol: Salud Brasil 2005: un análisis de la situación de salud en Brasil

EQUIPE DE ELABORAÇÃO	07
APRESENTAÇÃO	09
INTRODUÇÃO	11
1. PERFIL DA POPULAÇÃO SEGUNDO RAÇA/COR	13
A população segundo anos de estudo	21
2. EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO	27
Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM)	30
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	37
3. SAÚDE REPRODUTIVA	45
Assistência Pré-Natal no Brasil e regiões	52
Tipo de Parto	55
Baixo peso ao nascer	58
Análise dos dados de nascimento segundo raça/cor	60
4. EVOLUÇÃO DO RISCO DE MORTE SEGUNDO RAÇA/COR	73
Evolução da mortalidade no Brasil	75
Evolução da mortalidade materna no Brasil	108
Evolução da mortalidade infantil	121
5. EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NA POPULAÇÃO INDÍGENA	145
Mortalidade na população indígena no Brasil: dados do SIASI	151
Mortalidade na população indígena no Brasil: dados do SIM	158
6. ANÁLISE DA MORTALIDADE EM 2002	195
Número de óbitos e coeficiente geral de mortalidade	199
O risco de morte segundo a faixa etária e o sexo	208
O risco de morte segundo as regiões	214

7. ANÁLISE DA MORTALIDADE SEGUNDO RAÇA/COR EM 2003	219
Mortalidade no Brasil e Regiões, 2003	221
Região Norte	283
Região Nordeste	316
Região Sudeste	348
Região Sul	378
Região Centro-Oeste	406
Temas Especiais:	
8. ANÁLISE DA MORTE VIOLENTA SEGUNDO RAÇA/COR	435
Mortalidade por causas externas	437
Mortalidade por acidentes de transporte terrestre	451
Mortalidade por agressões segundo raça/cor	535
9. ANÁLISE DA TENDÊNCIA DA MORTE VIOLENTA	591
Agressões por arma de fogo	596
Acidentes de transporte terrestre	613
10. ANÁLISE DA TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	639
Doenças do aparelho circulatório	642
Doença cerebrovascular	657
Doença isquêmica do coração	670
Neoplasias	682
11. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL	719
Morbidade por Tuberculose - 2000 a 2003	721
Mortalidade por Tuberculose	735
12. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA DENGUE E DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE NO BRASIL	755
13. TENDÊNCIA DO TÉTANO NEONATAL NO BRASIL	781
14. CONCLUSÕES	801

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Maria de Fátima Marinho de Souza – Coordenadora
Jarbas Barbosa da Silva Junior
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Lucilene Dias Cordeiro
Adauto Martins Soares Filho
André Anderson Carvalho
Andréia de Fátima Nascimento
Gleice Margarete Conceição
Airlane Pereira Alencar
Gizelton Pereira Alencar
Francisco Marcelo Monteiro da Rocha
Antony Stevens
Ana Luisa de Souza Bierrenbach
Ivana Poncioni
Maria Helian Maranhão
Isabella Chagas Samico
Beatriz Jansen
Tochie Massuda

Este trabalho foi elaborado por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS). Jarbas Barbosa da Silva Jr. – Secretário de Vigilância em Saúde – foi o idealizador do projeto. Seu apoio e comprometimento durante todo o processo de execução foram decisivos para a realização e a conclusão deste livro.

A equipe de elaboração foi coordenada por Maria de Fátima Marinho de Souza, coordenadora geral de informação e análise epidemiológica (DASIS/SVS).

A equipe de elaboração do DASIS foi composta por: Lucilene Dias Cordeiro e Otaliba Libânio de Moraes Neto (capítulos 1 e 2), Ivana Poncioni, Maria Helian Maranhão, André Anderson Carvalho e Otaliba Libânio de Moraes Neto (capítulo 3), Lucilene Dias Cordeiro (capítulo 4), André Anderson Carvalho, Maria de Fátima Marinho de Souza e Otaliba Libânio de Moraes Neto (capítulo 5), Andréia da Fátima Nascimento

(capítulos 6 e 7), Gleice Margarete Conceição, Andréia da Fátima Nascimento e Aduino Martins Soares Filho (capítulo 8), Airlane Pereira Alencar, Gizelton Pereira Alencar, Francisco Marcelo Monteiro da Rocha, Antony Stevens e Maria de Fátima Marinho de Souza (capítulos 9 e 10), Ana Luisa de Souza Bierrenbach e Antony Stevens (capítulo 11), André Anderson Carvalho, Isabella Chagas Samico e Beatriz Jansen (capítulo 12), Tochie Massuda (capítulo 13), Maria de Fátima Marinho de Souza e Otaliba Libânio de Moraes Neto (capítulo 14).

AGRADECIMENTOS

Este livro foi fruto de muito trabalho e da participação de vários profissionais da Secretaria de Vigilância em Saúde e de outras instituições, que deram sua contribuição para que as análises e os textos aqui apresentados pudessem ser efetivados. Nesse sentido, não seria justo deixar de mencionar os nomes listados a seguir. Além disso, não poderíamos deixar de mencionar o apoio da Secretaria de Atenção à Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Um agradecimento especial também aos profissionais do Núcleo de Comunicação da SVS, cuja participação foi essencial para que esta publicação se efetivasse desta forma.

COLABORADORES

Andrea Marra
Deborah Carvalho Malta
Eugênia Maria Silveira Rodrigues
Fernanda Lopes
Hélio de Oliveira
José Antonio Escamilla
Lenildo Moura
Luis Eduardo Batista
Mary Larisse Bozzetti
Regina Coeli Viola
Roberto Men Fernandes
Vera Regina Barea

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta o livro Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde, publicação elaborada e organizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, que marca nosso compromisso em produzir e disseminar análises da situação de saúde do nosso país.

Um dos objetivos mais relevantes da presente publicação é valorizar o uso dos dados secundários já disponíveis nos sistemas de informações integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS buscando seu desenvolvimento e aperfeiçoamento. Outros objetivos que vão igualmente contribuir para o processo de consolidação do SUS são o estabelecimento de uma linha de base para um permanente monitoramento de indicadores relevantes da saúde da população brasileira; a ampliação da possibilidade de projetar cenários futuros com base nas análises de tendências e de séries temporais; a retroalimentação aos gestores e usuários desses sistemas de informações; e a divulgação, para os pesquisadores da área de saúde coletiva e para a própria sociedade, de análises sobre dimensões importante da nossa realidade sanitária e social, como as diferenças de saúde examinadas sob a perspectiva das desigualdades raciais.

Enfim, este livro contribui para demonstrar o potencial das análises de situação de saúde no âmbito do SUS, como uma das bases de construção de uma saúde coletiva que se vale das evidências geradas a partir da prática da epidemiologia nos serviços de saúde.

Por fim, destaco o alto nível das análises aqui realizadas e tenho certeza do impacto que será produzido com sua divulgação ao gerar informações e subsídios fundamentais para o aperfeiçoamento da gestão do SUS. Sistema Único de Saúde.

Saraiva Felipe
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

A presente publicação consiste na segunda edição do livro “Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde”, na sua versão para o ano 2005. O conteúdo apresentado em todos os capítulos tem como objetivo explorar as informações disponíveis nos vários sistemas de informação coordenados pelo Ministério da Saúde, com ênfase naqueles sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde: o Sistema de informações sobre mortalidade (SIM), o Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) e o Sistema de informações sobre agravos de notificação (SINAN).

Nosso objetivo é consolidar a realização de estudos que articulem os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença com os problemas da população (mortalidade e morbidade), a estrutura dos serviços e o seu impacto na resolução dos problemas analisados.

Acreditamos que a prática constante de análises de dados secundários é um fator fundamental para o permanente aprimoramento das fontes de informação e a construção de propostas de análise da situação de saúde, estimulando uma prática de gestão da saúde pública baseada em evidências. Vários processos de decisão gerencial no Sistema Único de Saúde poderão tornar-se mais eficientes e efetivos se as análises de dados epidemiológicos passarem a ocorrer, em todos os níveis de gestão, de forma mais constante e sistemática.

A presente publicação aprimora a prática da análise da situação de saúde em nosso país e fortalece a capacidade analítica do SUS, ampliando o conhecimento sobre a situação de saúde da população brasileira; a magnitude e as tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer; e as desigualdades regionais e raciais em saúde.

O caminho percorrido pelos autores – gestores, técnicos e consultores reunidos pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – nesta publicação foi a produção de análises de situação de saúde, utilizando os dados secundários disponíveis, direcionada para os seguintes temas: (i) as características demográficas da população brasileira, com ênfase na composição étnica/racial; (ii) o perfil dos nascimentos no Brasil e aspectos como a prevalência de baixo peso ao nascer e prematuridade, a assistência pré-natal

e os índices de cesárea; (iii) a evolução da mortalidade no Brasil, com ênfase na mortalidade geral, materna, infantil e na população indígena; (iv) o perfil de mortalidade em geral, da morte por causas violentas segundo a variável raça/cor; (v) a tendência de algumas causas de mortalidade como as violências e as doenças crônicas não transmissíveis; e (vi) a situação de algumas doenças transmissíveis como a tuberculose, o dengue e o tétano neonatal no Brasil.

Esta publicação tem como principal público alvo os gestores e os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde das três esferas de governo, mas será uma fonte de grande utilidade para pesquisadores, docentes e estudantes das várias áreas que compõem a saúde coletiva. Termino agradecendo a todos que se envolveram na produção dessa relevante publicação e parablenizo-os pela alta qualidade do resultado de seu trabalho.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Secretario de Vigilância em Saúde

**O PERFIL DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA UTILIZANDO AS
CATEGORIAS DE RAÇA/COR**

1



O PERFIL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA UTILIZANDO AS CATEGORIAS DE RAÇA/COR

Introdução

O estudo da composição da população segundo idade, sexo e situação socioeconômica fornece elementos para um diagnóstico da situação atual e para o planejamento social e econômico de um país. Nesse contexto, estudos que abordam as diferenças por raça/cor são importantes, de forma a direcionar o planejamento considerando as especificidades das etnias que compõem a população.

Considerando-se que a composição étnica do Brasil possui uma grande miscigenação, é importante que as análises levem em conta a distribuição segundo a raça ou a cor. Nesse sentido, o presente trabalho descreve a composição da população brasileira segundo sexo, idade e anos de estudo, desagregado por raça/cor, considerando os dados censitários de 2000. Esses resultados serão utilizados para a construção das taxas brutas, padronizadas e específicas apresentadas no Saúde Brasil 2005.

Nos estudos demográficos, análises considerando as inter-relações entre as variáveis demográficas e o item cor são cada vez mais importantes. A escassez de estudos considerando a real composição étnica da população é muitas vezes associada à necessidade de se ocultar a compreensão maior da desigualdade social (Posada, 1984).

Ainda segundo Posada, dos censos demográficos realizados no Brasil (1872, 1890, 1900, 1920, 1940, 1960, 1970 e 1980), o item cor não foi abordado em 1900, 1920 e 1970. Nos dois primeiros censos a cor da pessoa era critério apenas do entrevistador. A partir de 1940, as pesquisas passaram a considerar conceitos de autoclassificação ou mistos.

Segundo Carvalho, Wood e Andrade (2003), *nos censos demográficos brasileiros, a informação acerca da cor é obtida a partir da autodefinição do indivíduo ou de informações prestadas por terceiros, e suas respostas são classificadas em torno de categorias de cor preestabelecidas*. O IBGE adotou cinco categorias para a classificação dos indivíduos, o que é criticado. No entanto, dada a diversidade de cores e raças reportadas, decorrente da subjetividade da classificação da cor, nenhum tipo de classificação será isento de problemas.

A informação sobre cor está sujeita a variações decorrentes da subjetividade na classificação dessa característica, tanto por parte do entrevistado quanto do entrevistador. Segundo Carvalho, Wood e Andrade (2003), estudos mostram que isso acontece porque *no Brasil, raça e cor são conceitos mais associados à aparência do indivíduo e sua inserção na sociedade (...)*. Entrevistadores tendem a classificar em categorias mais escuras aqueles que possuem menor renda e escolaridade; por outro lado, entrevistados com melhores condições sociais e econômicas tendem a uma identificação africana.

Há também que se considerar que a validade do uso da categoria cor pode sofrer interferência produzida por uma não-estabilidade na classificação de cor ao longo dos anos pela população brasileira. Estudos longitudinais sobre mobilidade e sobre desigualdade social no Brasil, em que são utilizados dados censitários sobre raça/cor como variável de controle, podem ser afetados por um viés de seletividade. Estudos apontam também que raça/cor e estratificação social encontram-se estreitamente vinculados (Carvalho, Wood e Andrade, 2003).

Metodologia

Os dados populacionais são do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tiveram como base o censo demográfico de 2000 .

Na discussão apresentada eventualmente serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo” e “negro”, representando as categorias de análise da população de raça/cor branca, população de raça/cor preta, população de raça/cor parda e população de raça/cor negra, respectivamente. A denominação “negra” representa a junção da raça/cor preta com a raça/cor parda.

Resultados

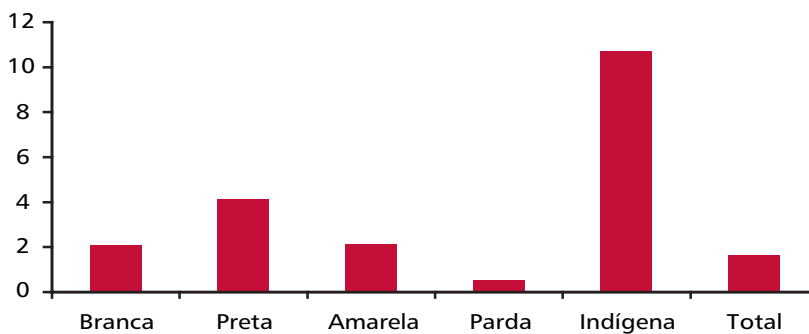
Entre 1991 e 2000, conforme pode ser visto na Figura 1.1, a taxa de crescimento da população brasileira foi de 1,6%. Considerando a auto-declaração da raça/cor, a maior taxa de crescimento foi da população indígena (10,7%), seguida de pretos (4,1%) (IBGE, 1994 e 2002).

Os dados do censo demográfico 2000 revelaram uma proporção menor de pessoas que se declararam pardas (38,5 %) em relação ao censo demográfico de 1991 (42,4%)

(Figuras 1.2 e 1.3). Este fato se repete em todas as regiões brasileiras, com exceção da Região Sudeste, cujos percentuais mantiveram-se no mesmo patamar (Figuras 1.4). A proporção de pessoas que se declararam de cor preta, em 1991, foi inferior àquela observada em 2000. Em 2000, 53,7% da população eram de cor branca, 44,7% negra (6,2% de pretos e 38,5% de pardos) e 0,4% se autodeclararam indígenas (Figura 1.3).

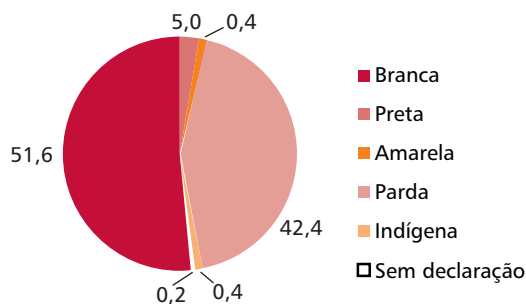
Segundo o IBGE, a comparação desses resultados censitários de 1991 e 2000 mostrou uma redução na proporção de pardos e um aumento correspondente de pretos, o que pode ser um indicativo de mudança nos padrões de identificação e de auto-classificação (IBGE, 2004). Os que não declararam raça/cor representaram menos de 0,5%, tanto em 1991 quanto em 2000.

Figura 1.1: Taxa geométrica de crescimento populacional segundo raça/cor Brasil, 1991-2000.



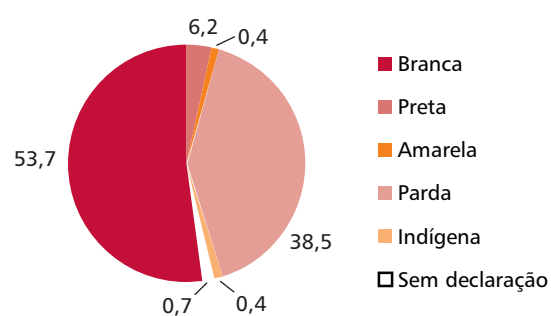
Fonte: IBGE.

Figura 1.2: Distribuição percentual da população segundo raça/cor. Brasil, 1991.



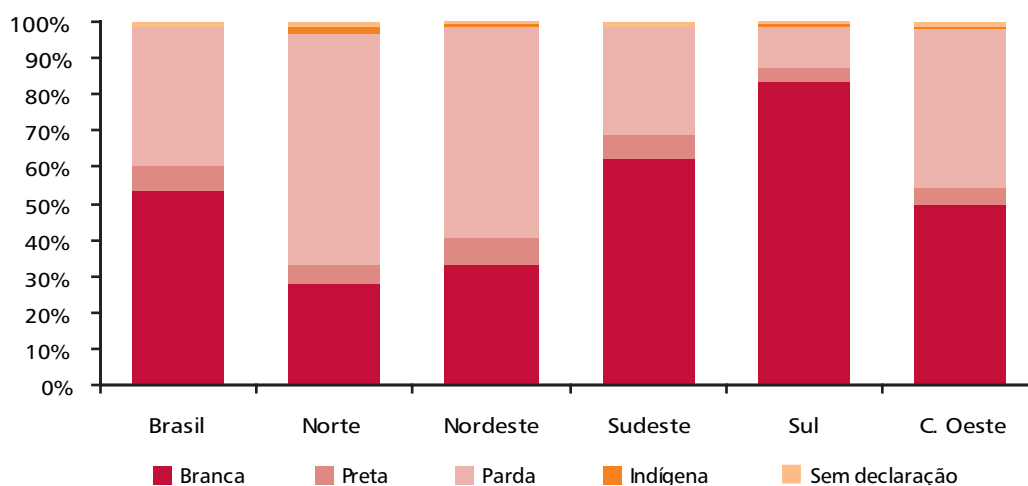
Fonte: IBGE.

Figura 1.3: Distribuição percentual da população segundo raça/cor. Brasil, 2000.



Em 2000, a população negra (pretos e pardos) destacou-se nas regiões Norte e Nordeste com participação superior a 65%. Nas regiões Sul e Sudeste a maior participação percentual foi da população branca (83,6% e 62,4%, respectivamente). No Centro-Oeste houve uma participação similar de brancos e negros. Em todas as regiões o peso maior entre os negros foi da população parda (Figura 1.4).

Figura 1.4: Distribuição percentual da população segundo raça/cor. Brasil e regiões, 2000.



Fonte: IBGE.

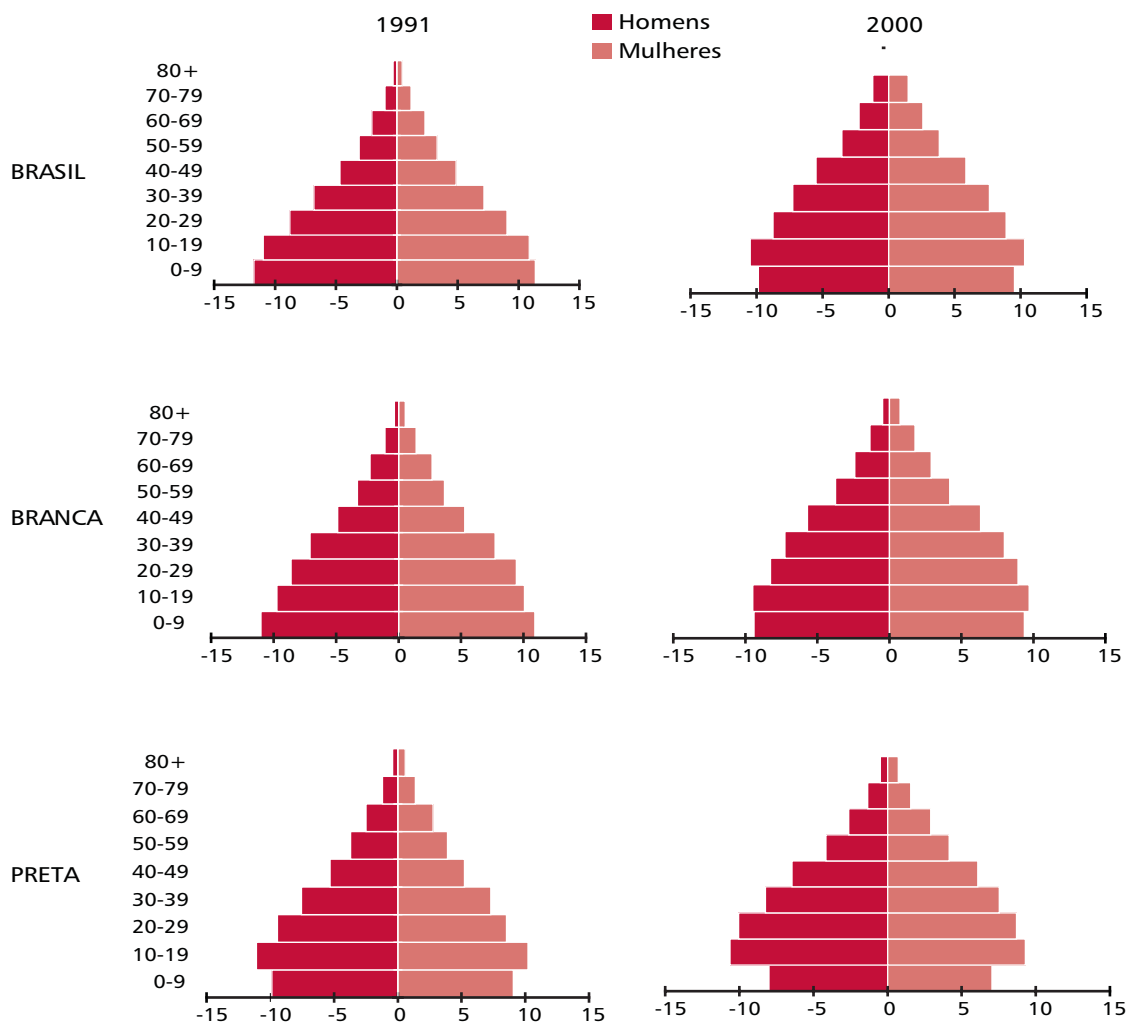
Um aspecto relevante, evidenciado pela estrutura da população por idade e sexo, representada pelas pirâmides etárias, é o envelhecimento da população e a participação cada vez menor de crianças em relação a grupos etários mais velhos, independentemente da raça ou cor.

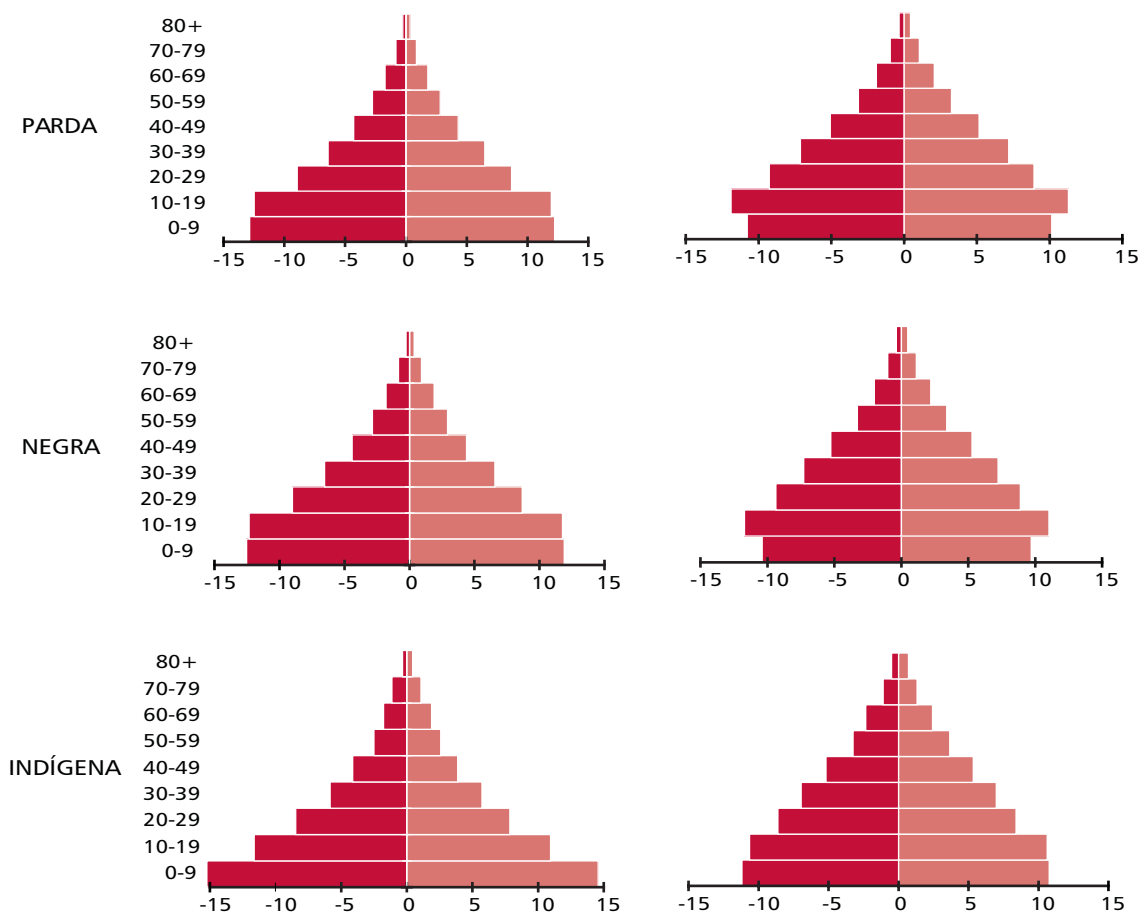
De fato, verificou-se que a proporção da população abaixo de 10 anos de idade reduziu significativamente, enquanto a população mais velha vem aumentando, uma vez que há cada vez mais um contingente maior de pessoas nos grupos etários mais velhos.

No período de 1991 a 2000, houve uma redução de 16% na participação percentual dos menores de 10 anos. Entre os brancos a redução foi de 14,3%, entre os pretos 20,5% e entre os pardos 16,5%. Entre os indígenas, a participação de crianças dessa faixa de idade passou de 29,8% em 1991 para 22% em 2001 (Figura 1.5). Há que se ressaltar

que as populações parda e indígena apresentam uma configuração mais jovem. Por outro lado, a participação da população de idosos (60 anos e mais) aumentou em todas as populações analisadas, sendo que a maior variação percentual se deu entre a população indígena (26,7%) e a menor entre os pretos (9,4%). Nesse grupo de idade, a população com mais de 80 anos foi a que apresentou maior variação percentual independentemente da categoria de raça/cor considerada entre 1991 e 2000 (Figura 1.5).

Figura 1.5: Estrutura etária da população segundo raça/cor. Brasil, 1991 e 2000.

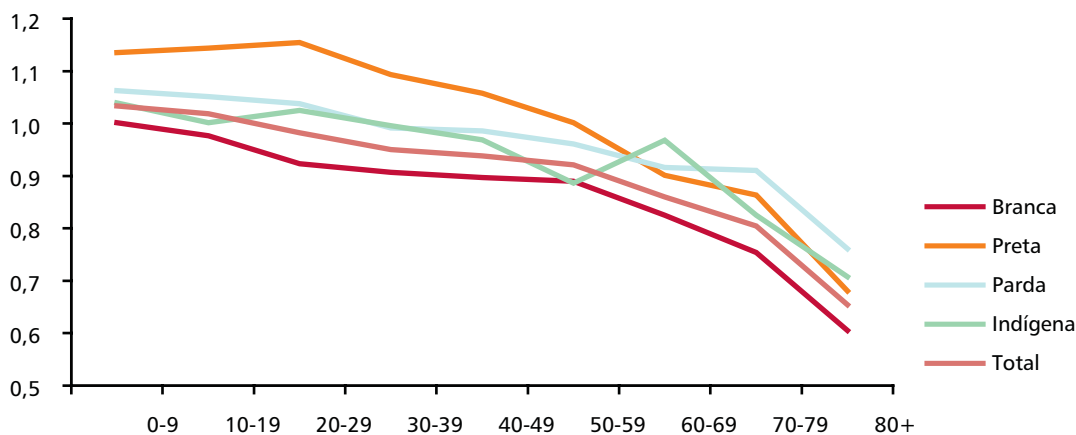




Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde e IBGE.

Chama a atenção que entre os pretos houve uma menor participação de crianças menores de 10 anos (18,9%). Esses resultados vêm ao encontro de análises de autores que apontam uma redução nas taxas de fecundidade em todo o País, verificada nos censos de 1991 e de 2000, mesmo nas regiões mais pobres, entre as populações de menor escolaridade e negra (Berquó e Cavenaghi, 2004). No caso da população idosa, foi entre os pardos que se verificou a menor participação (5,9%) (Figura 1.5).

Outro ponto a ser destacado é a razão de sexo, que reflete o equilíbrio dos sexos. Esta medida, resultado do número de homens que correspondem a 100 mulheres, mostrou que, em 2000, entre a população negra havia um maior volume de homens até os 59 anos, faixa de idade em que o número de mulheres suplanta o de homens (Figura 1.6).

Figura 1.6: Razão de sexo segundo raça/cor. Brasil, 2000.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde e IBGE.

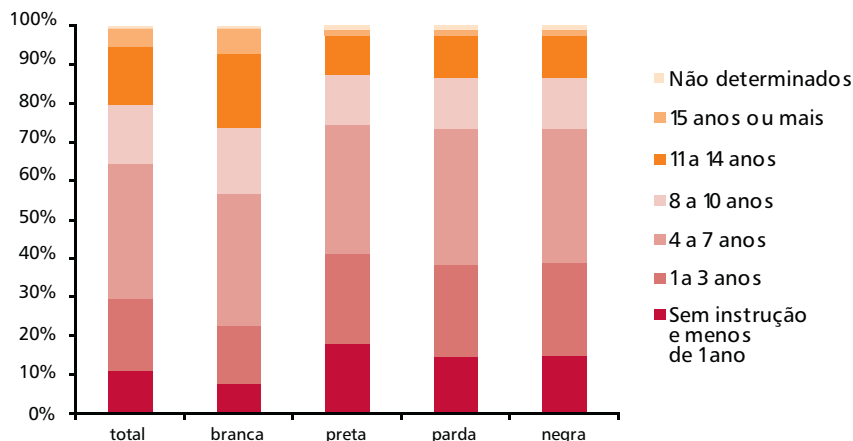
A população segundo anos de estudo

O conceito de escolarização é comumente utilizado como *proxy* de análises das condições socioeconômicas de uma população. É sabido que análises mais detalhadas, onde o grau de cruzamento das variáveis em estudo é elevado, certos cuidados metodológicos são necessários para evitar que vieses possam distorcer as análises realizadas. Ao se estudar o perfil epidemiológico de uma população, considerando sua raça/cor, os resultados podem ser afetados pelo viés da seletividade dessa variável. Para contornar esse problema adotou-se anos de estudo como variável de controle.

Segundo o censo demográfico de 2000, a população com mais de 10 anos de idade tinha, em média, 6 anos de estudo. A média de anos de estudo da população branca foi de cerca de 2 anos superior à dos negros.

Dentre as faixas de anos de estudo consideradas, a maior participação percentual foi no grupo de 4 a 7 anos de estudo, com 34,3%. Entre a população preta, 17,9% declararam ter menos de 1 ano de estudo ou não tinham instrução, enquanto que apenas 1,4% tinha mais de 15 anos de estudo. Entre os brancos a distribuição percentual foi inversa: maior concentração entre os com mais estudo e menos participação de analfabetos (Figura 1.7).

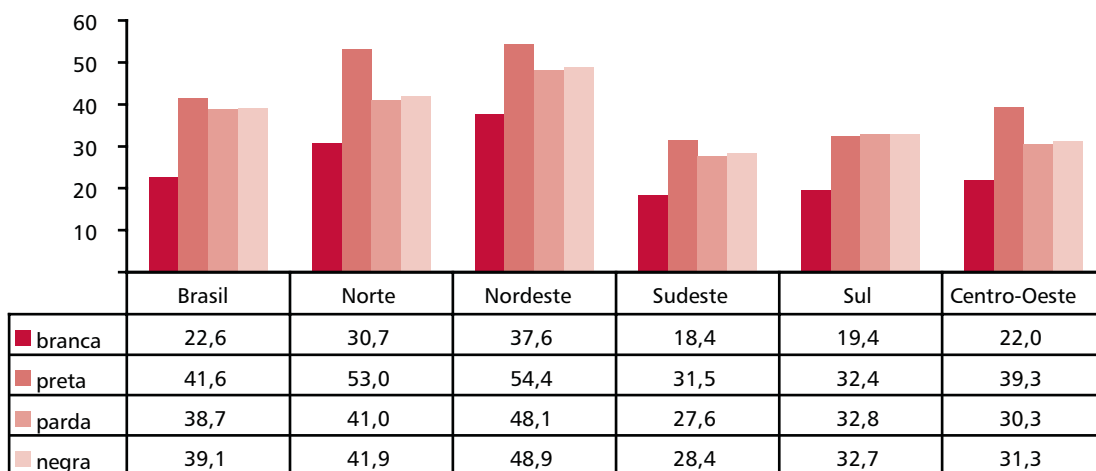
Figura 1.7: Distribuição percentual da população por raça/cor segundo anos de estudo. Brasil e regiões, 2000.



Fonte: IBGE.

Entre as regiões, a Região Nordeste apresentou o maior percentual de pessoas com menos de 4 anos de estudo (45%), seguida da Região Norte (39%). As demais apresentaram percentual inferior a 30%. Em todas as regiões a população preta se destacou com o maior percentual com menos de 4 anos de estudo, sendo esse percentual mais acentuado no Norte e Nordeste, com índices superiores a 50% (Figura 1.8).

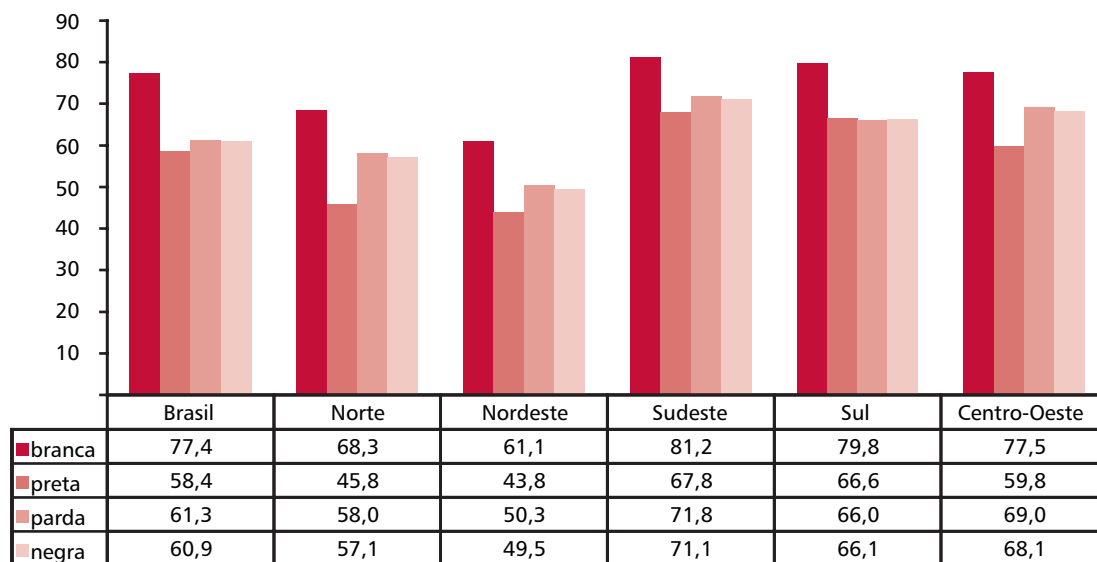
Figura 1.8: Distribuição percentual da população com menos de 4 anos de estudo segundo raça/cor. Brasil e regiões, 2000.



Fonte: IBGE.

Os brancos se destacaram em todas as regiões entre a população mais “instruída”. Por outro lado, a população preta obteve menor participação entre os com mais de 4 anos de estudo (Figura 1.9).

Figura 1.9: Distribuição percentual da população com mais de 4 anos de estudo segundo raça/cor. Brasil e regiões, 2000.



Fonte: IBGE.

Considerações finais

Os dados populacionais mostraram que a maioria da população brasileira se autodeclara branca (54%, em 2000) e que indígenas e amarelos são minoria. Estas duas últimas categorias foram introduzidas nos questionários dos censos a partir do censo demográfico de 1991.

Entre 1991 e 2000, a participação de todas as categorias de raça/cor aumentou, exceto dos pardos, o que levanta vários questionamentos sobre tal comportamento. Alguns pesquisadores consideram esse resultado como decorrente de um aumento do reconhecimento por parte da população brasileira da sua origem étnica. No entanto, tal identificação ainda é embrionária, tendo em vista o pouco volume de pessoas que se autodeclaram como pretas.

Apesar da redução percentual da população menor de 15 anos de idade em todas as categorias de raça/cor, a população parda apresentou uma estrutura etária mais jovem que a de pretos e brancos. Outro fato relevante é a menor participação de crianças pretas com menos de 10 anos de idade tanto em 1991 quanto em 2000.

Com relação à variável anos de estudo, os resultados apontam um maior nível educacional entre os brancos e menor entre os negros.

Os dados populacionais serão utilizados na construção das taxas para as análises de mortalidade nos próximos capítulos. Aplicou-se a distribuição por sexo e idade segundo raça/cor de 2000 nas estimativas populacionais de 2001 a 2003 por se considerar importantes análises nesse nível de desagregação populacional, com vistas a melhor conhecer o perfil epidemiológico da população com os dados mais recentes disponíveis.

As análises de evolução das taxas nesta publicação não sofrem o viés de seletividade acima abordado, pois toma-se como padrão a população censitária de apenas um censo, o censo de 2000. Além disso, o uso da categoria negra, produto da soma das cores preta e parda, minimiza o viés de migração de cores: a mais importante migração acontece entre as cores preta e parda.

Referências bibliográficas

IBGE. **Censo demográfico 1991**. Rio de Janeiro, 1994.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. Tendências Demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo demográfico 2000. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica Socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 13. 2004.

BERQUÓ, E; CAVENAGHI, S. Mapeamento Sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: Encontro nacional de estudos populacionais, 14, 2004, Caxambu. **Anais...** Campinas: ABEP,2004.

CARVALHO, J.A.M.; WOOD, C.H.; ANDRADE, F.C.D. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, 2003.

POSADA, Jem. Cor segundo censos demográficos. In: **Censos consensos e contrasensos**. ABEP, Ouro Preto, junho 1984, p. 223-234.

SZWARCWALD, Célia L. et al. **Projeto para estimação da mortalidade infantil no Brasil, no ano 2000**.

EVOLUÇÃO DA QUALIDADE
DA INFORMAÇÃO

2



EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DE ÓBITOS E NASCIMENTOS

Introdução

A análise da evolução da mortalidade e dos nascimentos permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população, bem como conhecer a magnitude e as tendências dos indicadores de saúde. No Brasil, os principais sistemas de informação epidemiológica sobre as estatísticas vitais são o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelos censos demográficos e pelas estatísticas do registro civil, faz um acompanhamento das estatísticas vitais, utilizando também métodos demográficos para a construção de estimativas de nascimentos e óbitos baseadas nas diversas pesquisas e nos censos demográficos. O presente trabalho apresenta o SIM e o Sinasc, faz uma avaliação sobre a evolução da cobertura, dando especial destaque à evolução do preenchimento do quesito raça ou cor.

Metodologia

O estudo utilizou os dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). A análise da cobertura dos sistemas foi realizada considerando-se as estimativas de óbitos e nascimentos elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

Para a análise da evolução das informações sobre raça/cor foram considerados apenas os sistemas de informação do Ministério da Saúde – SIM e Sinasc.

Os dados populacionais utilizados foram as estimativas do IBGE que estão presentes no site do Datasus (www.datasus.gov.br).

Para a avaliação sobre a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito e de Nascido Vivo, foram selecionadas as variáveis consideradas de maior significado

epidemiológico. A avaliação foi realizada utilizando-se a proporção de campos não-preenchidos (deixados em branco) e os com alternativa *ignorado*, em relação ao total de óbitos e nascidos vivos no ano considerado. Os dados analisados referem-se aos óbitos e nascidos vivos por local de ocorrência.

Na discussão apresentada, eventualmente serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo” e “negro”, representando as categorias de análise da população de raça/cor branca, população de raça/cor preta, população de raça/cor parda e população de raça/cor negra, respectivamente. A denominação “negra” representa a junção da raça/cor preta com a raça/cor parda.

Resultados

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde constitui-se a fonte oficial de dados sobre óbitos para a área de saúde no País. Criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da Declaração de Óbito (DO) em todo o território nacional, visa a atender as exigências legais para registro dos óbitos, mas tem como objetivo principal fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no País.

O SIM contém informações sobre o óbito como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu (idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência). As informações do SIM estão disponíveis nas esferas municipais, estaduais e federais - SVS/MS, em CD-ROM, e no site do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br).

Qualidade de preenchimento da Declaração de Óbito

No estudo sobre a qualidade de preenchimento da Declaração de Óbito (DO), considerando as variáveis selecionadas, os seguintes resultados foram observados:

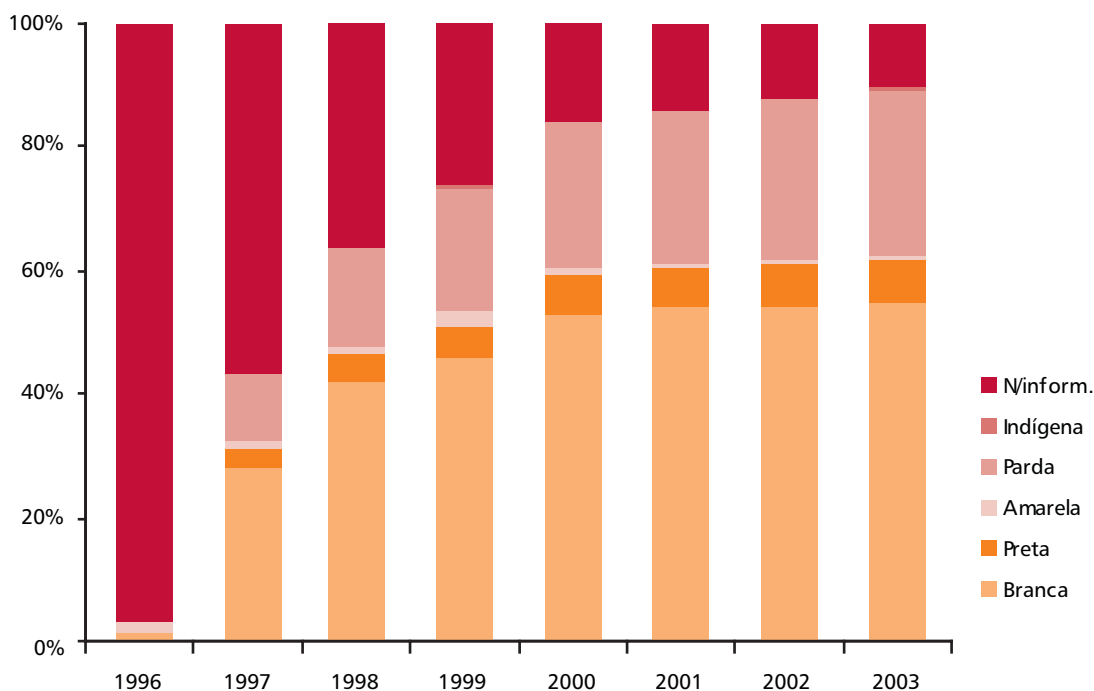
a) Raça/cor – Esta variável foi introduzida na DO no ano de 1996, atendendo a uma reivindicação da Liga Nacional para a Valorização da Raça Negra. Em seus primeiros anos de vigência, o preenchimento foi bem baixo, mas com o passar do tempo foi se aprimorando. No ano de 2003, para o Brasil, o índice de ignorado/branco foi

de 10,3%, enquanto que em termos regionais o Nordeste teve os valores mais altos (21,3%), e as demais apresentaram percentuais abaixo de 10% (Tabela 2.1).

Com referência às Unidades Federadas (UFs), os valores foram muito díspares, com apenas quatorze unidades com percentuais na casa de um dígito, cabendo os mais altos a Sergipe (46,0%), seguido de Alagoas (31,6%).

No ano em que foi incluído o quesito raça/cor na DO (1996), o percentual de não-informados foi de 96,7%. Em 1997, apesar da melhoria no preenchimento, o percentual de não-informados ainda foi superior a 50%. A partir de 2000, o preenchimento torna-se mais robusto, chegando a 15% os não-informados (Figura 2.1).

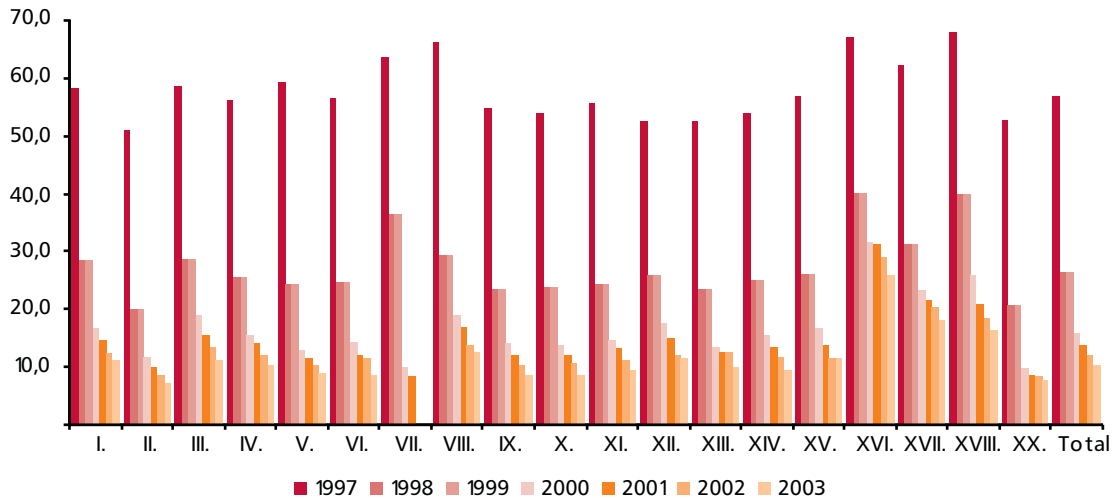
Figura 2.1: Percentual de óbitos segundo raça/cor. Brasil, 1996-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Quando analisou-se a participação dos não-informados em cada capítulo da CID 10, constatou-se uma redução significativa a partir do ano 2000 (Figura 2.2).

Figura 2.2: Evolução percentual dos não-informados do quesito raça/cor por capítulo da CID 10. Brasil, 1997-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

b) Estado civil – Esta variável foi modificada a partir de 1998 e desde então tem apresentado um padrão de preenchimento um tanto baixo na maioria das UFs, o que pode ser observado no ano de 2003. Nesse ano, apenas onze UFs apresentaram valores na casa de um dígito, enquanto que as demais tiveram índices entre 11,8% (Espírito Santo) e 34,8% (Sergipe). A Região Nordeste teve o percentual mais alto (18,5%), cabendo o mais baixo à Sul (4,6%) (Tabela 2.1).

c) Escolaridade geral – Esta variável também teve suas alternativas modificadas a partir de 1998. No ano de 2003 apresentou os percentuais de *ignorado/em branco* muito altos, na casa de dois dígitos, para todas as áreas geográficas (Brasil, regiões e estados). Sergipe apresentou os índices mais altos (68,1%), seguido de Alagoas (66,0%). O Estado de Mato Grosso teve os valores mais baixos (14,5%) e a Região Nordeste os percentuais mais altos (47,6%) (Tabela 2.1).

d) Idade da mãe – Esta variável tem um alto percentual de não-preenchimento. Apenas três estados tiveram índices na casa de um dígito; a Região Nordeste detém os percentuais mais elevados, seguida pela Região Norte. Os valores mais altos se situam entre 7,3% (Paraná) e 65,3% (Paraíba) (Tabela 2.1).

e) Escolaridade da mãe – É a variável com maior índice de não-preenchimento, com um percentual médio para o Brasil na ordem de 56,4%. As regiões situaram-se entre 36,2% (Sul) e 73,1% (Nordeste), enquanto que dentre os estados apenas o Paraná teve percentual de um dígito (7,6%). Roraima teve o mais alto índice (93,1%) (Tabela 2.1).

f) Duração da gestação – O Brasil apresentou um percentual de 30,8% nesse quesito e as regiões variaram entre 16,8% (Norte) e 38,4% (Nordeste). Entre os estados, o índice mais baixo foi o do Paraná (9,2%) e o mais alto foi da Paraíba (64,8%). Ressalte-se que, à exceção do Paraná, todos os estados apresentaram percentuais com dois dígitos (Tabela 2.1).

g) Tipo de gravidez – Considerada uma das variáveis mais fáceis de serem preenchidas, uma vez que corresponde a um óbito específico – fetal ou menor de um ano –, apresenta percentuais de não-preenchimento acentuados, conforme se observa na Tabela 2.1. A Região Nordeste apresentou o primeiro lugar, com 35,7%; o menor índice foi da Região Centro-Oeste, com 14,9%. Os estados, em grande parte, apresentaram percentuais na casa de dois dígitos, cabendo o mais alto à Paraíba (62,1%) (Tabela 2.1).

h) Tipo de parto – Também é uma variável de fácil preenchimento pela sua característica, mas apresenta-se com elevados percentuais de não-preenchimento, mostrados na Tabela 2.1: a média do Brasil com 29,3% e Regiões entre 15,5% (Norte) e 36,0% (Nordeste).

Apenas quatro estados têm percentuais menores que 10%, três dos quais nas regiões Sul e Centro-Oeste. Os percentuais mais elevados foram observados nos estados da Paraíba (62,5%), seguido do Ceará, com 44,6%.

i) Morte em relação ao parto – Esta variável pertence, na maioria, aos óbitos fetais e apresenta um percentual alto de não-preenchimento (Brasil 33,6%). As regiões com percentuais mais elevados são a Nordeste (40,6%) e a Sudeste (37,5%). Apenas o Estado do Paraná tem percentual de um dígito (7,3%). Entre os estados com percentuais elevados, sobressaem a Paraíba (66,9%) e o Ceará (52,3%) (Tabela 2.1).

j) Peso ao nascer – Tendo mais ênfase nos óbitos fetais e nos óbitos de menores de um ano de vida, é, juntamente com a escolaridade, a variável que tem todos os seus percentuais com dois dígitos. O Brasil apresentou uma média de *ignorados/brancos* de 33,0%. As regiões Nordeste (41,1%) e Sudeste (35,0%) apresentaram os percentuais mais altos.

Tabela 2.1: Proporção de variáveis com preenchimento ignorado/branco na declaração de óbito, por UF de ocorrência do óbito. Estados, Regiões, Brasil, 2003.

Brasil, Regiões, Unidades Federadas	Raça/cor	Estado civil	Escolaridade	Quesitos do Bloco V - Fetal ou menor de 1 ano						
				Idade da mãe	Escolaridade	Duração da Gestação	Tipo de gravidez	Tipo de parto	Morte em relação parto	Peso nascer
Brasil	10.3	10.4	39.6	34.1	56.4	30.8	28.6	29.3	33.6	33.0
Norte	5.4	16.7	28.8	18.1	71.7	16.8	15.3	15.5	19.6	21.4
Rondônia	15.5	29.9	58.3	55.5	84.8	42.2	39.9	40.9	36.6	45.4
Acre	20.2	18.7	41.3	45.3	90.9	45.3	40.7	39.5	50.5	48.9
Amazonas	5.3	20.4	30.5	18.5	82.4	17.2	15.8	16.2	22.0	26.8
Roraima	11.2	29.1	47.7	17.5	93.1	15.0	14.4	14.4	36.3	30.6
Pará	2.3	12.4	20.6	9.8	61.6	10.4	9.2	9.2	11.8	12.4
Amapá	0.5	9.0	16.6	10.8	41.2	10.5	10.1	10.1	11.8	13.2
Tocantins	1.5	13.2	23.1	11.4	85.7	10.8	10.0	10.2	20.0	17.0
Nordeste	21.3	18.5	47.6	40.4	73.1	38.4	35.7	36.0	40.6	41.1
Maranhão	5.8	8.9	18.9	24.0	44.0	24.1	21.7	21.9	30.3	30.3
Piauí	15.9	17.8	34.0	30.0	92.7	25.8	23.1	23.6	23.4	33.0
Ceará	28.8	19.5	49.3	51.2	73.5	47.4	45.9	44.6	52.3	46.4
Rio Grande do Norte	20.2	13.3	45.5	39.7	89.4	32.2	30.5	32.9	34.6	42.8
Paraíba	17.0	19.1	49.6	65.3	84.8	64.8	62.1	62.5	66.9	60.1
Pernambuco	8.9	13.2	50.9	21.7	63.0	20.8	18.6	19.2	22.6	24.0
Alagoas	31.6	32.1	66.0	46.6	76.5	46.0	40.6	41.7	45.3	50.4
Sergipe	46.0	34.8	68.1	42.1	89.5	39.4	37.1	37.6	40.2	40.4
Bahia	28.4	20.9	48.8	48.3	77.8	46.4	43.1	43.5	47.8	49.1
Sudeste	7.4	7.3	39.8	39.6	40.0	33.3	31.4	32.4	37.5	35.0
Minas Gerais	18.8	8.4	46.3	40.8	62.5	36.9	34.2	34.7	39.2	39.1
Espírito Santo	27.6	11.8	58.7	46.7	81.7	34.7	31.1	32.4	27.1	36.6
Rio de Janeiro	5.5	6.7	25.9	16.7	60.7	14.4	12.8	13.5	20.6	15.2
São Paulo	1.8	6.8	42.3	48.3	15.2	39.7	38.1	39.6	45.1	41.4
Sul	4.6	4.6	31.6	21.0	36.2	19.5	18.1	19.1	20.8	19.7
Paraná	3.2	3.4	15.1	7.3	7.6	9.2	8.1	9.4	7.3	10.4
Santa Catarina	13.9	6.1	38.9	39.0	45.8	33.5	31.6	32.7	36.3	32.8
Rio Grande do Sul	2.0	5.0	42.0	27.8	63.6	24.4	22.7	23.6	28.6	23.9
Centro-Oeste	6.8	10.3	34.5	19.8	51.0	17.6	14.9	15.9	18.9	18.6
Mato Grosso do Sul	2.8	7.7	24.1	7.5	19.2	10.0	7.1	7.1	15.0	12.8
Mato Grosso	1.6	8.8	14.5	12.3	44.4	11.1	8.7	9.5	12.2	12.7
Goiás	13.1	13.8	57.7	33.4	70.1	26.8	23.5	25.3	22.4	26.9
Distrito Federal	2.9	6.8	16.7	17.6	56.3	16.5	14.9	15.6	23.6	17.1

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Em termos de estados, o percentual mais baixo coube ao Paraná (10,4%), enquanto os mais altos foram na Paraíba (60,1%) e em Alagoas, com 50,4% (Tabela 2.1).

Cobertura do SIM

Os dados notificados no SIM são os mais fidedignos na avaliação dos eventos de mortes, devido ao seu caráter contínuo e concorrente à ocorrência do evento. Mesmo com o imenso avanço desses sistemas de informações nos últimos anos, ainda existem estados onde a cobertura e a qualidade das informações são precárias, o que leva à necessidade da adoção de estimativas indiretas para o cálculo das taxas de mortalidade.

Nesse sentido, em face da necessidade de avaliar a magnitude da subnotificação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, adotaram-se como padrão de referência as estimativas de mortalidade elaboradas pelo IBGE, mesmo considerando que também existem problemas nessas estimativas por vários motivos, tais como os pressupostos que as metodologias adotadas exigem, a impossibilidade em mensurar mudanças em curto espaço de tempo nos níveis de mortalidade, entre outros. Mesmo com essas ressalvas e dada a não-disponibilidade de informações de outras fontes devidamente validadas para a comparação, os padrões de referência aqui adotados serão as estimativas do IBGE. Cabe ressaltar que outras metodologias vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de se ter estimativas de mortalidade mais próximas da realidade de cada localidade estudada .

Para análise da cobertura do SIM, foi calculada a razão entre os óbitos notificados por esse sistema e os estimados pelo IBGE. Os resultados apontam que nas regiões Sul e Sudeste os dados são melhor coletados que nas outras regiões. No Norte e no Nordeste, apresentam problemas de subnotificação, fazendo com que as taxas de mortalidade não expressem a realidade. No Centro-Oeste a subnotificação observada é inferior à das regiões Norte e Nordeste (Tabela 2.2).

Os resultados apontam ainda coberturas superiores a 100% em determinados anos, como é o caso do Rio de Janeiro e de São Paulo, entre 1994 e 1996. Por outro lado, houve uma redução na cobertura a partir de 1996 nestes e em outros estados brasileiros. Algumas suposições podem ser feitas diante desse quadro, na tentativa de justificar esses resultados. Uma delas seria a maior sensibilidade do sistema de informação em detectar alterações no perfil da mortalidade, quando comparado com as estimativas.

Tabela 2.2: Razão entre óbitos informados e estimados pelo IBGE segundo unidade da federação de residência. Estados, regiões, Brasil, 1991-2003.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	71.37	73.55	78.18	79.09	79.64	80.88	79.97	81.92	81.86	81.85	82.41	83.25	83.89
Norte	55.37	54.40	58.30	59.85	60.26	58.75	60.95	65.46	67.69	70.05	73.75	72.20	74.63
Rondônia	73.77	64.85	71.72	70.48	77.91	66.93	69.31	77.74	75.41	76.97	81.45	80.16	82.53
Acre	71.43	71.91	72.76	76.00	71.09	72.49	71.42	73.84	64.46	76.73	73.53	72.04	72.17
Amazonas	54.74	55.90	60.17	64.72	64.84	60.89	62.28	64.98	70.01	75.91	75.30	75.01	73.69
Roraima	62.11	54.89	55.69	66.27	68.29	72.46	64.71	75.88	87.07	90.78	80.86	83.30	88.59
Pará	53.04	52.37	55.61	56.44	54.52	53.52	57.37	62.38	65.11	65.75	71.64	69.14	74.17
Amapá	65.28	59.34	65.27	75.51	75.30	77.26	78.09	70.39	75.83	73.27	82.71	81.20	75.41
Tocantins	38.50	41.73	46.22	42.61	49.58	56.14	55.65	60.50	62.06	62.86	68.09	67.32	68.31
Nordeste	48.19	50.05	53.96	54.19	54.63	55.07	56.20	60.03	60.92	62.99	65.91	68.83	69.92
Maranhão	31.06	32.09	33.05	29.77	30.36	29.35	32.98	37.43	35.47	39.55	48.84	52.90	55.27
Piauí	23.53	31.55	35.59	35.58	34.18	31.07	36.16	39.74	41.67	56.44	61.28	64.39	68.48
Ceará	37.25	38.02	46.61	50.16	49.48	51.84	55.36	56.67	62.18	60.30	64.10	70.11	73.10
Rio Grande do Norte	41.83	43.96	51.39	50.73	57.12	55.92	55.39	58.19	59.28	60.55	62.95	67.22	65.11
Paraíba	49.87	48.58	55.97	54.11	55.52	53.65	53.22	54.84	53.52	57.49	59.90	62.82	64.02
Pernambuco	65.29	66.42	71.10	69.49	67.19	69.51	71.61	75.53	75.55	76.89	76.36	76.89	77.96
Alagoas	55.43	56.16	58.05	56.42	59.36	57.10	59.60	69.57	60.61	61.05	66.07	67.96	65.37
Sergipe	63.39	74.48	68.64	69.58	81.27	74.90	71.03	78.16	79.54	80.41	82.15	83.07	80.79
Bahia	53.09	55.04	56.30	58.83	58.47	60.60	58.61	62.66	65.62	66.95	68.52	70.99	71.75
Sudeste	89.18	90.93	95.76	96.70	96.66	98.24	95.46	94.74	94.30	92.29	91.24	90.63	90.88
Minas Gerais	79.86	84.73	88.02	87.46	86.13	87.41	87.28	86.91	87.39	83.74	84.58	83.46	88.26
Espírito Santo	85.27	85.13	93.50	91.53	89.67	94.79	88.77	97.28	94.56	94.85	93.83	91.82	94.18
Rio de Janeiro	93.58	93.96	100.04	102.09	101.31	101.91	96.93	97.70	95.04	92.07	93.20	94.60	92.82
São Paulo	92.03	92.97	97.64	98.94	100.01	101.88	99.13	96.78	97.14	96.15	93.14	91.88	90.90
Sul	85.57	89.01	94.36	93.95	94.52	98.19	94.24	98.45	95.28	95.68	93.95	94.56	94.63
Paraná	82.37	86.21	91.03	92.40	90.50	94.92	93.32	96.63	93.95	95.21	92.52	94.24	94.11
Santa Catarina	81.88	85.80	91.01	90.39	94.02	97.52	93.62	94.35	93.39	93.74	91.61	91.49	92.01
Rio Grande do Sul	89.93	92.79	98.66	96.79	98.18	101.27	95.30	101.75	97.22	96.91	96.17	96.17	96.21
Centro-Oeste	72.28	76.25	78.98	83.24	85.70	82.63	85.42	86.17	86.69	84.88	85.40	87.87	87.30
Mato Grosso do Sul	77.76	82.83	85.99	93.43	95.48	98.45	96.64	95.33	98.19	93.51	93.48	93.69	98.12
Mato Grosso	60.40	61.84	64.25	66.16	73.82	68.62	74.02	81.31	84.78	88.93	88.46	91.32	89.99
Goiás	71.37	78.13	79.96	84.69	86.63	81.42	86.34	86.27	85.13	81.98	83.14	87.26	85.64
Distrito Federal	85.00	82.28	87.36	89.19	86.73	85.13	84.20	81.57	80.38	78.24	78.92	79.21	77.08

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em 1990, com o objetivo de obter as informações referentes aos nascimentos e conhecer as características do recém-nascido e da mãe, assim como da gravidez e do parto, para subsidiar as políticas e ações de saúde.

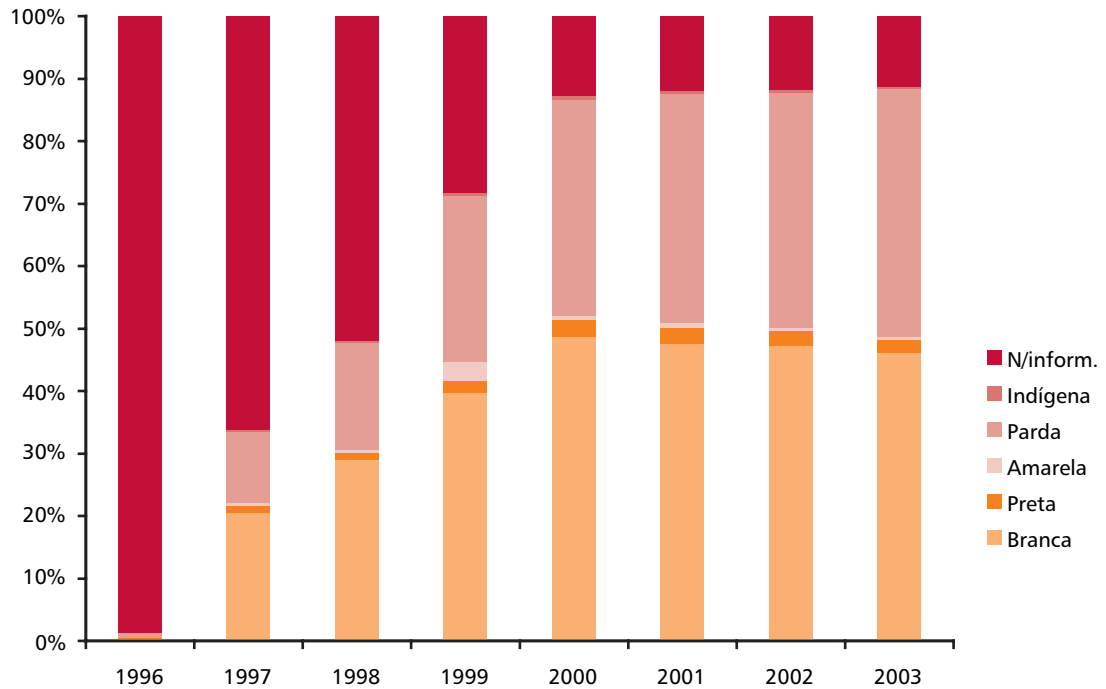
O Sinasc apresenta como documento-base a Declaração de Nascido Vivo (DN), documento cuja emissão é considerada obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto. Diferentemente do sistema de nascimentos do Registro Civil, cujo objetivo principal é a contagem do número de registros de nascimentos, o Sinasc tem como propósito caracterizar as condições de nascimento, de acordo com alguns fatores como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e paridade que, reconhecidamente, influenciam o estado de saúde da criança, independentemente se o nascido vivo for ou não registrado em cartório.

Atualmente, o Sinasc está implantado em todos os estados brasileiros, e as informações são disponíveis nas três esferas de governo: nos municípios, nos estados e na SVS/MS, em CD-ROM, e no site do Datasus do Ministério da Saúde (www.datasus.gov.br).

Qualidade de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo

No estudo sobre a qualidade de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, considerando as variáveis selecionadas, os seguintes resultados foram observados:

a) Raça/Cor – Esta variável foi introduzida na DN no ano de 1996, atendendo a uma reivindicação da Liga Nacional para a Valorização da Raça Negra. Em seus primeiros anos de vigência o preenchimento foi bem baixo, mas com o passar do tempo foi se aprimorando. Em 1996 o percentual de não-informados foi de 96,7%. Em 1997, os não-informados representavam 66,3%, sendo inclusive superior ao do SIM para o mesmo ano (Figura 2.3). No entanto, a melhoria do preenchimento da DN foi muito acentuada, principalmente a partir de 2000, ano em que o percentual de não-informados foi de 12,8%. No ano de 2003 vemos que, para o Brasil, o índice foi de 11,2%, enquanto que nas regiões variou entre 11,3% (Nordeste) e 16,7% (Sudeste), ressaltando-se a Região Sul, com apenas 0,2% (Tabela 2.2). Com referência às UFs, os valores foram muito díspares, com apenas sete estados com percentuais na casa de dois dígitos, cabendo os mais altos ao Distrito Federal (47,8%), seguido de Sergipe (39,4%). Ver Tabela 2.3.

Figura 2.3: Percentual de nascidos vivos segundo raça/cor. Brasil, 1996-2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Em síntese, fazendo-se uma apreciação por estado, pode-se inferir que esta variável apresenta um bom índice de preenchimento.

b) Peso ao nascer – Considerada uma das variáveis de maior importância da DN, este indicador serve como preditor de sobrevivência infantil, bem como uma *proxy* do nível de desenvolvimento socioeconômico, daí a sua importância na avaliação do preenchimento (Tabela 2.2).

Com exceção das regiões Norte e Nordeste, com índices de *ignorado/branco* um pouco acima de 1%, as demais estão abaixo de 0,5%. Em termos de UFs, o Acre apresenta o índice mais alto (5,1%). Ver Tabela 2.3.

Considerando-se que o Brasil tem um índice de 0,7%, vê-se que esta variável tem um preenchimento que pode ser considerado muito bom.

c) Apgar no 5º minuto – Este índice é de grande importância na definição da vitalidade do nascituro e é medido no primeiro e no quinto minuto de vida.

Essa variável apresenta altos índices de não-preenchimento, considerando-se que nove UFs apresentam percentuais entre 10% e 39%, cabendo o primeiro lugar ao Maranhão (Tabela 2.3).

d) Duração da gestação – Esta variável tem um bom preenchimento, representado pelos baixos percentuais de *ignorados/brancos* e considerando que apenas oito UFs mostram valores acima de 1% (Tabela 2.3).

e) Consultas de pré-natal – Medindo a frequência de comparecimento das gestantes aos serviços de saúde, pode-se considerar esta variável com grau de preenchimento aceitável, pois os valores não ultrapassam 4%, com exceção da Bahia, com 5,8% (Tabela 2.3).

f) Grau de instrução da mãe – A categorização atual desta variável entrou em vigor a partir de 1999. Embora com percentuais não ultrapassando os 5%, exceção da Bahia com 8,3%, pode-se considerar com grau de preenchimento aceitável (Tabela 2.3).

g) Filhos tidos – variável importante do ponto de vista epidemiológico que apresenta altos índices de não-preenchimento, atingindo, no Amapá, os valores mais altos (36,0% para filhos tidos vivos e 85,2% para filhos tidos mortos), tornando-se imprescindível uma maior sensibilização no preenchimento correto e completo (Tabela 2.3).

h) Estado civil da mãe – Excetuando o Acre, com 5,5% de não-preenchimento, esta variável pode ser considerada como de razoável grau de preenchimento (Tabela 2.3).

i) Anomalia congênita – Esta variável foi incluída na DN a partir de 1999 e, embora algumas UFs apresentem índices acima de 10%, pode ser considerada aceitável do ponto de vista de preenchimento (Tabela 2.3).

j) Ocupação da mãe – Esta variável teve a sua tabela alterada a partir de 1999 e pode ser considerada como de baixo grau de preenchimento, tendo em vista os valores apresentados na tabela, com 14 UFs na casa de dois dígitos, cabendo ao Distrito Federal o percentual mais elevado, 68,1% (Tabela 2.3).

Tabela 2.3: Proporção de variáveis com preenchimento ignorado/branco na declaração de nascido vivo, por UF de ocorrência do nascimento. Estados, Regiões, Brasil 2003.

Brasil, Regiões Unidades Federadas	Raça/ cor	Peso ao Nascer	Apgar 5º min	Duração da Gestação	Consultas Pré-natal	Grau de Instrução	Filhos Tidos		Estado Civil	Anomalia Congênita	Ocupação
							Vivos	Mortos			
Brasil	11.2	0.7	8.8	1.1	2.3	3.3	12.9	25.4	2.1	9.3	12.8
Norte	0.7	1.2	8.1	0.3	1.5	2.2	18.1	38.7	2.3	2.0	7.3
Rondônia	2.0	0.2	6.0	0.3	1.9	3.7	17.1	36.3	2.6	1.9	17.0
Acre	3.2	5.1	19.1	0.1	1.6	2.1	20.4	26.3	5.5	2.8	6.0
Amazonas	0.8	2.2	10.4	0.4	2.7	2.9	16.7	35.9	2.9	5.4	5.7
Roraima	0.1	4.6	10.9	0.2	1.0	1.6	3.0	8.9	0.9	0.3	11.7
Pará	0.3	0.5	7.8	0.2	1.1	1.9	21.0	45.3	1.8	0.8	6.4
Amapá	0.1	0.1	2.5	0.7	1.8	1.9	36.0	85.2	3.6	0.5	6.7
Tocantins	0.2	0.5	1.2	0.2	0.3	0.5	1.8	4.7	0.4	0.7	4.9
Nordeste	11.3	1.1	18.9	1.3	2.8	4.9	17.2	33.1	2.4	8.2	13.1
Maranhão	9.4	1.9	39.2	0.9	1.7	4.4	21.0	42.0	2.7	9.6	11.3
Piauí	12.5	0.5	25.4	0.3	1.0	2.0	9.3	16.3	1.5	2.1	15.3
Ceará	11.8	0.3	8.5	1.5	2.1	5.6	14.2	26.0	1.6	8.7	14.2
Rio Grande do Norte	0.5	0.3	0.6	0.3	1.2	1.3	8.0	14.6	2.5	3.9	6.7
Paraíba	8.0	0.6	15.9	1.2	2.4	5.2	12.7	24.6	2.3	8.9	14.6
Pernambuco	2.8	0.5	5.1	0.2	1.0	2.0	4.5	8.7	1.1	2.0	7.5
Alagoas	1.0	0.7	22.3	0.5	2.4	3.6	15.3	37.9	1.7	5.1	11.3
Sergipe	39.4	0.6	9.2	1.1	3.8	4.5	29.4	60.7	3.3	7.8	11.6
Bahia	18.7	2.2	26.9	2.6	5.8	8.3	28.5	52.7	3.7	14.1	18.3
Sudeste	16.7	0.5	4.6	1.4	2.7	3.5	12.3	24.1	2.4	14.6	12.1
Minas Gerais	15.3	0.5	7.7	0.8	1.7	3.9	7.7	12.8	2.1	10.0	22.5
Espírito Santo	8.1	0.3	17.1	1.2	1.1	1.2	6.9	13.6	2.4	3.2	10.3
Rio de Janeiro	4.9	0.3	4.1	1.6	2.0	1.9	14.2	26.3	1.2	16.8	7.9
São Paulo	22.7	0.6	2.2	1.7	3.6	4.1	14.2	29.5	3.0	16.9	9.0
Sul	0.2	0.1	1.2	0.2	0.5	0.5	2.1	4.5	0.3	0.4	10.9
Paraná	0.1	0.1	0.4	0.1	0.3	0.3	0.2	0.5	0.2	0.2	5.8
Santa Catarina	0.4	0.1	0.2	0.3	0.9	0.9	3.2	6.9	0.3	0.5	15.6
Rio Grande do Sul	0.2	0.2	2.5	0.3	0.5	0.6	3.5	7.5	0.4	0.5	13.7
Centro-oeste	15.1	0.1	3.8	0.8	1.8	2.5	9.6	17.7	2.1	11.7	26.5
Mato Grosso do Sul	0.4	0.1	2.5	0.2	0.4	1.0	3.3	7.4	0.2	1.6	8.9
Mato Grosso	0.1	0.1	3.9	0.2	0.4	0.7	4.6	9.6	1.7	1.5	5.7
Goiás	8.6	0.2	0.5	1.5	3.0	4.7	9.2	18.3	2.8	4.8	18.7
Distrito Federal	47.8	0.1	9.2	0.5	2.3	1.9	18.8	30.8	2.7	37.5	68.1

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Cobertura do Sinasc

A cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foi calculada utilizando-se a razão entre os nascidos vivos notificados pelo Sinasc e os estimados pelo IBGE. Os resultados apontam que, assim como o SIM, há uma melhor cobertura nas regiões Sul e Sudeste em relação às demais. As regiões Norte e Nordeste apresentam problemas de subnotificação, fazendo com que os dados não expressem a realidade. No Centro-Oeste a subnotificação encontrada é inferior à do Norte e Nordeste. Optou-se por avaliar os dados a partir de 1996, dadas as especificidades regionais e as dificuldades na implantação do sistema (Tabela 2.4).

Tabela 2.4: Razão entre nascidos vivos informados e estimados segundo unidade da federação de residência. Estados, regiões, Brasil, 1991-2001.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	85.47	87.33	90.21	92.80	90.79	87.70	85.72	84.78
Norte	70.42	74.38	75.55	79.60	79.85	80.99	80.42	82.09
Rondônia	94.72	87.68	89.47	88.87	88.77	79.30	81.48	79.58
Acre	93.13	95.39	84.80	93.95	94.62	91.47	96.15	96.02
Amazonas	64.53	71.89	71.55	75.79	80.77	82.23	81.21	79.94
Roraima	91.61	99.59	99.95	116.56	116.86	114.41	106.43	119.42
Pará	60.16	65.35	69.09	74.72	73.28	77.31	77.40	81.75
Amapá	111.67	110.82	108.83	99.62	101.52	101.25	95.81	96.96
Tocantins	79.59	82.22	79.98	79.96	76.65	76.77	72.60	70.33
Nordeste	69.84	73.55	77.02	80.23	80.72	81.92	80.62	80.60
Maranhão	41.51	51.61	54.60	66.68	69.75	75.48	82.22	89.46
Piauí	57.98	47.92	68.90	72.60	85.79	85.74	82.47	80.75
Ceará	62.72	71.06	72.09	72.56	71.50	73.23	69.37	67.11
Rio Grande do Norte	92.67	91.19	91.08	91.46	88.50	83.52	82.59	80.81
Paraíba	59.26	47.83	57.92	64.89	68.31	77.42	76.67	77.16
Pernambuco	93.71	91.23	96.06	97.85	96.85	97.21	92.64	90.15
Alagoas	80.89	82.93	80.46	80.56	80.51	83.06	78.79	77.30
Sergipe	99.70	98.69	94.89	92.50	90.27	87.13	80.21	78.97
Bahia	68.56	79.37	81.25	83.80	82.46	81.22	81.68	82.50
Sudeste	93.37	94.58	100.20	102.82	98.74	92.24	89.14	87.56
Minas Gerais	52.51	56.91	86.99	90.13	87.50	86.31	81.97	81.66
Espírito Santo	94.90	101.88	98.05	100.92	95.79	92.77	88.82	85.36
Rio de Janeiro	116.02	116.74	112.19	116.63	113.33	105.82	101.74	102.20
São Paulo	106.06	105.35	102.96	104.69	99.77	90.67	88.62	85.97
Sul	103.82	102.42	99.94	102.50	98.14	90.52	88.32	84.67
Paraná	104.85	103.21	99.35	100.27	96.37	89.91	88.95	85.04
Santa Catarina	102.20	99.76	98.46	101.28	97.21	90.39	88.08	85.27
Rio Grande do Sul	103.63	103.08	101.38	105.57	100.52	91.23	87.78	83.95
Centro-oeste	103.25	103.35	101.50	98.99	97.59	95.05	94.47	93.60
Mato Grosso do Sul	101.64	100.89	96.91	96.08	92.40	91.07	90.22	88.29
Mato Grosso	89.75	89.77	87.45	87.08	87.70	84.15	84.12	85.64
Goiás	105.48	107.14	105.15	99.48	99.64	97.87	98.62	96.68
Distrito Federal	118.78	115.93	116.95	116.71	111.29	107.03	103.00	102.38

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Em alguns estados a cobertura passa de 100% – Roraima, Amapá, Rio de Janeiro e Distrito Federal. Esse fato pode ter sido ocasionado por fatores como a invasão de nascimentos, o não-registro do nascituro, ou por problemas nas estimativas, entre outros.

Conclusões

Os dados diretos do SIM e Sinasc apresentam, na atualidade, grande potencial de uso para os estudos de mortes e nascimentos, devido ao acompanhamento sistemático da ocorrência do evento. Com a considerável redução de subnotificação, os esforços se concentram na melhoria da qualidade do preenchimento das declarações de óbitos e nascimentos. Nesse sentido observa-se o crescente declínio de campos não-preenchidos (deixados em branco) e os com alternativa *ignorado*, tanto no SIM quanto no Sinasc.

No caso específico do quesito raça/cor, a redução considerável dos campos não-preenchidos possibilita, mesmo com certas restrições, elaborar análises robustas dos eventos vitais, permitindo ainda análises mais detalhadas considerando as causas básicas de óbito.

Um dos grandes problemas que ainda permeiam as análises de mortalidade no Brasil é a subnotificação de óbitos, que tem magnitude expressiva sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, com predomínio entre os menores de um ano. A subnotificação de óbitos diz respeito, principalmente, à ocorrência de sepultamentos sem a exigência da certidão. Está associada à pobreza e é mais freqüente na área rural.

O Sinasc vem se constituindo em uma fonte de dados de inestimável valor para orientar as políticas de atenção à gestante e ao recém-nascido nas esferas municipal, estadual e federal. Embora seja perceptível que a cobertura do Sinasc esteja crescendo e que a qualidade da informação venha melhorando desde a sua implantação, sabe-se que a cobertura do sistema ainda não é completa.

Por fim, foi verificado que as informações por raça/cor nos sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos, do Ministério da Saúde, apresentaram nos últimos anos uma expressiva melhora tanto no volume de eventos captados quanto na qualidade, o que vem possibilitando análises mais elaboradas da situação de saúde no Brasil, conforme as discussões ao longo desta publicação.

Referências bibliográficas

IBGE. Censo demográfico 1991. Rio de Janeiro, 1994.

IBGE. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. Tendências Demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo demográfico 2000. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica Socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 13. 2004.

SZWARCWALD, Célia L. et al. Projeto para estimação da mortalidade infantil no Brasil, no ano 2000.

SAÚDE REPRODUTIVA

3



SAÚDE REPRODUTIVA

Introdução

As informações sobre os nascimentos são muito importantes para a análise da situação de saúde de uma população e para subsidiar gestores, profissionais de saúde e a própria população na implementação de políticas públicas de atenção à saúde voltada a mulheres e crianças.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), implantado pelo Ministério da Saúde no início dos anos noventa, foi um marco importante na produção de dados sobre os nascimentos no Brasil. O Sinasc apresenta uma potencialidade de análise mais completa sobre os nascimentos, pois fornece informações sobre o quantitativo de nascimentos – registrados ou não em cartório – e sobre as características da gestação, do parto, do recém-nascido e da mãe.

Atualmente o sistema vem sendo aprimorado do ponto de vista da cobertura e da qualidade das informações e hoje já tem sido utilizado amplamente em análises epidemiológicas e demográficas, em serviços de saúde e no meio acadêmico (Theme Filha et al., 2004).

Vários estudos utilizam o Sinasc como fonte de dados com o objetivo de analisar a associação entre variáveis, tais como peso ao nascer, duração da gestação, idade e escolaridade da mãe e eventos como a mortalidade infantil (Almeida, Mello-Jorge, 1998; Carvalho et al., 2005; Giglio et al., 2005; Gama, 2001). Outros analisam a cobertura dos serviços de saúde com relação à atenção pré-natal, os elevados índices de parto do tipo cesáreo (Silva, et al., 2001) e outros revelam as desigualdades entre grupos populacionais em relação à prevalência de baixo peso ao nascer, prematuridade e percentual de mães adolescentes (Cardoso et al., 2005; Andrade et al., 2004).

O objetivo deste capítulo é realizar uma análise das informações de nascimentos sobre a duração da gestação, assistência pré-natal, tipo de parto e baixo peso ao nascer, fornecendo uma visão geral do Brasil e das unidades da federação e explicitando as desigualdades entre os grupos populacionais de diferentes raça/cor.

Material e método

Para a elaboração dessa análise utilizou-se como fonte de dados o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Foram consideradas na análise as seguintes variáveis da Declaração de Nascido Vivo (DN): duração da gestação, assistência pré-natal, tipo de parto, peso ao nascer, raça/cor e idade da mãe. Utilizaram-se os bancos de dados dos anos de 2002 e 2003. Os resultados foram apresentados desagregados por regiões e estados, considerando-se o local de residência da mãe.

As medidas de ocorrência utilizadas para a apresentação dos dados foram números absolutos e proporções.

Para análise das variáveis utilizaram-se as seguintes categorias, tendo como base o descrito na literatura revisada:

- raça/cor: foram utilizadas as categorias branca, preta, amarela, parda e indígena. Para fins de análise considerou-se a raça negra como a soma dos nascidos vivos de cor preta e parda, enquanto os indígenas se referem a todos os que foram informados como tal; os amarelos representam os asiáticos e os brancos aqueles de cor branca;
- escolaridade da mãe, computada como o número de anos de estudo concluídos com aprovação, categorizados em: nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 e mais anos de estudo;
- tipo de parto: foi utilizada a proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, excluindo todos os partos por via baixa (espontâneo, fórceps e vácuo-extrator);
- peso ao nascer: foi utilizada a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas);
- idade da mãe: foi categorizada em 10 a 14, 15 a 19, 20 a 34, 35 e mais anos e ignorada. A faixa etária das mães adolescentes engloba as mães que têm entre 10 e 19 anos;

- número de consultas de pré-natal: categorizada em nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais consultas;
- duração da gestação: foi utilizada a proporção de nascidos vivos prematuros (menos de 37 semanas completas de gestação).

Resultados e discussão

Nascimentos segundo idade da mãe e região

O Sinasc registrou um total de 3.059.402 nascidos vivos em 2002 e 3.038.251 em 2003. A categoria de idade da mãe de 20 a 34 anos concentra a maior proporção de nascidos vivos no Brasil, com 68,2% e 68,7% dos nascimentos em 2002 e 2003, respectivamente, seguida do grupo etário de 15 a 19 anos com 21,8% e 21,3%, nos mesmos anos (Figuras 3.1 e 3.2).

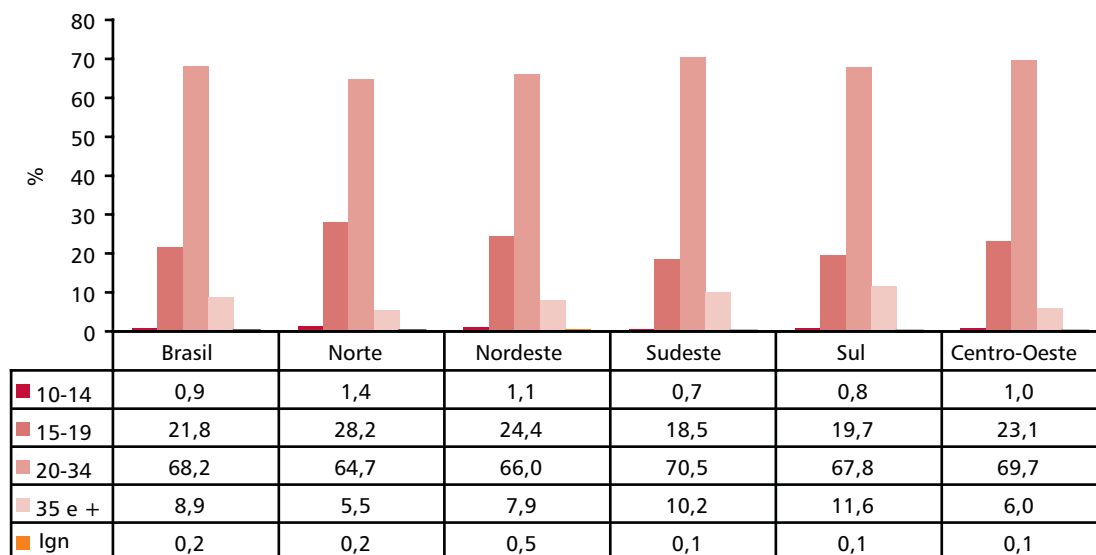
O perfil de distribuição de nascimentos, segundo a idade da mãe, foi similar em todas as regiões. No entanto, observaram-se diferenças importantes: a Região Norte apresentou maior proporção de partos entre mães de 15 a 19 anos, cerca de 28% em 2003, e a Região Sudeste a menor proporção, 18% em 2003.

As proporções de nascimentos de mães na faixa etária acima de 35 anos foram menores nas regiões Centro-Oeste e Norte, com valores em torno de 6,0% do total de nascimentos, nos dois anos estudados. Em 2002 e 2003, a Região Sul apresentou maior proporção de nascidos vivos de mães nessa faixa etária (12%), seguida da Região Sudeste (10%).

Do total de nascimentos, observa-se que os nascidos de mães de 10 a 14 anos representaram 27.664 (0,9%) em 2002 e 27.239 (0,9%) em 2003. Na faixa etária de 15 e 19 anos, foram 665.437 (21,8%) em 2002 e 645.806 (21,3%) em 2003. Nota-se, portanto, uma redução no número de nascimentos entre mães de 10 a 19 anos no Brasil, de 2002 para 2003 (Figuras 3.1 e 3.2).

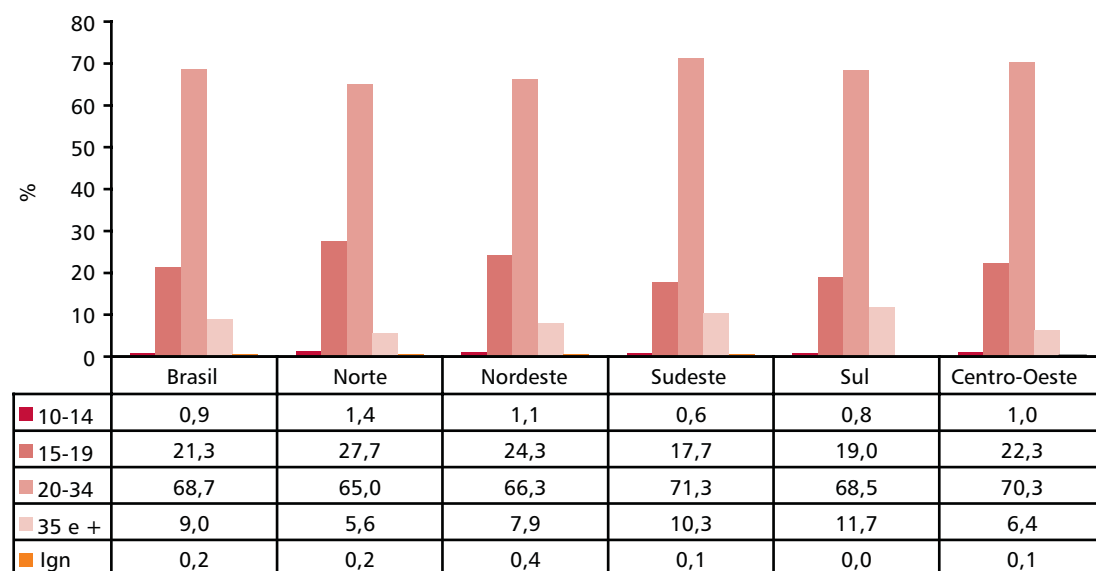
A Região Norte apresentou maior proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos), com 89.039 nascimentos (29,6%) em 2002 e 90.706 (29,1%) em 2003. Em seguida vem a Região Centro-Oeste, com 24,1% e 23,3%, nos mesmos anos. Na Região Sudeste foram observadas as menores proporções de mães nessa faixa etária, 19,2% e 18,3%, em 2002 e 2003, respectivamente (Figuras 3.1 e 3.2).

Figura 3.1: Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo a região de residência da mãe. Brasil 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 3.2: Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo a região de residência da mãe. Brasil 2003.



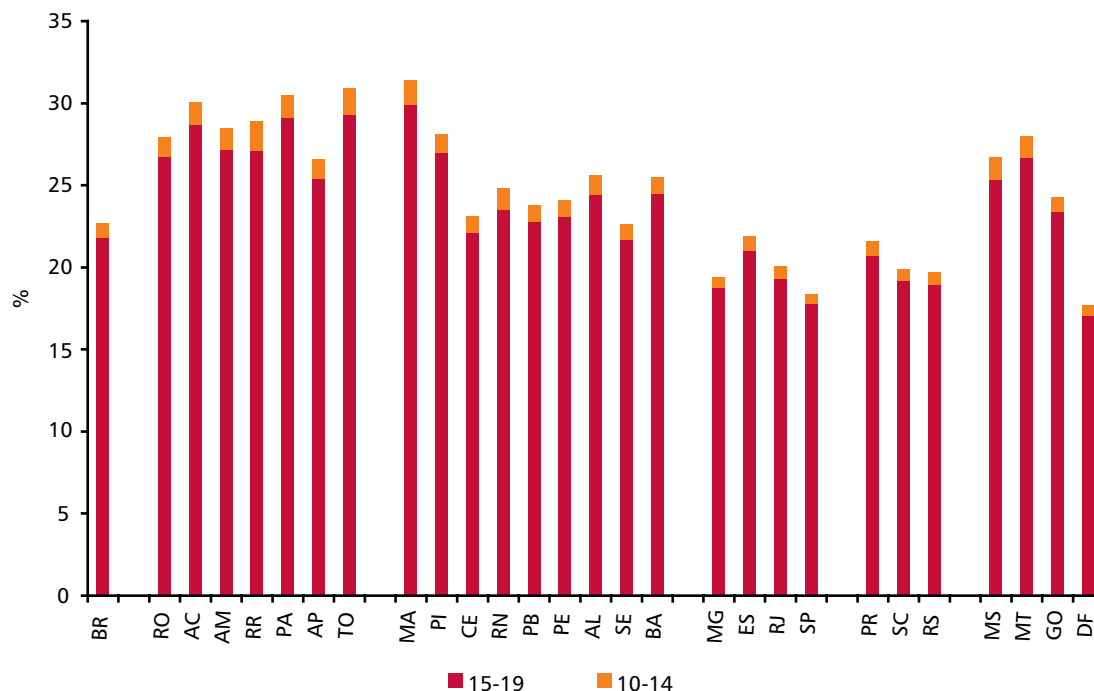
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Nascimentos de mães adolescentes nas unidades federadas

Os estados que apresentaram as maiores proporções de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos em 2002 foram: Roraima, 1,8% (162); Tocantins, 1,6% (417); e Maranhão, 1,5% (1.731). As menores proporções, no mesmo ano, ocorreram em Minas Gerais, 0,6% (1.717); São Paulo, 0,6% (3.681); e Distrito Federal, 0,6% (259). Em 2003, as menores proporções aconteceram em São Paulo, 0,5% (3.337); Minas Gerais, 0,6% (1.670); Santa Catarina, 0,6% (523); e Distrito Federal, 0,6% (256) (Figuras 3.3 e 3.4).

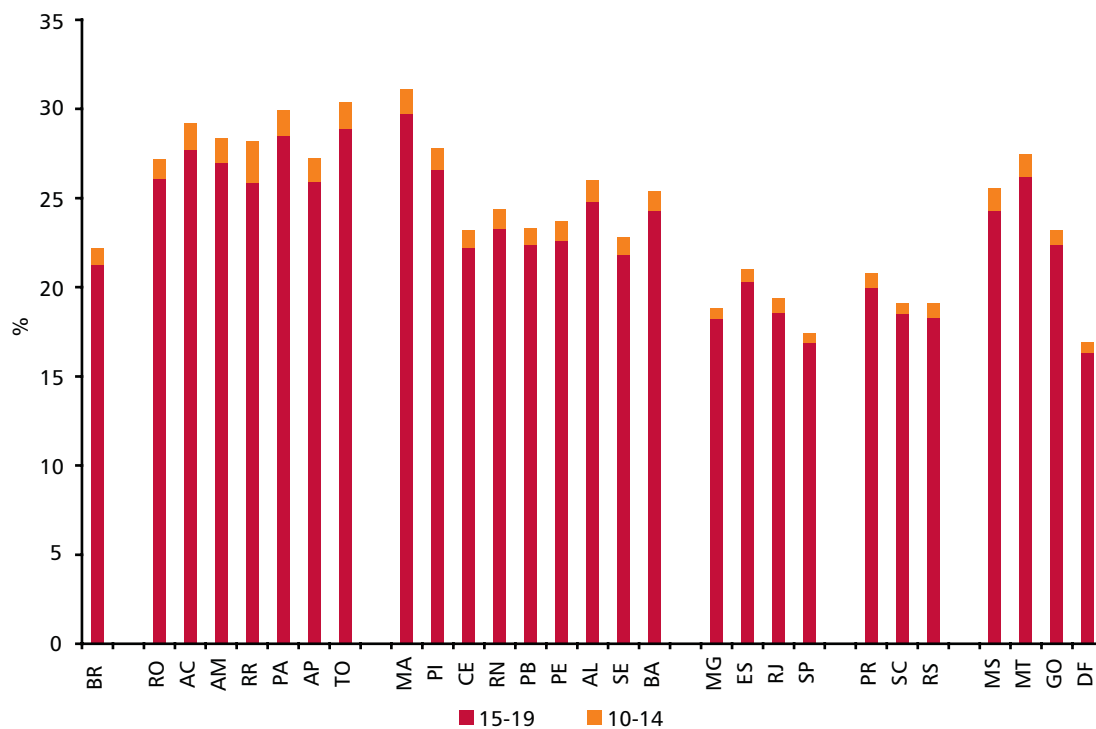
As figuras 3.3 e 3.4 mostram que o Maranhão teve maior proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos), com 31,4% (37.016) em 2002 e 31,1% (39.771) em 2003, seguido de Tocantins, com 30,9% (8.124) e 30,4% (7.925), e do Pará, com 30,5% (41.478) e 29,9% (43.269), nos mesmos anos. As menores proporções foram encontradas no Distrito Federal, 17,7% e 16,9%; São Paulo, 18,4% e 17,4%; e Minas Gerais, 19,4% e 18,7%, para os anos de 2002 e 2003, respectivamente.

Figura 3.3: Proporção de nascidos vivos cujas mães tinham de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos de idade, por estado. Brasil, 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 3.4: Proporção de nascidos vivos cujas mães tinham de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos de idade, por estado. Brasil, 2003.

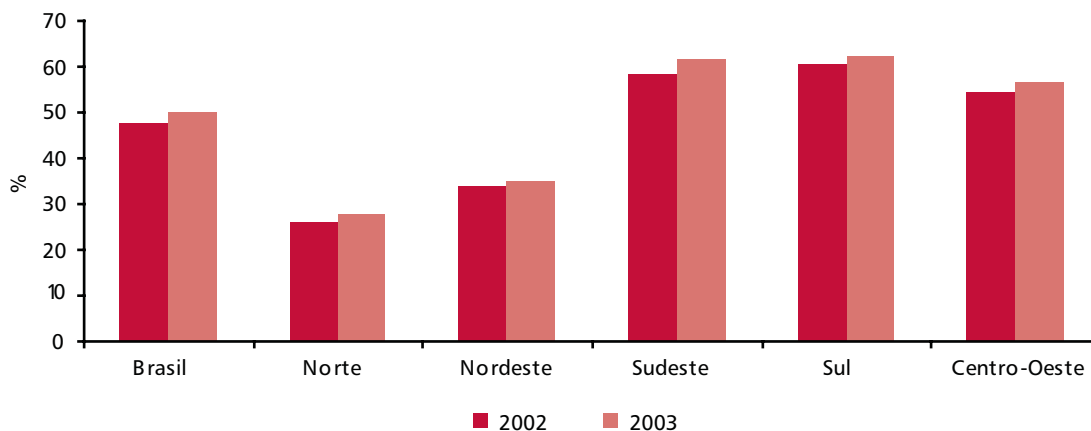


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Assistência pré-natal no Brasil e regiões

No Brasil, a proporção referida de sete ou mais consultas de pré-natal, preconizada pelo Ministério da Saúde, foi de 47,8% em 2002 e 49,9% em 2003 (Figura 3.5).

Constata-se que esse indicador apresenta diferenças regionais significantes ($p < 0,001$). Um pequeno aumento foi observado na cobertura da assistência pré-natal em todas as regiões. Destacam-se as regiões Sudeste e Sul, com aproximadamente 60,0% de nascidos vivos de mães que referiram sete ou mais consultas de pré-natal. Na Região Centro-Oeste esta proporção situou-se em torno de 55,0%, seguida da Região Nordeste, com aproximadamente 35,0%, e da Região Norte com 28,0%, para ambos os anos (Figura 3.5). O percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas é menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe, no ano de 2003 (Tabela 3.1).

Figura 3.5: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por região de residência da mãe. Brasil, 2002 e 2003

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 3.1: Proporção de nascidos vivos por escolaridade da mãe e consultas de pré-natal, segundo região de residência da mãe, Brasil, 2003.

Nº de consultas	Anos de estudos									
	nenhum 8 a 11		nenhum 8 a 11		nenhum 8 a 11		nenhum 8 a 11		nenhum 8 a 11	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
Nenhuma consulta	27,2	2,2	16,4	1,9	8,5	1,0	7,6	0,9	9,9	1,0
1-3 consultas	31,0	11,0	23,8	8,5	17,4	4,4	18,2	4,5	20,2	5,7
4-6 consultas	30,9	50,7	38,6	44,6	35,8	26,9	35,7	26,7	35,9	32,2
7 e + consultas	10,9	36,1	21,2	45,0	38,3	67,7	38,5	67,9	34,0	61,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

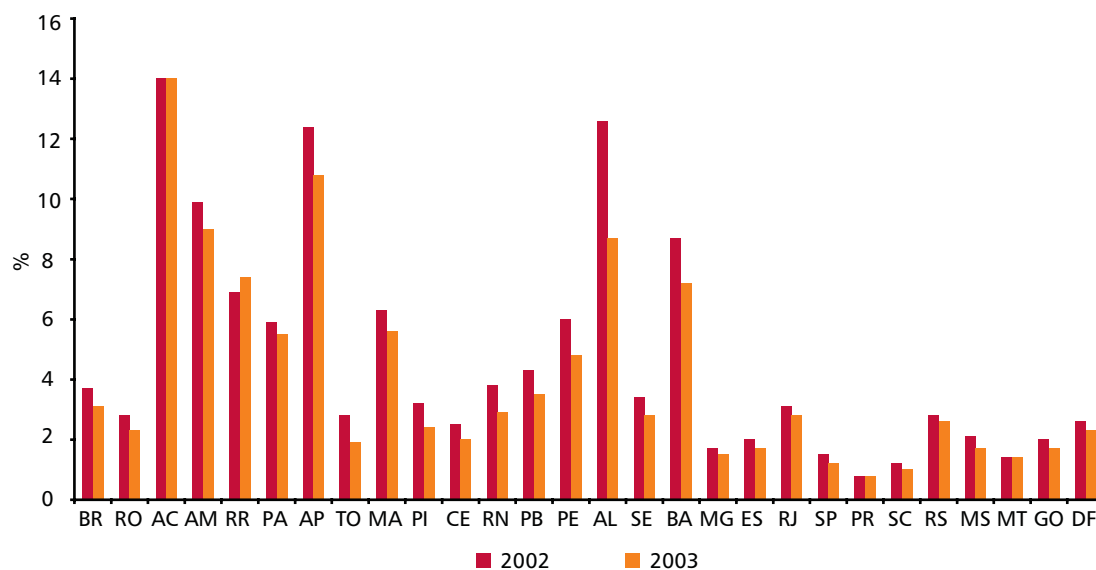
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Assistência pré-natal nas unidades federadas

Observam-se grandes diferenças nas proporções de nascidos vivos cujas mães não realizaram consulta de pré-natal entre os estados. Verifica-se que os estados das regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções nos anos de 2002 e 2003, com destaque para os estados do Acre (14,0% para ambos os anos), Amapá (12,4% e 10,8%, em 2002 e 2003, respectivamente), Amazonas (9,9% e 9,0%), Alagoas (12,0% e 8,7%), Bahia (8,7% e 7,2%) e Pernambuco (6,0% e 4,8%). Nas unidades federadas das demais regiões, a proporção média de nascimentos cujas mães não realizaram consulta

de pré-natal situa-se abaixo de 2,0%. Observa-se uma melhoria nessas proporções, de 2002 para 2003, em quase todos os estados, exceto no Acre, Roraima e Estado do Mato Grosso (Figura 3.6).

Figura 3.6: Proporção de nascidos vivos cujas mães referiram NÃO realizar consulta de pré-natal, por estado de residência da mãe. Brasil, 2002 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Pré-natal e anos de estudos da mãe

A tabela 3.2 apresenta o número e a proporção de mães que referiram sete ou mais consultas de pré-natal, segundo anos de estudos. Verifica-se uma elevação da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal à medida que aumentam os anos de estudos. Os nascidos vivos de mães com oito a onze anos de estudos apresentaram uma proporção de sete ou mais consultas de pré-natal (57,9%) em 2002 e 59,3% em 2003, enquanto que para os de mães com nenhum ano de estudo esse percentual foi de 22,8% em 2002 e 23,4% em 2003.

Dos nascidos vivos de mães com nenhuma instrução, 17,8%, em 2002, e 16,3%, em 2003, não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Enquanto que para os de mães que freqüentaram de 8 a 11 anos de estudos esses percentuais foram de 1,5% e 1,3%, em 2002 e 2003, respectivamente.

Tabela 3.2: Distribuição do número e da proporção de consultas de pré-natal referidas pela mãe, segundo anos de estudos, Brasil 2002 e 2003.

Número de consultas de pré-natal (2002)									
Anos de Estudos	Nenhuma	(%)	1-3	(%)	4-6	(%)	>7	(%)	Total
Nenhum	20.060	17,8	26.923	23,9	39.977	35,5	25.702	22,8	112.662
1-3 anos	30.644	6,8	81.848	18,2	191.499	42,6	145.232	32,3	449.223
4-7 anos	42.662	3,9	136.788	12,5	442.574	40,5	469.690	43,0	1.091.714
8-11 anos	12.975	1,5	56.865	6,4	305.109	34,3	514.796	57,9	889.745
12 e mais	2.351	0,7	10.522	3,0	67.787	19,4	268.663	76,9	349.323

Número de consultas de pré-natal (2003)									
Anos de Estudos	Nenhuma	(%)	1-3	(%)	4-6	(%)	>7	(%)	Total
Nenhum	15.994	16,3	23.146	23,5	36.190	36,8	23.017	23,4	98.347
1-3 anos	24.978	6,4	71.152	18,3	168.117	43,2	125.082	32,1	389.329
4-7 anos	37.232	3,5	129.712	12,0	435.464	40,4	474.819	44,1	1.077.227
8-11 anos	12.374	1,3	57.859	6,0	321.187	33,4	571.186	59,3	962.606
12 e mais	1.922	0,5	9.940	2,7	66.378	18,4	283.301	78,4	361.541

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

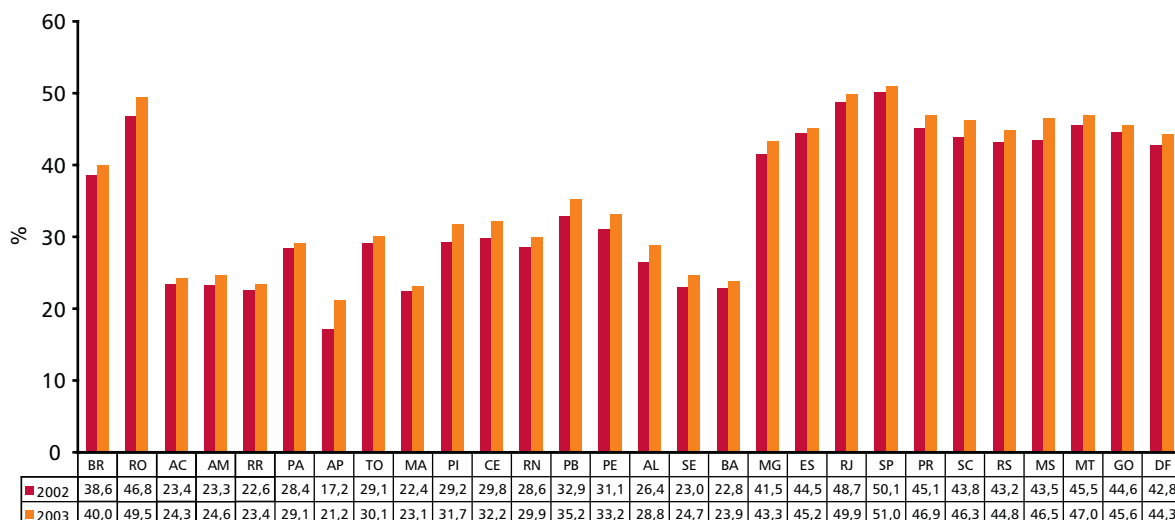
Tipo de parto

Em 2002, 38,6% (1.182.238) dos nascidos vivos nasceram de parto cesáreo no Brasil. Na Região Norte a proporção de parto cesáreo foi de 28,1%. No Nordeste, 26,9%; no Sudeste, 47,5%; no Sul, 44,1% e no Centro-Oeste, 44,2% (Figura 3.7).

No ano de 2003, ocorreram no Brasil 1.213.842 nascimentos por parto cesáreo, ou seja, 40,0% de todos os nascimentos. Observou-se um pequeno acréscimo no número de nascimentos, de 2002 para 2003, por parto cesáreo em todas as regiões: na Região Sul subiu para 46,0%, na Região Norte para 29,3%, na Nordeste para 28,5%, na Sudeste para 48,7% e na Centro-Oeste subiu para 45,8%.

O estado que apresentou menor percentual de partos cesáreos foi o Amapá, na Região Norte, com apenas 17,2%, em 2002 e 21,2%, em 2003; e o Estado de São Paulo, Região Sudeste, apresentou o maior número de partos cesáreos nos dois anos, com proporção de 50,1% em 2002 e 51,1% em 2003 (Figura 3.7).

Figura 3.7: Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, por estado de residência da mãe. Brasil, 2002 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Parto cesáreo e idade da mãe

A tabela 3.3 apresenta a participação percentual de partos cesáreos dentro do total de partos para cada categoria de idade da mãe. A proporção de nascidos vivos por parto cesáreo entre as mulheres de 15 a 19 anos foi menor do que para os grupos etários mais altos. Evidencia-se um pequeno aumento para o ano de 2003, em todas as faixas etárias. As maiores proporções de partos cesáreos ocorreram entre mulheres de 20 a 34 anos (41,1% e 42,4%) e 35 anos e mais (50,3% e 52,2%), para os anos de 2002 e 2003, respectivamente.

Tabela 3.3: Nascidos vivos por parto cesáreo e idade da mãe. Brasil, 2002 e 2003.

Idade da mãe	2002		2003	
	nº	%	nº	%
10-14	7.681	27,8	7.619	28,0
15-19	178.078	26,8	178.565	27,7
20-34	857.103	41,1	883.685	42,4
35 e mais	137.432	50,3	142.305	52,2

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A figura 3.8 mostra a participação percentual de adolescentes de 15 a 19 anos dentro do total de partos cesáreos, por região, em 2002 e 2003. Esta faixa etária foi responsável por 15,1% dos partos cesáreos no Brasil, em 2002, e 14,7%, em 2003. A Região Norte apresentou a maior proporção de partos cesáreos nessa faixa etária, 22,4% em 2002 e 21,9% em 2003. A Região Sudeste apresentou a menor proporção dentre as regiões, 12,8% em 2002 e 12,1% em 2003. Ocorreu um pequeno declínio em todas as regiões, exceto na Nordeste, onde a proporção permaneceu estável.

Figura 3.8: Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo em adolescentes (15 a 19 anos de idade), segundo a região de residência da mãe. Brasil, 2002 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Parto cesáreo e anos de estudos da mãe

A tabela 3.4 mostra a participação percentual de nascidos vivos por partos cesáreos dentro do total de partos para cada grupo de anos de estudos da mãe. As maiores proporções de parto cesáreo estão entre as mães com maior número de anos de estudos concluídos. Para as mães que não possuíam nenhum ano de estudo, a proporção de parto cesáreo foi de 14,9% em 2002 e 15,5% em 2003. As mulheres com doze ou mais anos de estudos concluídos tiveram 65,7% de partos cesáreos em 2002 e 66,9% de partos cesáreos em 2003.

Tabela 3.4: Distribuição dos nascidos vivos por tipo de parto cesáreo e anos de estudo da mãe. Brasil, 2002 e 2003.

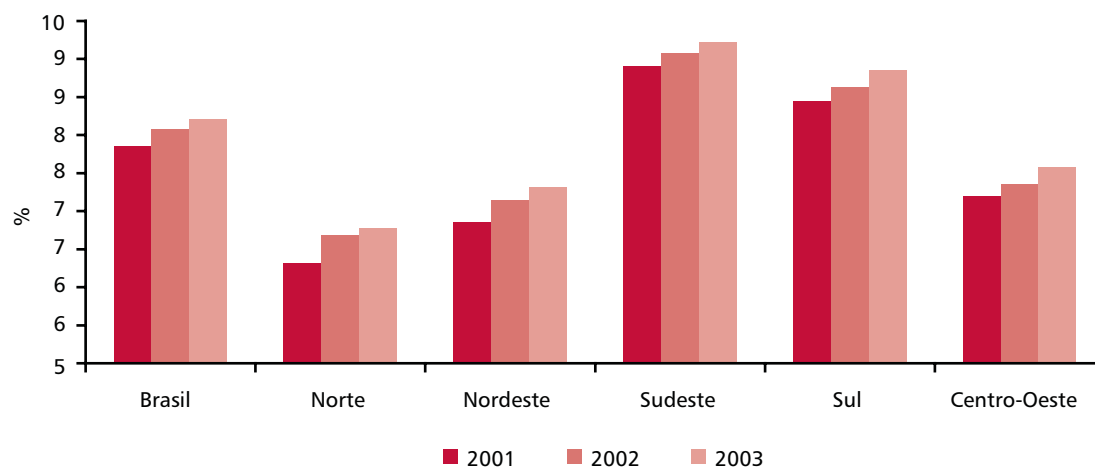
Anos de Estudos	2002		2003	
	nº	%	nº	%
Nenhum	17.198	14,9	15.545	15,5
1-3 anos	114.198	24,9	96.858	24,5
4-7 anos	350.996	31,6	351.670	32,1
8-11 anos	425.135	46,9	464.819	47,5
12 e mais	234.110	65,7	246.519	66,9

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Baixo peso ao nascer

A figura 3.9 mostra um acréscimo na proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, em todas as regiões do Brasil, de 2001 a 2003. De 2001 para 2002, o maior acréscimo ocorreu na Região Norte (0,4%). Observa-se que a Região Sudeste apresentou a maior proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em todos os anos estudados, 8,9%, 9,1%, e 9,2%, em 2001, 2002 e 2003, respectivamente, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais, seguidas de perto pela Região Centro-Oeste.

Figura 3.9: Distribuição percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), segundo as regiões. Brasil, 2001 a 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

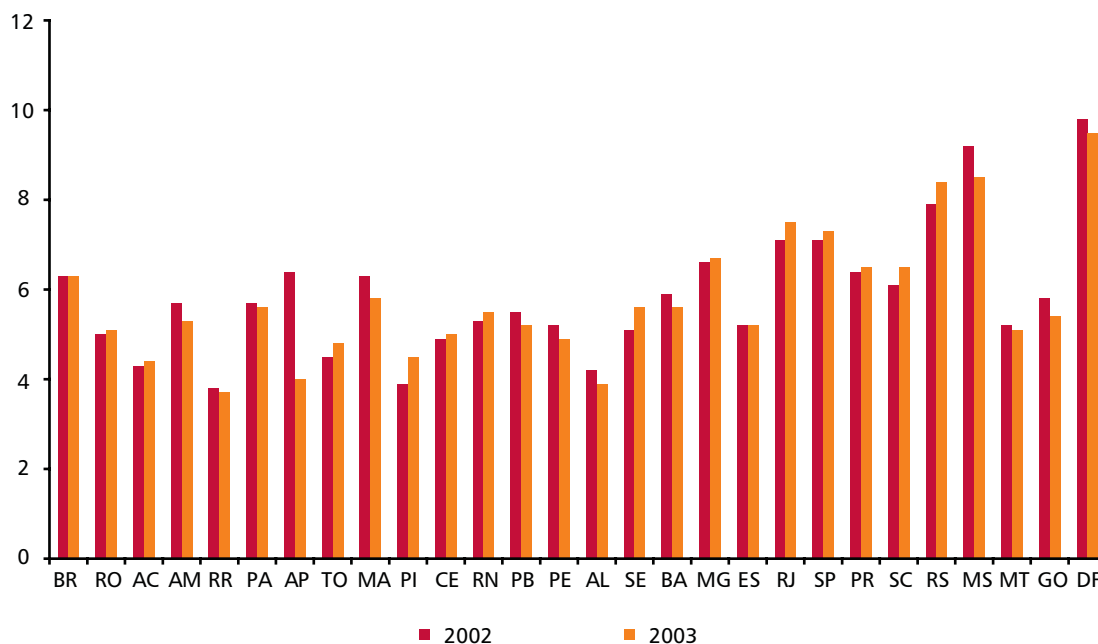
Duração da gestação – prematuridade

Com relação à proporção de nascidos vivos prematuros (duração da gestação inferior a 37 semanas), a proporção média brasileira para os dois anos foi de 6,3%. As regiões que apresentaram as maiores proporções de prematuridade foram a Sudeste, com 6,9% em 2002 e 7,1%, em 2003; e a Região Sul, com 6,9% em 2002 e 7,2% em 2003. As regiões Norte e Nordeste obtiveram proporções iguais, 5,4% em 2002 e 5,2% em 2003.

A figura 3.10 mostra a proporção de nascidos vivos prematuros por estados de residência da mãe. Observa-se na Região Centro-Oeste as duas unidades federadas – DF e MS – com as maiores proporções de prematuros no País, em 2002 e em 2003.

A tabela 3.5 mostra que a ocorrência da prematuridade foi maior entre nascidos vivos por partos cesáreos, em todas as regiões do País. Mas a proporção de prematuridade foi maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, independentemente do tipo de parto, no ano de 2003. Cerca de 62% dos nascidos prematuros tinham baixo peso ao nascer (Tabela 3.6).

Figura 3.10: Proporção de nascidos vivos por prematuridade, segundo UF de residência da mãe. Brasil, 2002 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 3.5: Proporção de nascidos vivos por tipo de parto e semanas de gestação, segundo região. Brasil, 2003.

Semanas de gestação	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	tipo de parto											
	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo	vaginal	cesáreo
< 37 semanas	4,95	5,78	5,01	5,99	6,77	7,71	6,54	8,06	6,41	7,15	5,86	7,19
37- 41 semanas	93,23	92,90	93,36	92,48	92,34	91,41	92,53	91,03	92,33	91,42	92,84	91,70
42 e +	1,82	1,31	1,62	1,53	0,89	0,88	0,93	0,90	1,26	1,43	1,30	1,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 3.6: Proporção de nascidos vivos por semanas de gestação e peso ao nascer. Brasil 2003.

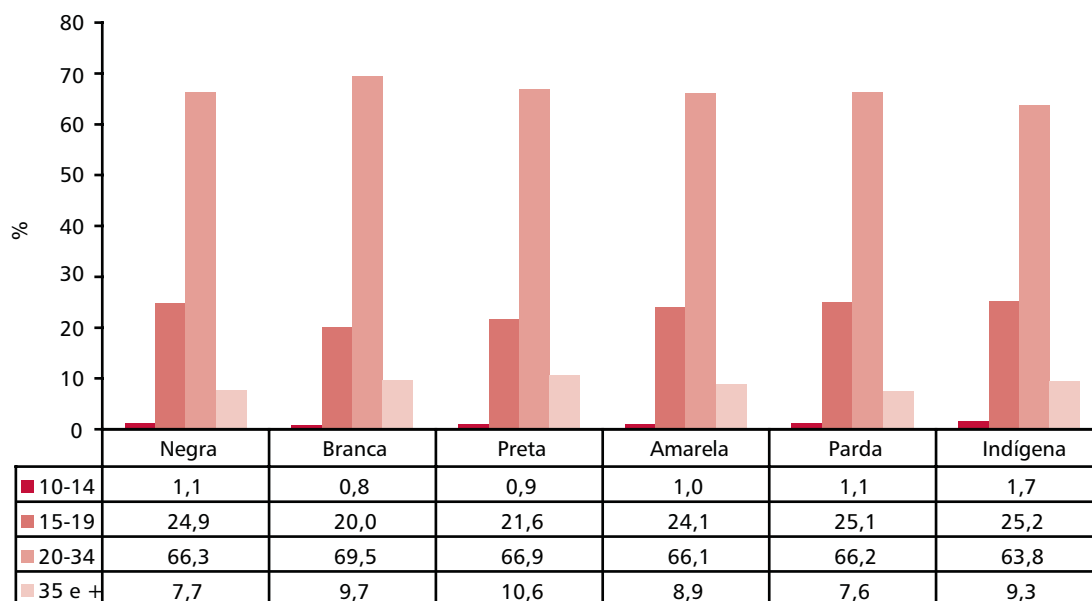
	< 37 semanas	37-41 semanas	42 e+
< 2500	61,8	4,6	1,2
2500-2999	23,5	23,6	17,0
3000-3999	14,4	66,7	70,4
4000-4999	0,3	5,1	10,0
5000 e mais	0,0	0,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Análise dos dados de nascimento, segundo raça/cor

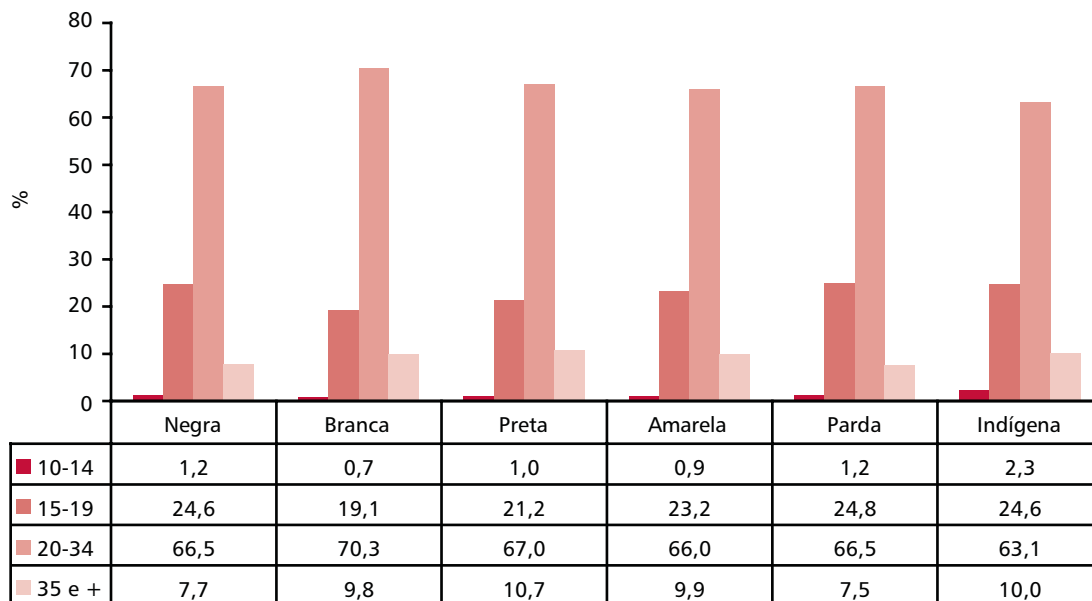
As figuras 3.11 e 3.12 mostram as proporções de nascimentos por grupo de idade das mães, segundo raça/cor. Em 2002 e 2003, a grande maioria dos nascimentos, em todos os grupos de raça/cor, concentraram-se na categoria de idade da mãe de 20 a 34 anos. Chama a atenção uma maior proporção de nascimentos na faixa de idade da mãe de 10-14 anos nos indígenas (de 1,7% e 2,3%) nos anos de 2002 e 2003, respectivamente, e a menor proporção de nascidos vivos de mães com 15 a 19 anos na raça branca (20,0% e 19,1%) quando comparada com os demais grupos de raça/cor na mesma faixa de idade materna. Em 2003, a proporção de nascimentos de mães adolescentes de 15 a 19 anos, entre os nascidos negros e indígenas, foi 28,8% superior em relação aos nascidos brancos.

Figura 3.11: Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo raça/cor. Brasil 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) Obs.: Negro é a soma de preto e pardo.

Figura 3.12: Proporção de nascidos vivos por idade da mãe, segundo raça/cor. Brasil 2003.

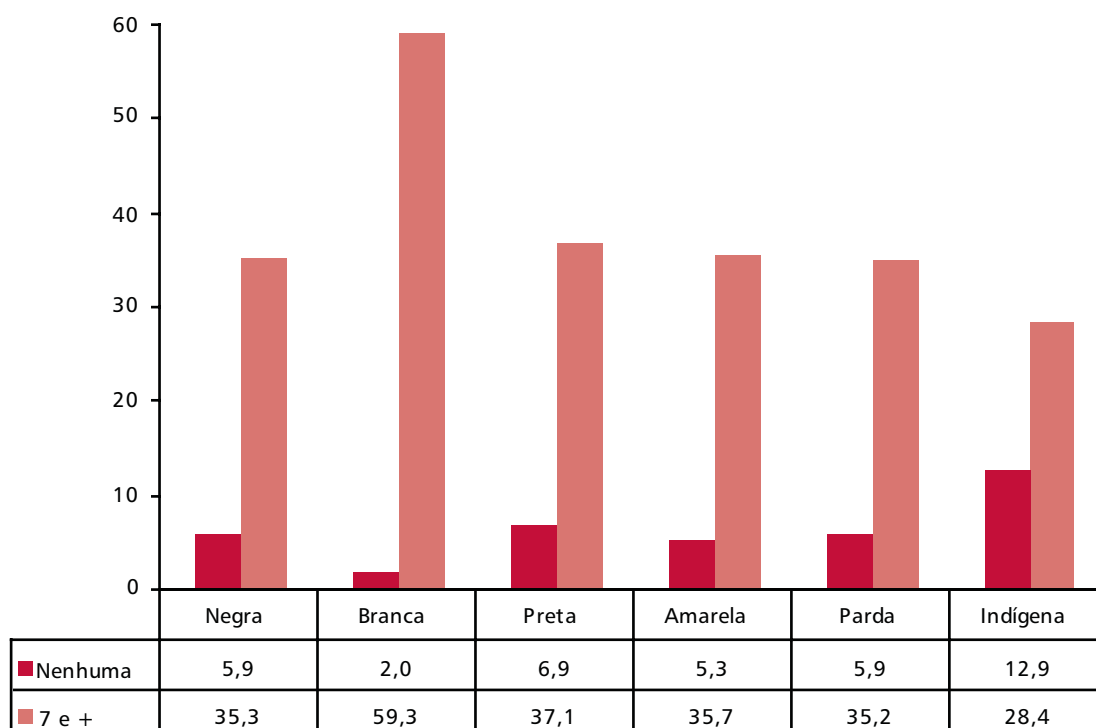


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) Obs.: Negro é a soma de preto e pardo.

As figuras 3.13 e 3.14 mostram para cada grupo de raça/cor a proporção de nascidos vivos com nenhuma ou com sete e mais consultas de pré-natal. As mães de nascidos brancos apresentaram maiores percentuais de sete ou mais consultas de pré-natal, 59,3% e 62,5%, em 2002 e 2003, respectivamente. Os menores percentuais de sete ou mais consultas ocorreram entre as mães de nascidos indígenas (28,4% e 26,7%) e pardos (35,2% e 37%). Em 2003, o percentual de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi 1,7 vez maior entre nascidos brancos em relação aos nascidos negros e 2,3 vezes maior em relação aos nascidos indígenas.

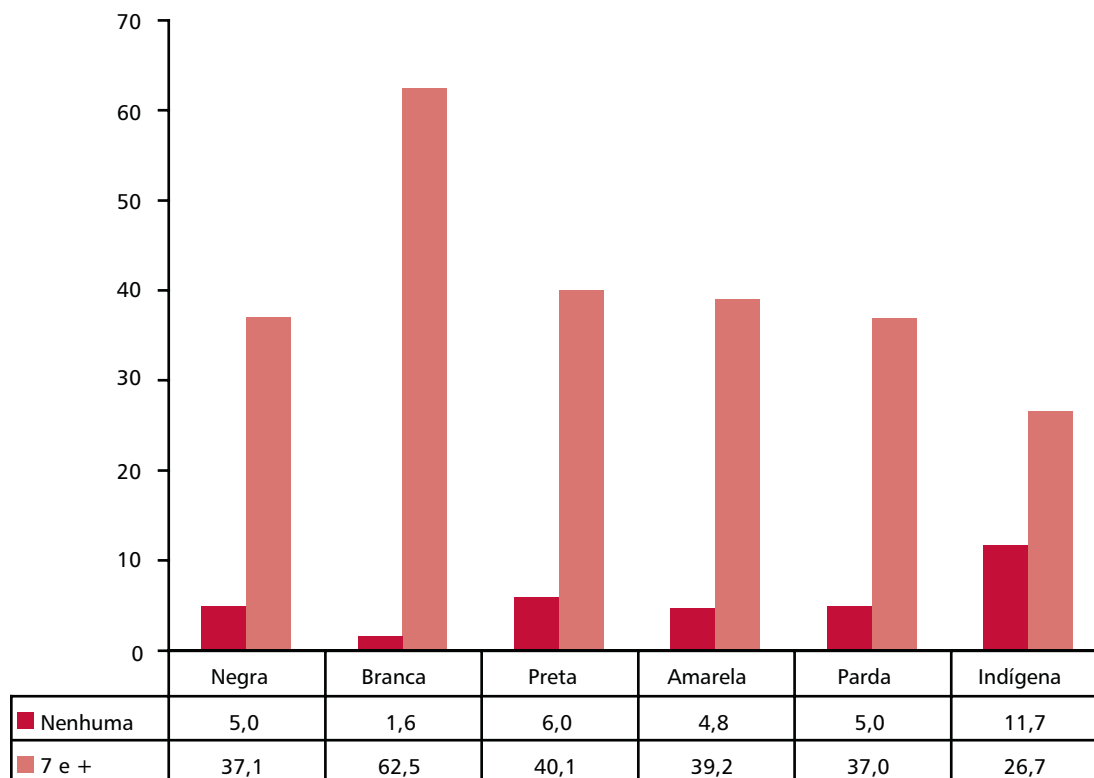
Os maiores percentuais de nascidos de mães que não referiram nenhuma consulta de pré-natal foram observados entre os nascidos indígenas (12,9% e 11,7%) e pretos (6,9% e 6,0%), nos dois anos analisados (Figuras 3.13 e 3.14).

Figura 3.13: Proporção de nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal e raça/cor. Brasil, 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 3.14: Proporção de nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal e raça/cor. Brasil, 2003.

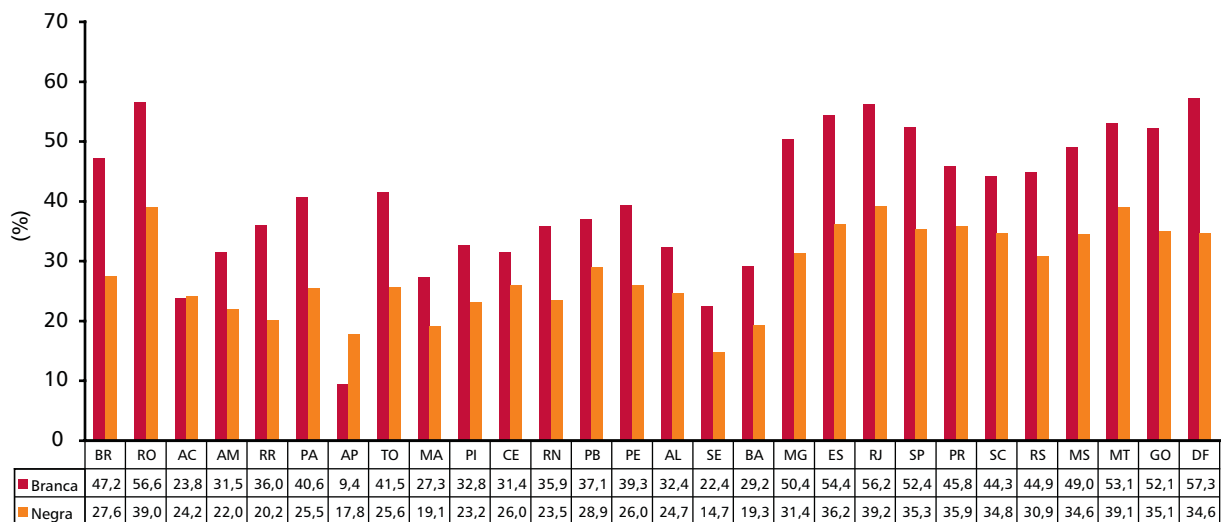


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As figuras 3.15 e 3.16 mostram a proporção de nascidos vivos por parto cesáreo segundo a raça/cor da mãe e estado de residência, em 2002 e 2003. Para o Brasil como um todo, em média, a proporção de nascidos vivos por parto cesáreo é bem superior na raça/cor branca (47,2% e 49,1% nos anos de 2002 e 2003, respectivamente) quando comparada com a dos nascidos vivos de raça/cor negra (27,6% em ambos os anos).

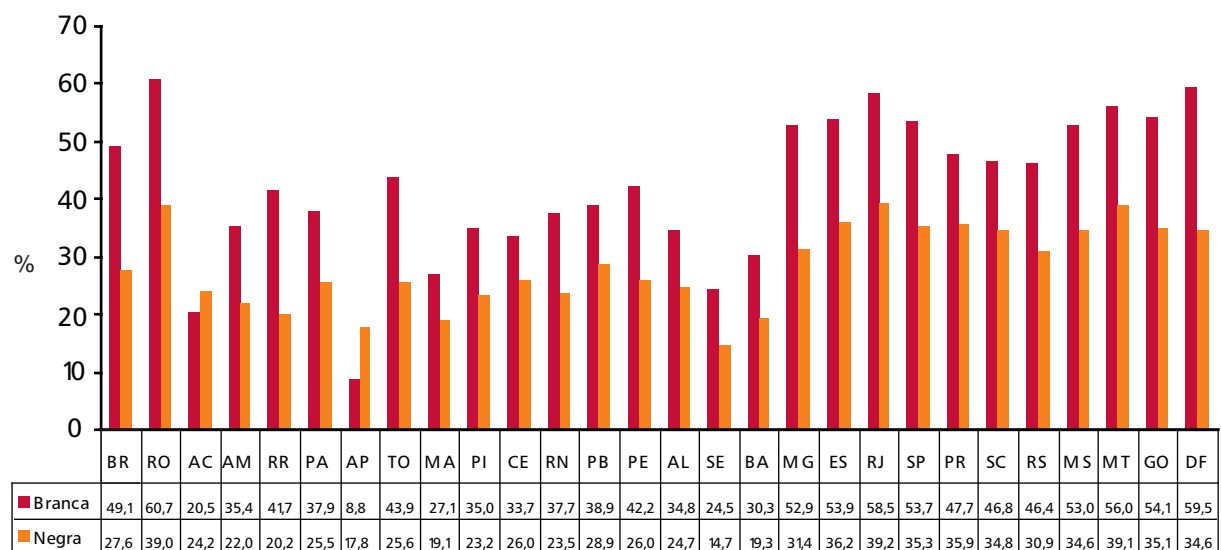
Na maioria dos estados o percentual de mães que tiveram parto cesáreo foi maior entre os nascidos brancos quando comparadas aos nascidos negros, nos dois anos analisados. Essas diferenças são mais pronunciadas nos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. As exceções foram observadas nos estados do Amapá e do Acre (Figuras 3.15 e 3.16). No Acre, em 2003, entre os nascidos negros, 24,2% das mães tiveram parto cesáreo; entre os nascidos brancos essa proporção foi de 20,5% (Figura 3.16).

Figura 3.15: Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, segundo raça/cor e estados. Brasil, 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

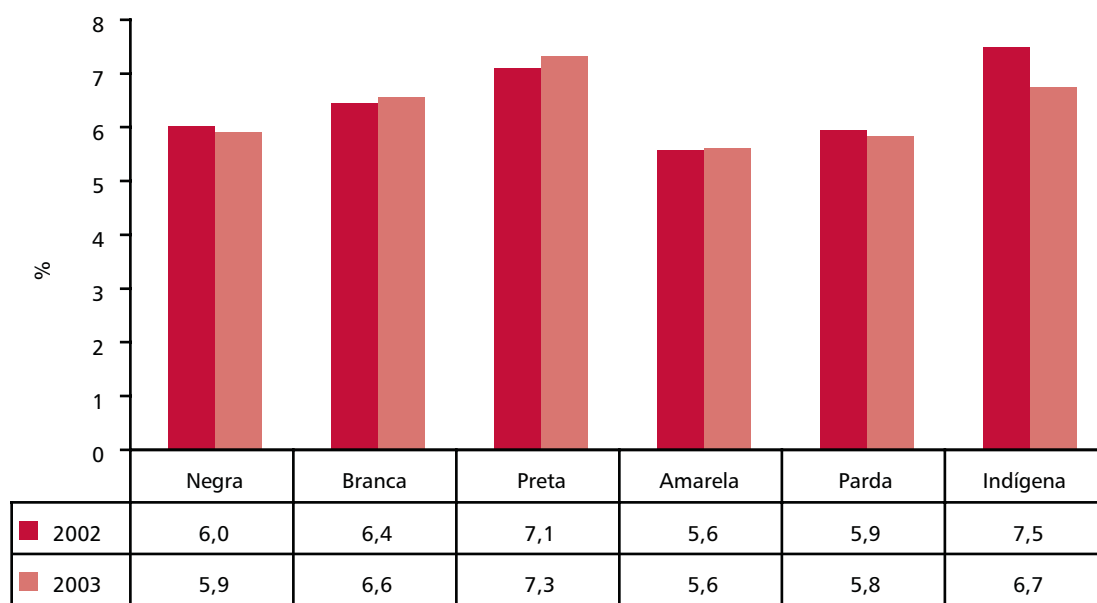
Figura 3.16: Proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, segundo raça/cor e regiões. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A figura 3.17 mostra a proporção de nascidos vivos prematuros (duração de gestação menor que 37 semanas), segundo raça/cor, em 2002 e 2003. Os maiores percentuais de prematuridade foram registrados nos recém-nascidos indígenas (7,5% e 6,7%) e pretos (7,1% e 7,3%), nos dois anos estudados. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros ocorreram entre os nascidos amarelos (5,6%) e pardos (5,9 e 5,8). A ocorrência de prematuridade foi maior entre nascidos brancos do que entre nascidos negros.

Figura 3.17: Proporção de nascidos vivos prematuros, segundo raça/cor e regiões. Brasil, 2002 e 2003.

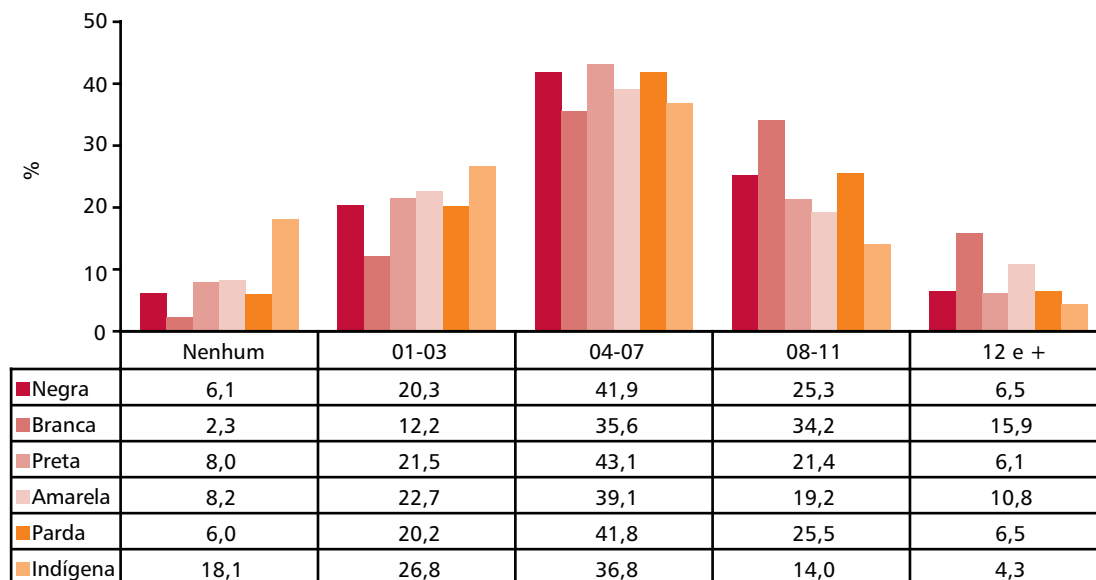


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As figuras 3.18 e 3.19 mostram a proporção de nascidos vivos por anos de estudos da mãe, segundo raça/cor. Entre os filhos de mães com nenhum ano de estudo, destacam-se os nascidos indígenas, com 18,1% em 2002 e 19,8% em 2003, seguidos dos amarelos. Os menores percentuais ocorreram entre os nascidos brancos, com 2,3% em 2002 e 1,9% em 2003.

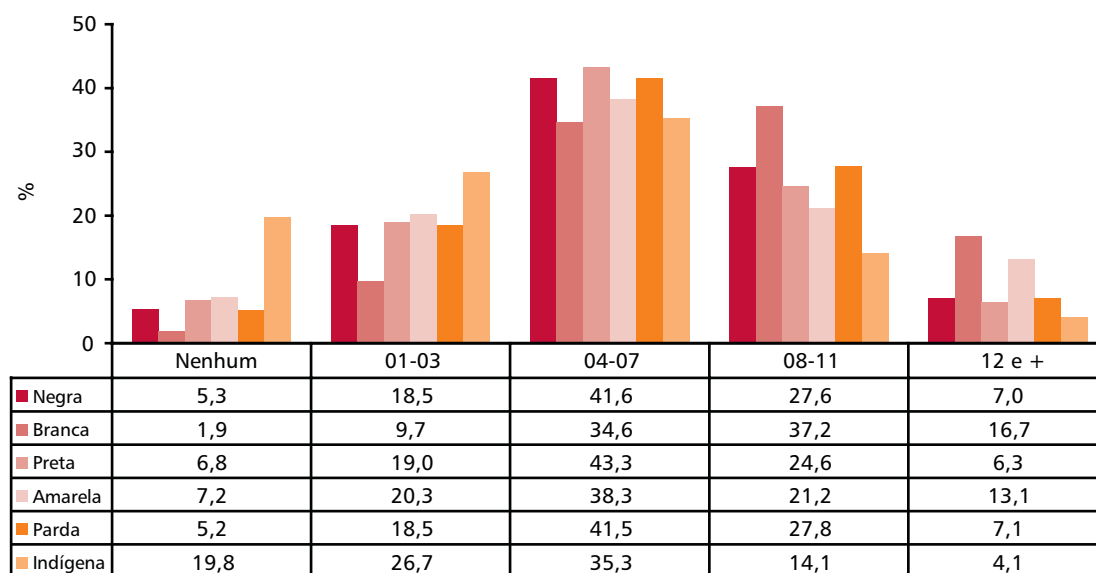
Entre os filhos de mães com doze ou mais anos de estudos completos, destacam-se os nascidos brancos, com 15,9% em 2002 e 16,7% em 2003. Os nascidos indígenas tiveram as menores porcentagens de mães com doze ou mais anos de estudos completos (4,3% em 2002 e 4,1% em 2003).

Figura 3.18: Proporção de nascidos vivos por anos de estudos concluídos, segundo raça/cor. Brasil, 2002.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 3.19: Proporção de nascidos vivos por anos de estudos concluídos, segundo raça/cor. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As figuras 3.20 e 3.21 apresentam as proporções de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), segundo a raça/cor branca e negra, por unidades da federação.

Na grande maioria dos estados, as proporções de crianças nascidas com baixo peso foram maiores entre os nascidos negros quando comparados com os nascidos brancos, em 2002 e 2003. As maiores diferenças percentuais entre os dois grupos de raça/cor ocorreram nos estados do Acre, Pernambuco, Paraíba, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul; as menores no Amazonas, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Chama a atenção a redução do diferencial no Estado do Paraná entre 2002 e 2003 (Figuras 3.20 e 3.21).

Figura 3.20: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), segundo raça/cor e estados. Brasil, 2002.

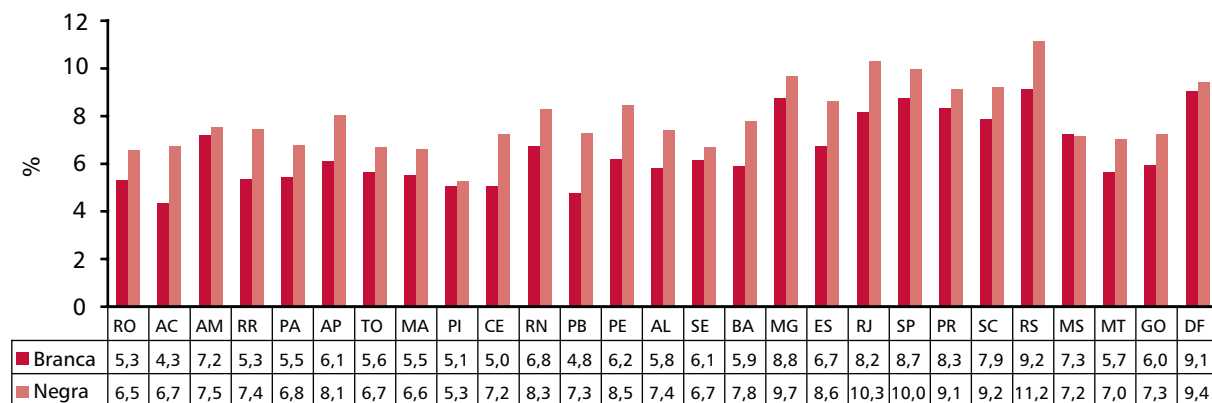
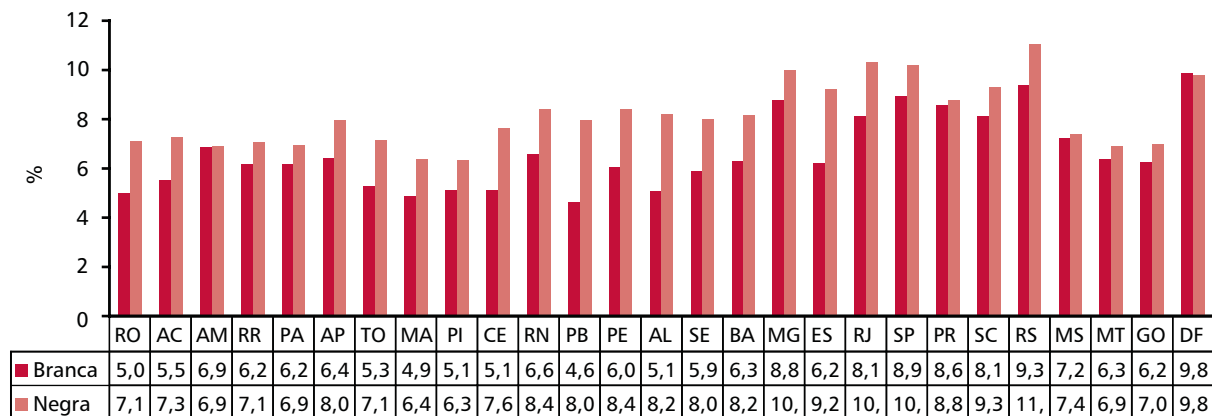


Figura 3.21: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), segundo raça/cor e estados. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Conclusões

O País apresentou uma discreta redução nos nascidos vivos de mães adolescentes (15 a 19 anos) em todas as regiões, exceto na Região Nordeste, que praticamente permaneceu a mesma. As maiores desigualdades entre mães adolescentes ocorreram entre a Região Sul e a Região Norte.

Com relação à assistência pré-natal, houve um aumento da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas, com o aumento concentrado nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Houve uma redução na proporção de nascidos vivos de mães que não realizaram o pré-natal em todos os estados, exceto no Acre, Paraná e Mato Grosso, sendo que nos dois últimos as proporções já eram muito baixas. Os estados que estão acima da média do Brasil na realização de pré-natal são Acre, Amazonas, Roraima, Para, Amapá, Maranhão, Pernambuco, Alagoas e Bahia.

Quando relacionamos número de consultas de pré-natal realizadas com escolaridade da mãe, as diferenças regionais permanecem marcantes. Esse achado dá boas pistas da existência de diferenças regionais importantes no acesso e na qualidade da assistência pré-natal ofertada. Essas diferenças reforçam as desigualdades de oportunidades existentes no País.

A proporção de parto cesáreo no País é bastante alta, com tendência de aumento entre 2002 e 2003. Houve aumento em todos os estados, estando em patamares mais elevados nos estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Foi observado que, quanto maior a escolaridade da mãe, maior a proporção de consultas de pré-natal e de partos cesários. Tal fato pode ter íntima associação com distorções das práticas médicas, da forma de financiamento da assistência, das comodidades dos profissionais e das mulheres, entre outras.

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer veio aumentando no País entre os anos de 2001 e 2003 em todas as cinco regiões, com prevalências mais acentuadas nas regiões Sudeste e Sul, com valores acima de 9%.

A prematuridade permaneceu constante entre 2002 e 2003, mas, da mesma forma que o baixo peso ao nascer, concentrou-se nas regiões Sudeste e Sul, mas é elevada também nos estados do Mato Grosso do Sul e no Distrito Federal.

Um fato que chama bastante a atenção é que as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que apresentaram maiores proporções de nascidos por parto cesáreo, são as mesmas regiões que apresentaram os maiores percentuais de nascidos prematuros e com baixo peso. Essa coincidência merece melhor investigação e exploração para que se tenha um desenho explicativo do fenômeno, assim como das influências dos diferentes graus de qualidade do Sinasc por região e estados na determinação desses achados. Mesmo porque a Região Centro-Oeste, que tem qualidade dos dados nos padrões recomendados, tem proporção de baixo peso bem menor do que a das regiões Sudeste e Sul.

A análise do perfil dos nascidos vivos segundo raça/cor mostraram diferenciais importantes nas várias características estudadas:

- os nascidos vivos indígenas e negros têm mais chance de serem filhos de mães adolescentes do que os nascidos brancos;
- os brancos têm muito mais chance de serem filhos de mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal do que os indígenas e negros. Por outro lado, os nascidos indígenas e negros têm muito mais chance de serem filhos de mães que não fizeram nenhuma consulta do que os brancos;
- os brancos têm muito mais chance de nascerem por parto cesáreo que os nascidos negros (pretos mais pardos);
- os indígenas e pretos têm mais chance de nascerem prematuros;
- os negros têm mais chance de nascerem com baixo peso. Os nascidos negros e brancos das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste têm mais chance de nascerem com baixo peso do que os das regiões Norte e Nordeste.

Entre os limites desta análise apontamos o fato de a cobertura do Sinasc ter comportamento diferenciado entre as regiões do País. O sistema tem melhor cobertura nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Contudo, tem ampliado a captação nas regiões Norte e Nordeste, cobrindo mais de 80% dos nascimentos previstos pelo IBGE em 2003. As diferenças mais marcantes estão em determinados estados das regiões Norte e Nordeste com relação aos demais. As análises comparativas entre estados devem ser realizadas à luz dessas diferenças de coberturas. Das variáveis analisadas merecem cuidado as análises segundo raça/cor que apresentam

diferenças na qualidade do preenchimento por região e, principalmente, em determinados estados. Mas essa variável tem boa média de preenchimento para o Brasil e regiões. Para mais detalhes sobre a cobertura e qualidade do Sinasc, ler o capítulo 2 dessa publicação, que trata da “Evolução da Qualidade da Informação”.

Referências bibliográficas

Almeida M.F, Mello-Jorge M.H.P. Pequenos para a idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev. Saúde Pública.** 32-217-24. 1998.

Andrade, C.L.T.et al. Desigualdades socioeconômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município de Rio de Janeiro 2001. **Rev. Saúde Pública**, v.20, supl. 1, 2004.

Cardoso, Andrey Moreira; Santos, Ricardo Ventura; Coimbra Júnior, Carlos E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cad. Saúde Pública**; 21(5):1602-1608, set.-out. 2005.

Carvalho, Manoel de; Gomes, Maria Auxiliadora S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J. Pediatria.** 81(1, supl.):111-118, Rio de Janeiro, mar. 2005.

Gama, Silvana Granado Nogueira da et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**; 35(1):74-80, 2001.

Giglio, Margareth Rocha Peixoto et al. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. **Rev. Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, 27(3):130-136, mar. 2005.

Silva, A. A. Ribeiro et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, 35 (6): 508-14, 2001.

Theme Filha, Mariza Miranda et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, 20 (supl.1):S83-S91, 2004.

EVOLUÇÃO DO RISCO DE
MORTE SEGUNDO RAÇA/COR

4



EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NO BRASIL

Introdução

A análise da evolução da mortalidade permite acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população por meio de sua estrutura, dos níveis e de sua tendência. Com a grande melhora no registro das informações sobre raça/cor na declaração de óbito a partir de 2000, tornou-se possível investigar as diferenças no risco de morte apresentado por brancos, pretos e pardos no Brasil e nas diferentes regiões. Embora o período avaliado seja curto – apenas quatro anos – é possível identificar alguns padrões regionais e algumas tendências (aumento, decréscimo ou estabilidade) do risco de morte ao longo do tempo.

Metodologia

Os dados de mortalidade utilizados neste trabalho são provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, de 2000 a 2003. Os dados populacionais foram construídos pelo Ministério da Saúde por meio de projeções, tendo como base os dados provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram analisadas as seguintes causas de morte: doenças infecciosas e parasitárias (CID 10, capítulo I), doença isquêmica do coração (CID 10, I21-I25), neoplasias totais (CID 10, capítulo II), neoplasia de mama (CID 10, C50), neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões (CID 10, C33-C34) e causas mal definidas (CID 10, capítulo XVIII).

Foram feitas análises para o Brasil e grandes regiões, utilizando-se taxas de mortalidade para faixas etárias específicas. Essas taxas foram calculadas como a razão entre o número de óbitos pela causa analisada na faixa etária em questão e a população desta faixa etária ajustada ao meio do ano, multiplicada por 100 mil. Para a comparação entre as taxas de mortalidade utilizou-se a razão de taxas, definida como a razão entre as taxas de mortalidade das populações preta e parda e a taxa de mortalidade da população branca (adotada como referência).

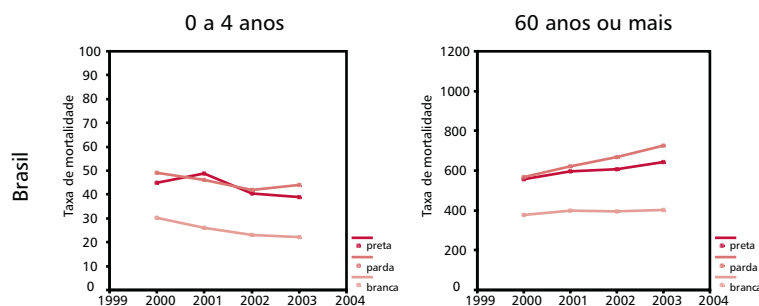
Mortalidade por causas mal definidas

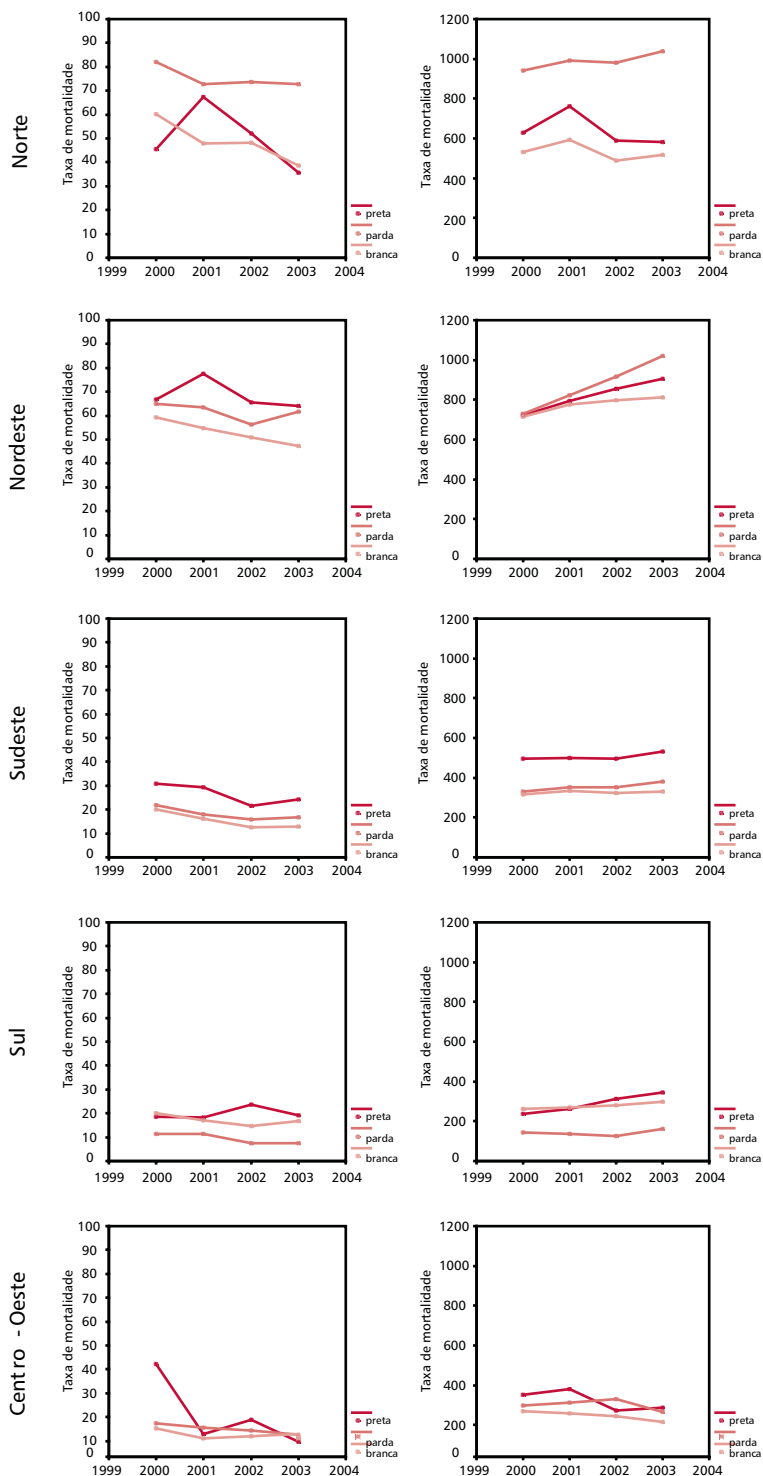
A análise da evolução das taxas de mortalidade por raça/cor no período de 2000 a 2003 mostra que as taxas de mortalidade por causas mal definidas em pessoas com idade inferior a cinco anos foram em média duas vezes mais elevadas para a população branca nas regiões Norte e Nordeste em comparação com as taxas nacionais observadas para esta população.

Nessas regiões, pardos e pretos também apresentaram taxas mais elevadas que aquelas observadas no Brasil (Tabela 4.1). As taxas nacionais registradas para pardos e pretos foram em média 60% mais elevadas do que aquelas registradas para brancos durante todo o período estudado. As maiores taxas de mortalidade por causas mal definidas para a faixa etária abaixo de cinco anos, para as populações branca e preta, foram registradas na Região Nordeste; para a população parda, os maiores valores foram observados na Região Norte.

A população preta apresentou maior risco de morte por este grupo de causas durante todo o período avaliado nas regiões Nordeste e Sudeste. Nessas regiões a razão das taxas vem aumentando ao longo dos anos, ou seja, a taxa de mortalidade por causas mal definidas entre pretos vem se tornando cada vez maior que a taxa observada entre brancos. Crianças pardas apresentaram maior risco de morte por este grupo de causas nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste (nesta região as taxas observadas para as duas populações vêm se aproximando progressivamente). Na Região Sul o risco de morte das crianças pardas foi em média 50% mais baixo que o observado para as crianças brancas (Tabela 4.1).

Figura 4.1: Evolução da taxa de mortalidade por causas mal definidas, segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.





Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.1: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por causas mal definidas na faixa etária de 0 a 4 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	29,3	33,9	36,3	1,2	1,2
	2001	25,8	31,9	37,0	1,2	1,4
	2002	23,6	32,8	30,3	1,4	1,3
	2003	22,3	35,2	34,8	1,6	1,6
Norte	2000	41,7	42,7	49,0	1,0	1,2
	2001	36,7	45,9	33,6	1,3	0,9
	2002	39,9	45,8	50,4	1,1	1,3
	2003	34,1	47,1	42,5	1,4	1,2
Nordeste	2000	25,6	24,3	29,9	0,9	1,2
	2001	22,3	20,5	31,5	0,9	1,4
	2002	33,4	39,4	36,4	1,2	1,1
	2003	32,2	47,5	42,4	1,5	1,3
Sudeste	2000	25,6	24,3	29,9	0,9	1,2
	2001	22,3	20,5	31,5	0,9	1,4
	2002	19,0	19,8	24,9	1,0	1,3
	2003	18,8	16,7	28,8	0,9	1,5
Sul	2000	27,2	19,0	29,9	0,7	1,1
	2001	22,6	14,1	36,6	0,6	1,6
	2002	19,3	11,7	18,1	0,6	0,9
	2003	16,8	11,6	28,9	0,7	1,7
Centro-Oeste	2000	27,2	30,3	29,3	1,1	1,1
	2001	25,1	25,1	35,1	1,0	1,4
	2002	22,4	29,8	18,8	1,3	0,8
	2003	22,2	24,4	24,6	1,1	1,1

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Para a faixa etária além dos 60 anos manteve-se o padrão de taxas de mortalidade por causas mal definidas mais elevadas que as nacionais nas regiões Norte e Nordeste, para todas as categorias de raça/cor (Tabela 4.2). A população preta apresentou maior risco de morte por causas mal definidas no Brasil e nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (nesta região a população preta apresentou em média risco 50% mais alto que a população branca).

Tabela 4.2: Taxas de mortalidade e razões de taxas de mortalidade por causas mal definidas na faixa etária de 60 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	375,8	566,5	557,4	1,5	1,5
	2001	398,0	623,1	596,0	1,6	1,5
	2002	394,8	666,6	605,7	1,7	1,5
	2003	403,9	726,6	643,5	1,8	1,6
Norte	2000	530,9	940,3	627,1	1,8	1,2
	2001	592,1	993,2	762,3	1,7	1,3
	2002	489,9	981,8	590,7	2,0	1,2
	2003	515,9	1.037,5	585,8	2,0	1,1
Nordeste	2000	715,0	730,8	722,4	1,0	1,0
	2001	775,5	824,5	794,8	1,1	1,0
	2002	797,8	916,6	855,6	1,1	1,1
	2003	811,8	1.019,1	904,1	1,3	1,1
Sudeste	2000	316,7	329,5	495,8	1,0	1,6
	2001	335,7	350,7	500,7	1,0	1,5
	2002	323,9	352,4	494,2	1,1	1,5
	2003	331,2	379,9	532,3	1,1	1,6
Sul	2000	264,0	144,5	237,2	0,5	0,9
	2001	267,8	136,6	261,1	0,5	1,0
	2002	280,2	126,1	311,9	0,4	1,1
	2003	296,8	163,4	345,5	0,6	1,2
Centro-Oeste	2000	268,8	298,4	351,8	1,1	1,3
	2001	260,0	311,4	379,1	1,2	1,5
	2002	242,8	329,5	272,3	1,4	1,1
	2003	214,2	265,5	287,2	1,2	1,3

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A população parda apresentou menor risco de morte que a população branca, no Brasil e nas regiões Sudeste e Sul. Na Região Norte a população parda apresentou maior risco de morte que a população branca durante todo o período avaliado.

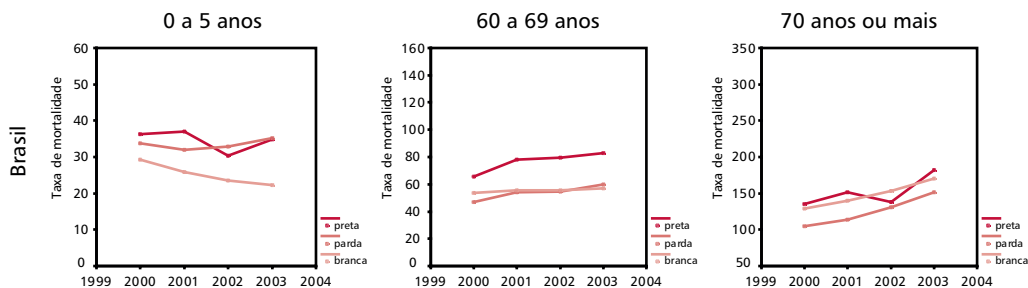
Mortalidade por doenças infecciosas

As taxas de mortalidade nacionais por doenças infecciosas na faixa etária de zero a quatro anos foram em média 40% mais elevadas para a população preta e parda do que para a população branca durante todo o período analisado (Tabela 4.3). Enquanto para a população branca a taxa de mortalidade apresentou queda ao longo dos anos, para pardos e pretos as taxas sofreram queda em 2001 e 2002 e voltaram a subir. Dessa forma, a razão entre as taxas de mortalidade das populações preta e parda passou de 1,2 em 2000 para 1,6 em 2003, às custas da redução das taxas de mortalidade entre brancos. O mesmo fenômeno pode ser observado quando as taxas de mortalidade das crianças pardas são comparadas às das crianças brancas.

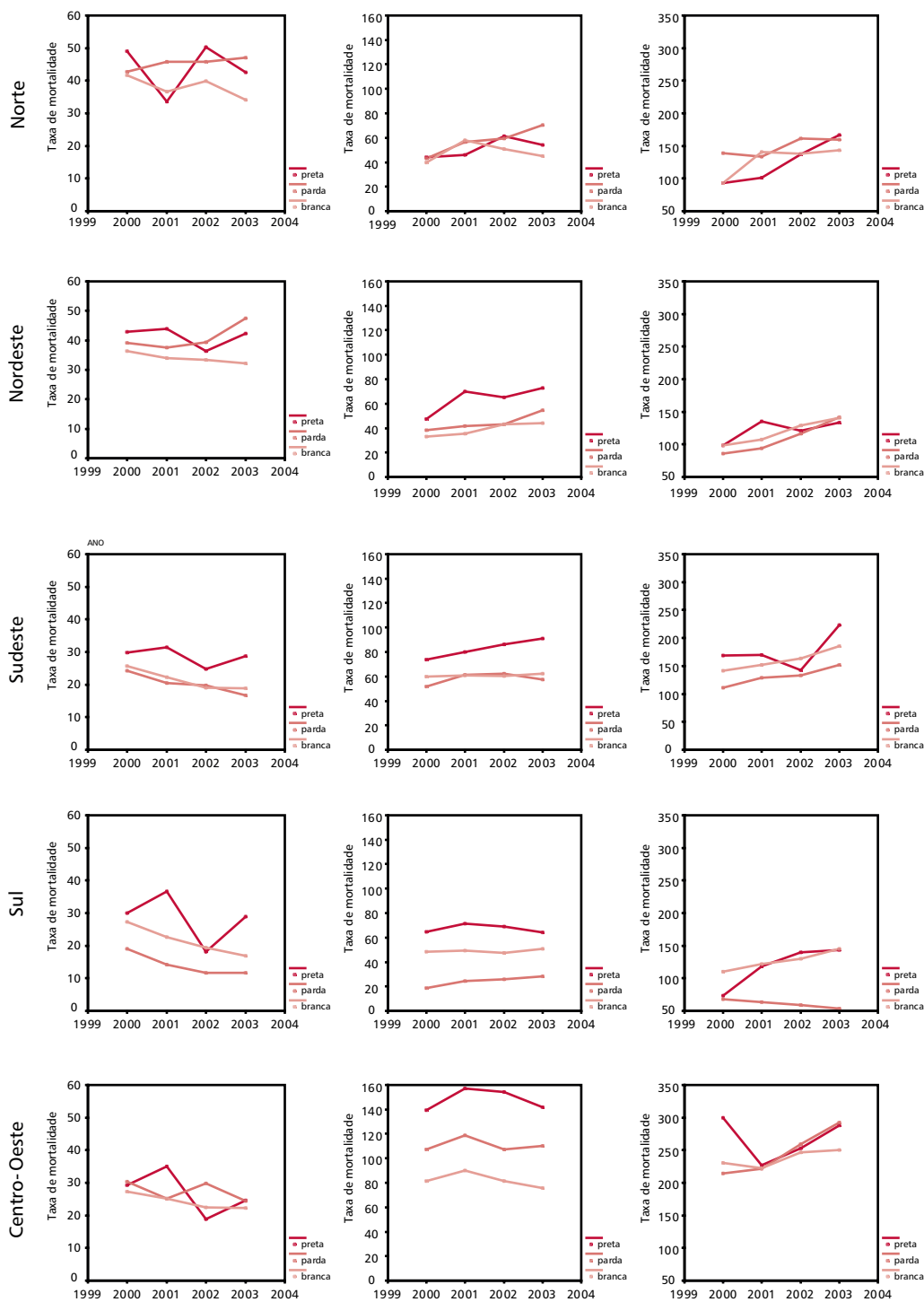
As maiores taxas de mortalidade para todas as categorias de raça/cor foram registradas na Região Norte, seguida pela Região Nordeste. Nestas duas regiões, pardos e brancos apresentaram taxas de mortalidade muito semelhantes em 2000; em 2003 as razões das taxas de mortalidade aumentaram, já que houve redução nas taxas registradas entre brancos e aumento daquela aferida entre crianças pardas.

Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, pardos e brancos apresentaram risco de morte muito semelhante ao longo de todo o período estudado, e na Região Sul o risco de morte das crianças pardas manteve-se mais baixo que o das crianças brancas. Quando comparadas às crianças brancas, as crianças pretas apresentaram maior risco de morte por doenças infecciosas em todos os anos nas regiões Nordeste e Sudeste; nas outras regiões as razões de taxas apresentaram maiores flutuações (em alguns anos maior risco para brancos e em outros para negros). É possível que as taxas de mortalidade da população preta apresentem maiores flutuações nessas regiões devido à menor concentração dessa população nestas regiões.

Figura 4.2: Evolução da taxa de mortalidade por doenças infecciosas, segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.



SAÚDE BRASIL 2005 - UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.3: Taxas de mortalidade e razões de taxas de mortalidade por doenças infecciosas na faixa etária de 0 a 4 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	29,3	33,9	36,3	1,2	1,2
	2001	25,8	31,9	37,0	1,2	1,4
	2002	23,6	32,8	30,3	1,4	1,3
	2003	22,3	35,2	34,8	1,6	1,6
Norte	2000	41,7	42,7	49,0	1,0	1,2
	2001	36,7	45,9	33,6	1,3	0,9
	2002	39,9	45,8	50,4	1,1	1,3
	2003	34,1	47,1	42,5	1,4	1,2
Nordeste	2000	36,4	39,1	43,0	1,1	1,2
	2001	33,9	37,5	43,9	1,1	1,3
	2002	33,4	39,4	36,4	1,2	1,1
	2003	32,2	47,5	42,4	1,5	1,3
Sudeste	2000	25,6	24,3	29,9	0,9	1,2
	2001	22,3	20,5	31,5	0,9	1,4
	2002	19,0	19,8	24,9	1,0	1,3
	2003	18,8	16,7	28,8	0,9	1,5
Sul	2000	27,2	19,0	29,9	0,7	1,1
	2001	22,6	14,1	36,6	0,6	1,6
	2002	19,3	11,7	18,1	0,6	0,9
	2003	16,8	11,6	28,9	0,7	1,7
Centro-Oeste	2000	27,2	30,3	29,3	1,1	1,1
	2001	25,1	25,1	35,1	1,0	1,4
	2002	22,4	29,8	18,8	1,3	0,8
	2003	22,2	24,4	24,6	1,1	1,1

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As taxas nacionais de mortalidade por doenças infecciosas na faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram crescimento para todas as categorias de raça/cor (Tabela 4.4). Enquanto as taxas de mortalidade das populações branca e parda permaneceram muito semelhantes em todos os anos estudados, a população preta apresentou risco de morte por doenças infecciosas 20% mais elevado, e ao longo dos anos observou-se um aumento desse excesso de risco, que passou para 50% em 2003.

As maiores taxas de mortalidade nessa faixa etária foram observadas na Região Centro-Oeste para todas as categorias de raça/cor – os valores observados nessa região foram em média 50% mais altos para a população branca e duas vezes mais elevados para as populações preta e parda que os observados no Brasil. A população preta apresentou maior risco de morte por este grupo de causas do que a população branca, nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (as maiores razões de taxas de mortalidade foram observadas na Região Centro-Oeste).

Na Região Sudeste o risco de pardos e brancos morrerem por doenças infecciosas foi muito semelhante, ao passo que na Região Centro-Oeste o risco de morte da população parda foi mais elevado. Na Região Sul, pardos apresentaram risco em média 50% mais baixo de morte por este grupo de causas quando comparados aos brancos.

Na faixa etária de 70 anos ou mais as taxas nacionais de mortalidade por doenças infecciosas apresentam crescimento para todas as categorias de raça/cor no período de 2000 a 2003 (Tabela 4.5). As taxas observadas para as populações preta e branca foram muito semelhantes ao longo de todo o período, ao passo que os pardos apresentaram taxas mais baixas (embora a diferença entre as taxas observadas para esta população em relação às demais venha diminuindo progressivamente).

Novamente as maiores taxas de mortalidade por este grupo de causas foram observadas na Região Centro-Oeste (em média 60% mais elevadas para a população branca e correspondente ao dobro das taxas observadas para as populações preta e parda no Brasil). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste as taxas observadas para pardos e brancos foram semelhantes ao longo do período estudado, ao passo que nas regiões Sudeste e Sul pardos apresentaram menor risco de morte por este grupo de causas (na Região Sul as taxas de mortalidade foram 50% mais baixas, em média). Na Região Norte houve flutuações maiores no valor da razão de taxas de mortalidade entre essas duas populações. A população preta apresentou risco semelhante ao da população branca em todas as regiões.

Tabela 4.4: Taxas de mortalidade e razões de taxas de mortalidade por doenças infecciosas na faixa etária de 60 a 69 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	53,7	46,9	65,5	0,9	1,2
	2001	55,7	54,0	77,9	1,0	1,4
	2002	55,5	54,7	79,6	1,0	1,4
	2003	57,0	59,8	83,1	1,0	1,5
Norte	2000	39,7	43,1	43,9	1,1	1,1
	2001	58,1	56,3	46,1	1,0	0,8
	2002	50,6	59,4	61,4	1,2	1,2
	2003	45,0	70,4	53,9	1,6	1,2
Nordeste	2000	33,2	38,3	47,3	1,2	1,4
	2001	37,5	41,6	69,7	1,2	2,0
	2002	43,0	43,1	65,2	1,0	1,5
	2003	44,1	54,8	72,6	1,2	1,6
Sudeste	2000	60,0	51,6	73,9	0,9	1,2
	2001	60,8	61,1	80,1	1,0	1,3
	2002	60,3	62,3	86,3	1,0	1,4
	2003	62,3	57,5	91,3	0,9	1,5
Sul	2000	48,4	18,8	64,5	0,4	1,3
	2001	49,5	24,5	71,6	0,5	1,4
	2002	47,4	25,7	68,9	0,5	1,5
	2003	50,6	28,4	64,2	0,6	1,3
Centro-Oeste	2000	81,5	107,3	139,6	1,3	1,7
	2001	90,0	118,8	157,1	1,3	1,7
	2002	81,5	107,5	154,3	1,3	1,9
	2003	75,6	110,3	141,7	1,5	1,9

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.5: Taxas de mortalidade e razões de taxas de mortalidade por doenças infecciosas na faixa etária de 70 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	129,5	104,8	135,6	0,8	1,0
	2001	139,6	114,0	151,2	0,8	1,1
	2002	153,0	131,2	138,5	0,9	0,9
	2003	170,2	151,1	181,8	0,9	1,1
Norte	2000	93,3	138,7	93,6	1,5	1,0
	2001	140,7	133,5	100,9	0,9	0,7
	2002	138,1	161,0	136,7	1,2	1,0
	2003	143,5	159,3	166,3	1,1	1,2
Nordeste	2000	98,7	85,8	98,1	0,9	1,0
	2001	107,1	94,1	135,2	0,9	1,3
	2002	129,4	116,1	120,7	0,9	0,9
	2003	140,5	141,5	133,6	1,0	1,0
Sudeste	2000	141,6	111,1	168,5	0,8	1,2
	2001	151,4	128,7	169,4	0,9	1,1
	2002	163,5	133,3	142,6	0,8	0,9
	2003	185,1	152,1	222,7	0,8	1,2
Sul	2000	110,0	67,6	72,9	0,6	0,7
	2001	121,8	63,0	118,0	0,5	1,0
	2002	129,9	58,8	139,6	0,5	1,1
	2003	145,3	53,7	143,8	0,4	1,0
Centro-Oeste	2000	230,4	214,3	299,3	0,9	1,3
	2001	222,3	221,3	227,4	1,0	1,0
	2002	247,1	259,4	253,1	1,0	1,0
	2003	250,6	292,2	287,8	1,2	1,1

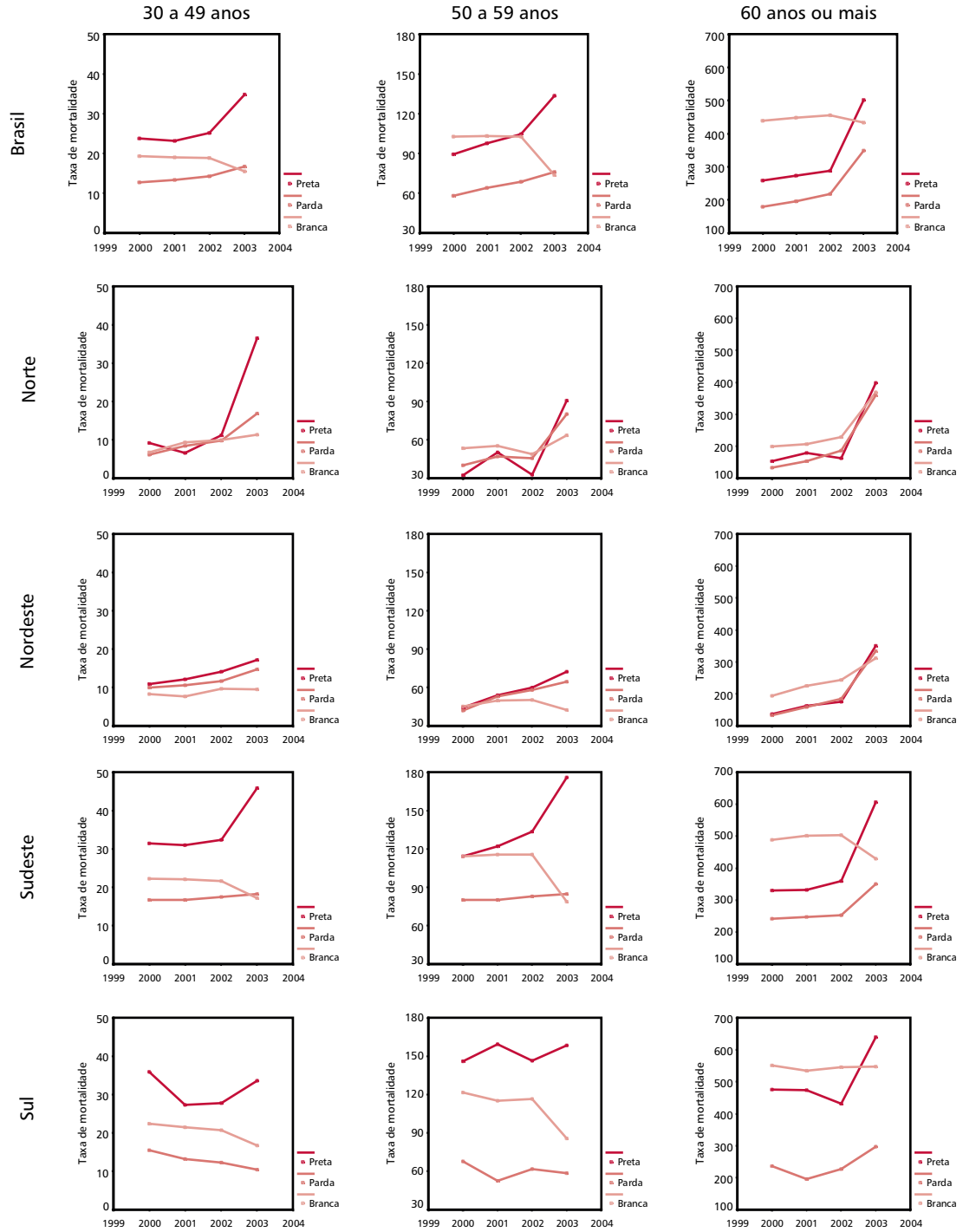
*categoria de referência: raça/cor branca.

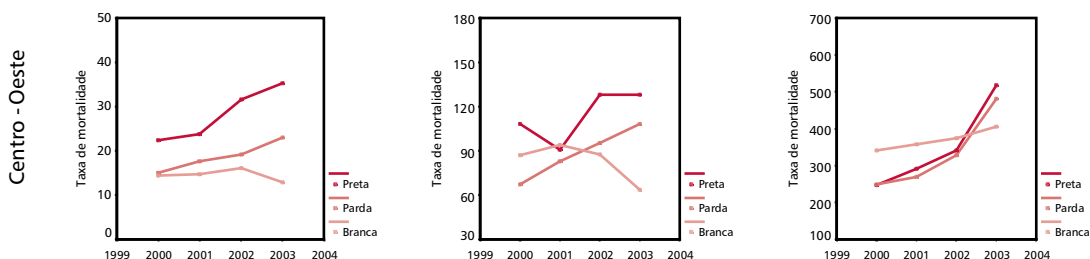
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Mortalidade por doença isquêmica do coração

As taxas nacionais de mortalidade por doença isquêmica do coração (DIC) na faixa etária de 30 a 49 anos apresentaram decréscimo para a população branca de 2000 a 2003 (Figura 4.3); em contrapartida, os riscos para as populações preta e parda apresentaram crescimento no mesmo período (Tabela 4.6).

Figura 4.3: Evolução da taxa de mortalidade por doença isquêmica do coração, segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.





Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Refletindo essas alterações nas tendências de mortalidade, a população parda deixou de apresentar risco de morte 30% mais baixo que a população branca, em 2000, e em 2003 apresentou risco 30% mais alto. A população preta apresentou risco mais alto que a população branca durante todo o período estudado (em 2000 o risco era 20% maior e em 2003 foi mais que o dobro).

As regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas de mortalidade por DIC para todas as categorias de raça/cor na faixa etária de 30 a 49 anos (embora em 2003 a Região Norte tenha apresentado taxas de mortalidade para pardos e pretos muito superiores às observadas nos anos anteriores) (Tabela 4.6). A população preta apresentou maior risco de morte por DIC do que a população branca em todas as regiões do País, com tendência a aumento na desigualdade entre as duas populações. A população parda apresentou risco superior ao da população branca nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e risco mais baixo na Região Sul (nesta região a taxa de mortalidade entre os pardos caiu progressivamente).

As taxas de mortalidade por DIC na faixa etária de 50 a 59 anos foram em média cinco vezes mais altas que as observadas para a faixa etária de 30 a 49 anos, no Brasil e em todas as regiões, para todas as categorias de raça/cor (Tabela 4.7). Para a população branca, as taxas nacionais permaneceram estáveis de 2000 a 2002, e em 2003 apresentaram queda. Em contrapartida, para as populações preta e parda as taxas estiveram em ascensão ao longo de todo o período (Tabela 4.7).

As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade na faixa etária de 50 a 59 anos para as populações branca e preta; para a população parda as maiores taxas foram observadas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. A população parda apresentou risco de morte por DIC inferior ao da população branca durante todo o período estudado – nas regiões Sudeste e Norte o risco foi mais baixo de 2000 a 2002 e passou a ser mais alto em 2003. A população preta apresentou maior risco de morte por DIC nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste – na Região Norte, o risco passou de 40% mais baixo em 2000 para 40% mais alto em 2003 (Tabela 4.7).

Tabela 4.6: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração na faixa etária de 30 a 49 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	19,3	12,7	23,8	0,7	1,2
	2001	19,0	13,4	23,1	0,7	1,2
	2002	18,9	14,3	25,2	0,8	1,3
	2003	15,5	16,8	34,9	1,1	2,2
Norte	2000	6,8	6,1	9,3	0,9	1,4
	2001	9,4	8,5	6,6	0,9	0,7
	2002	9,9	9,9	11,2	1,0	1,1
	2003	11,3	16,9	36,5	1,5	3,2
Nordeste	2000	8,2	10,0	10,9	1,2	1,3
	2001	7,7	10,6	12,1	1,4	1,6
	2002	9,6	11,7	14,2	1,2	1,5
	2003	9,6	14,7	17,2	1,5	1,8
Sudeste	2000	22,3	16,7	31,4	0,7	1,4
	2001	22,1	16,8	31,0	0,8	1,4
	2002	21,6	17,6	32,4	0,8	1,5
	2003	17,2	18,2	45,9	1,1	2,7
Sul	2000	22,5	15,4	35,9	0,7	1,6
	2001	21,5	13,2	27,3	0,6	1,3
	2002	20,7	12,3	27,2	0,6	1,3
	2003	16,8	10,5	33,7	0,6	2,0
Centro-Oeste	2000	14,4	15,1	22,4	1,0	1,6
	2001	14,7	17,7	23,7	1,2	1,6
	2002	16,1	19,2	31,7	1,2	2,0
	2003	12,9	23,0	35,2	1,8	2,7

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.7: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração na faixa etária de 50 a 59 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	102,8	58,2	89,5	0,6	0,9
	2001	103,0	64,1	97,6	0,6	0,9
	2002	102,7	68,4	104,7	0,7	1,0
	2003	73,8	76,2	133,3	1,0	1,8
Norte	2000	53,2	40,0	32,2	0,8	0,6
	2001	55,5	46,9	50,2	0,8	0,9
	2002	49,0	45,7	32,9	0,9	0,7
	2003	63,5	79,9	90,6	1,3	1,4
Nordeste	2000	45,3	41,8	44,3	0,9	1,0
	2001	49,7	52,8	54,1	1,1	1,1
	2002	50,3	58,0	59,7	1,2	1,2
	2003	42,2	64,5	72,5	1,5	1,7
Sudeste	2000	114,3	80,0	114,3	0,7	1,0
	2001	115,7	80,4	121,9	0,7	1,1
	2002	115,4	82,9	133,4	0,7	1,2
	2003	78,8	85,0	175,6	1,1	2,2
Sul	2000	121,8	67,9	146,1	0,6	1,2
	2001	115,0	52,5	159,2	0,5	1,4
	2002	116,3	61,6	146,4	0,5	1,3
	2003	85,6	58,6	158,2	0,7	1,8
Centro-Oeste	2000	87,2	67,5	108,2	0,8	1,2
	2001	94,0	82,7	90,5	0,9	1,0
	2002	87,6	95,5	127,9	1,1	1,5
	2003	63,7	108,1	127,8	1,7	2,0

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As taxas nacionais de mortalidade por DIC de pessoas com 60 anos ou mais foram em média quatro vezes mais altas que as observadas para a faixa etária de 50 a 59 anos para todas as categorias de raça/cor. As taxas permaneceram estáveis para a população branca e apresentaram crescimento para as populações parda e preta (Tabela 4.8). Pardos apresentaram risco de morte inferior ao da população branca ao longo de todo o período estudado, ao passo que a população preta, em 2003, passou a apresentar maior risco que a população branca (Tabela 4.8).

Tabela 4.8: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração na faixa etária de 60 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	438,2	179,9	258,6	0,4	0,6
	2001	447,3	195,6	272,4	0,4	0,6
	2002	455,9	218,3	287,4	0,5	0,6
	2003	432,8	349,0	500,5	0,8	1,2
Norte	2000	198,9	132,8	154,3	0,7	0,8
	2001	206,8	152,7	179,8	0,7	0,9
	2002	229,4	186,1	163,0	0,8	0,7
	2003	368,4	358,6	398,6	1,0	1,1
Nordeste	2000	194,3	132,9	136,9	0,7	0,7
	2001	224,5	159,4	162,9	0,7	0,7
	2002	244,2	185,5	175,9	0,8	0,7
	2003	312,2	333,7	350,8	1,1	1,1
Sudeste	2000	488,4	240,9	330,2	0,5	0,7
	2001	501,4	247,4	332,5	0,5	0,7
	2002	503,8	253,1	359,3	0,5	0,7
	2003	429,1	349,9	605,4	0,8	1,4
Sul	2000	551,0	235,4	475,5	0,4	0,9
	2001	533,6	195,0	474,0	0,4	0,9
	2002	544,9	226,2	431,8	0,4	0,8
	2003	546,8	296,9	639,1	0,5	1,2
Centro-Oeste	2000	341,3	249,7	247,7	0,7	0,7
	2001	346,8	268,5	291,4	0,8	0,8
	2002	374,6	328,8	340,3	0,9	0,9
	2003	406,0	480,8	517,3	1,2	1,3

*categoria de referência: raça/cor branca. Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As populações parda e preta apresentaram aumento importante das taxas de mortalidade em 2003 em todas as regiões. Pardos apresentaram risco de morte em média 50% inferior ao dos brancos nas regiões Sudeste e Sul. Nas demais regiões a população parda passou de uma situação de menor risco no ano 2000 para um risco igual ou superior em 2003. A população preta apresentou menor risco em todas as regiões, de 2000 a 2002, e, tal como os pardos, em 2003 apresentou taxas de mortalidade superiores às da população branca.

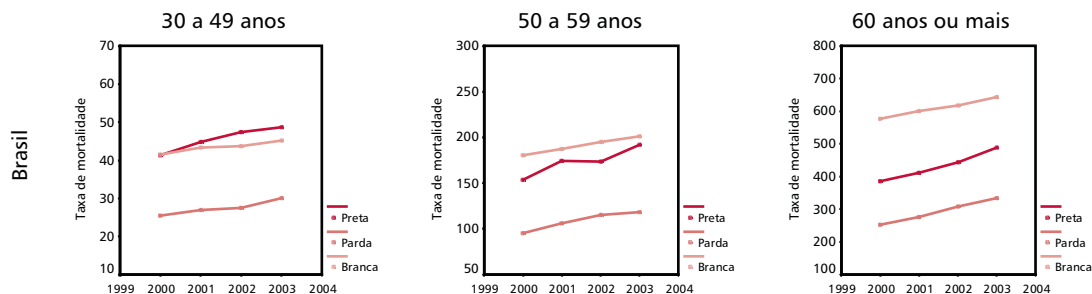
Mortalidade por neoplasias

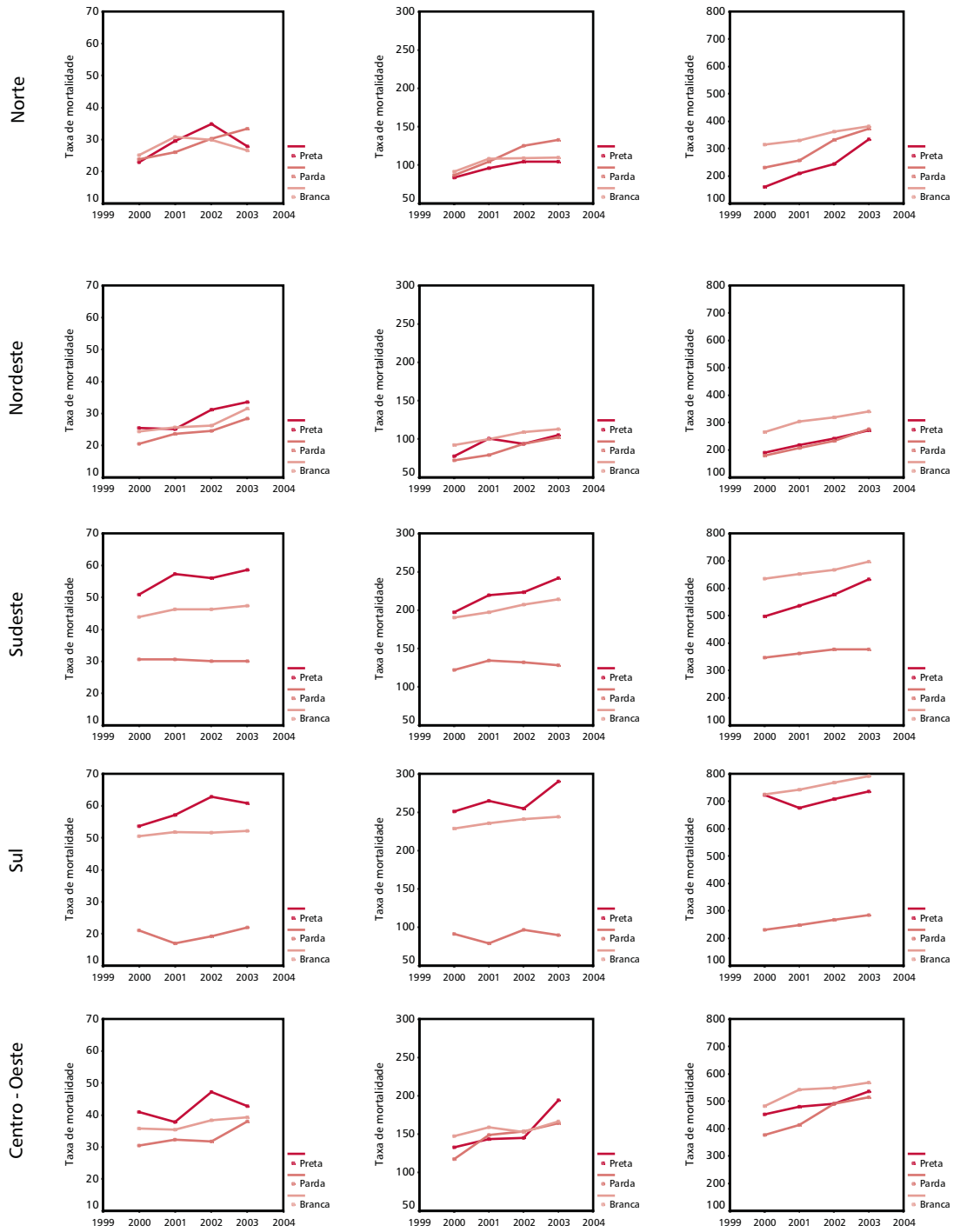
As taxas nacionais de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 30 a 49 anos apresentaram discreto incremento para as populações branca, parda e preta (Figura 4.4 e Tabela 4.9). Enquanto pretos e brancos apresentaram taxas nacionais de mortalidade muito semelhantes, entre os pardos o risco de morte permaneceu aproximadamente 30% mais baixo.

Para as populações branca e preta as maiores taxas de mortalidade foram observadas nas regiões Sul e Sudeste; para a população parda, as maiores taxas foram observadas nas regiões Centro-Oeste e Sudeste (Tabela 4.9). O risco de morte por neoplasias na faixa etária de 30 a 49 anos da população branca sofreu oscilações na Região Norte e apresentou pequeno crescimento nas demais regiões. Para a população parda, o risco permaneceu inalterado na Região Sudeste e cresceu nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; na Região Sul as taxas de mortalidade apresentaram queda até 2002 e voltaram a subir em 2003. As taxas de mortalidade da população preta apresentaram crescimento nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul.

No Brasil e nas regiões Sul e Sudeste o risco de morte por neoplasias da população parda na faixa etária de 30 a 49 anos manteve-se mais baixo que os das populações branca e preta durante todo o período analisado. As taxas de mortalidade da população preta mantiveram-se 20% mais altas que as da população branca, de 2000 a 2003, na Região Sudeste, e em 2002 e 2003 na Região Sul.

Figura 4.4: Evolução da taxa de mortalidade por neoplasias segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.





Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.9: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 30 a 49 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	41,5	25,4	41,3	0,6	1,0
	2001	43,4	26,9	44,8	0,6	1,0
	2002	43,6	27,6	47,4	0,6	1,1
	2003	45,1	30,0	48,6	0,7	1,1
Norte	2000	25,1	23,9	22,9	1,0	0,9
	2001	30,8	26,1	29,5	0,8	1,0
	2002	29,9	30,3	34,9	1,0	1,2
	2003	26,6	33,3	27,8	1,3	1,0
Nordeste	2000	24,3	20,5	25,5	0,8	1,1
	2001	25,7	23,7	25,0	0,9	1,0
	2002	26,1	24,6	31,2	0,9	1,2
	2003	31,6	28,4	33,6	0,9	1,1
Sudeste	2000	43,9	30,6	50,9	0,7	1,2
	2001	46,2	30,5	57,3	0,7	1,2
	2002	46,3	30,0	56,0	0,6	1,2
	2003	47,4	30,0	58,6	0,6	1,2
Sul	2000	50,5	21,1	53,5	0,4	1,1
	2001	51,8	17,0	57,1	0,3	1,1
	2002	51,6	19,2	62,8	0,4	1,2
	2003	52,2	22,0	60,7	0,4	1,2
Centro-Oeste	2000	35,8	30,4	51,0	0,8	1,1
	2001	35,4	32,3	37,7	0,9	1,1
	2002	38,4	31,7	47,2	0,8	1,2
	2003	39,4	37,9	42,8	1,0	1,1

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As taxas de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 50 a 59 anos apresentaram valores quatro vezes mais altos para todas as categorias de raça/cor no Brasil e regiões que os observados para a faixa etária de 30 a 49 anos em todos os anos analisados. As taxas nacionais de mortalidade por este grupo de causas apresentaram crescimento ao longo dos anos para as populações branca, preta e parda (Figura 4.4 e Tabela 4.10). As populações branca e preta apresentaram riscos semelhantes de morte por neoplasias ao longo do período estudado, enquanto a população parda apresentou risco de morte por este grupo de causas 50% mais baixo que a população branca.

Para as populações branca e preta as maiores taxas de mortalidade por neoplasias nessa faixa etária foram observadas na Região Sul; para a população parda, na Região Sudeste. As populações branca e preta apresentaram riscos semelhantes de morte por este grupo de causas em todas as regiões. A população parda apresentou risco 60% mais baixo que a população branca na Região Sul e 40% mais baixo na Região Sudeste. Nas regiões Norte e Centro-Oeste as taxas de mortalidade de brancos e pardos foram semelhantes e na Região Nordeste, em 2000 e 2001, pardos apresentaram risco 20% menor (nos anos subsequentes, as taxas de mortalidade das populações assumiram valores mais próximos).

As taxas de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 60 anos ou mais foram três vezes mais elevadas que as observadas na faixa etária anterior para as três categorias de raça/cor (Figura 4.4). As taxas de mortalidade apresentaram crescimento ao longo dos anos estudados para as três populações (Tabela 4.11). A população branca apresentou as maiores taxas nacionais de mortalidade por este grupo de causas (riscos para as populações parda e preta 50% e 30% mais baixos, respectivamente).

A Região Sul novamente apresentou as maiores taxas de mortalidade para as populações branca e preta; para a população parda, as maiores taxas foram observadas na Região Centro-Oeste. Nos anos de 2000, 2001 e 2002 a população parda apresentou risco mais baixo de morte por neoplasias em todas as regiões quando comparada à população branca. Em 2003 as taxas observadas para a população parda nas regiões Norte e Centro-Oeste assumiram valores muito próximos àqueles observados para a população branca (Tabela 4.11). Nas regiões Norte e Nordeste a população preta apresentou menor risco de morte por neoplasias que a população branca (com aproximação crescente dos valores das taxas de mortalidade das duas populações). Na Região Sudeste, em 2000 e 2001, pretos apresentaram taxas de mortalidade 20% menores, e nos anos seguintes houve uma diminuição da razão de taxas. Finalmente, nas regiões

Sul e Sudeste o risco de morte por este grupo de causas foi semelhante para pretos e brancos com idade de 70 anos ou mais.

Tabela 4.10: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 50 a 59 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	180,1	95,6	153,6	0,5	0,9
	2001	187,6	106,2	174,3	0,6	0,9
	2002	195,3	115,0	173,3	0,6	0,9
	2003	200,9	118,4	191,5	0,6	1,0
Norte	2000	91,5	86,9	83,7	0,9	0,9
	2001	108,4	104,2	96,3	1,0	0,9
	2002	108,9	125,0	104,7	1,1	1,0
	2003	109,6	133,1	104,7	1,2	1,0
Nordeste	2000	92,2	72,6	77,9	0,8	0,8
	2001	100,0	79,1	100,7	0,8	1,0
	2002	108,8	93,8	93,9	0,9	0,9
	2003	113,0	101,9	105,4	0,9	0,9
Sudeste	2000	190,5	122,0	197,3	0,6	1,0
	2001	197,3	134,3	219,8	0,7	1,1
	2002	207,4	132,2	223,1	0,6	1,1
	2003	214,1	128,3	241,5	0,6	1,1
Sul	2000	228,5	91,4	250,7	0,4	1,1
	2001	235,2	79,5	264,8	0,3	1,1
	2002	241,2	97,1	254,7	0,4	1,1
	2003	243,9	89,7	289,7	0,4	1,2
Centro-Oeste	2000	147,5	117,3	133,0	0,8	0,9
	2001	159,3	148,8	143,5	0,9	0,9
	2002	152,4	153,3	145,3	1,0	1,0
	2003	166,6	164,1	193,8	1,0	1,2

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.11: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 60 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	576,7	252,7	384,9	0,4	0,7
	2001	600,2	276,6	411,5	0,5	0,7
	2002	617,5	307,2	444,1	0,5	0,7
	2003	643,4	333,6	489,0	0,5	0,8
Norte	2000	314,7	231,8	160,3	0,7	0,5
	2001	330,4	257,0	209,1	0,8	0,6
	2002	362,4	331,3	243,6	0,9	0,7
	2003	380,3	372,8	334,7	1,0	0,9
Nordeste	2000	265,4	178,8	191,1	0,7	0,7
	2001	304,1	206,6	217,7	0,7	0,7
	2002	319,5	234,2	241,1	0,7	0,8
	2003	340,9	275,9	271,3	0,8	0,8
Sudeste	2000	634,2	346,7	497,8	0,5	0,8
	2001	652,7	362,7	535,6	0,6	0,8
	2002	667,4	376,8	577,2	0,6	0,9
	2003	696,9	377,3	631,8	0,5	0,9
Sul	2000	725,7	230,8	723,4	0,3	1,0
	2001	742,5	248,4	675,2	0,3	0,9
	2002	768,0	266,7	707,7	0,3	0,9
	2003	791,0	284,7	735,8	0,4	0,9
Centro-Oeste	2000	482,8	376,7	451,7	0,8	0,9
	2001	542,7	413,8	481,0	0,8	0,9
	2002	549,3	490,3	490,5	0,9	0,9
	2003	568,7	514,7	535,0	0,9	0,9

*categoria de referência: raça/cor branca.

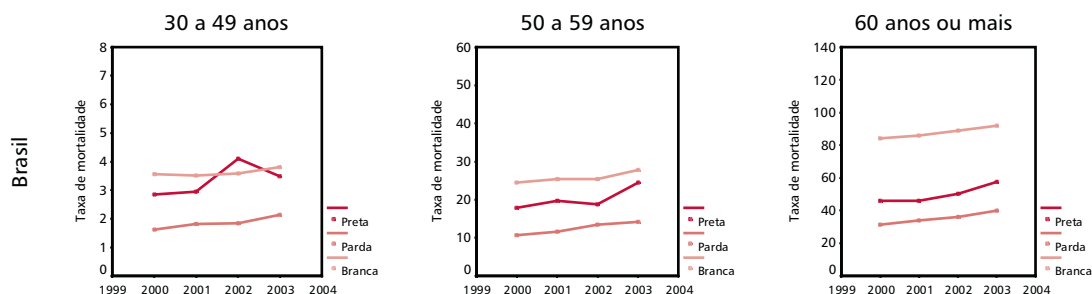
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

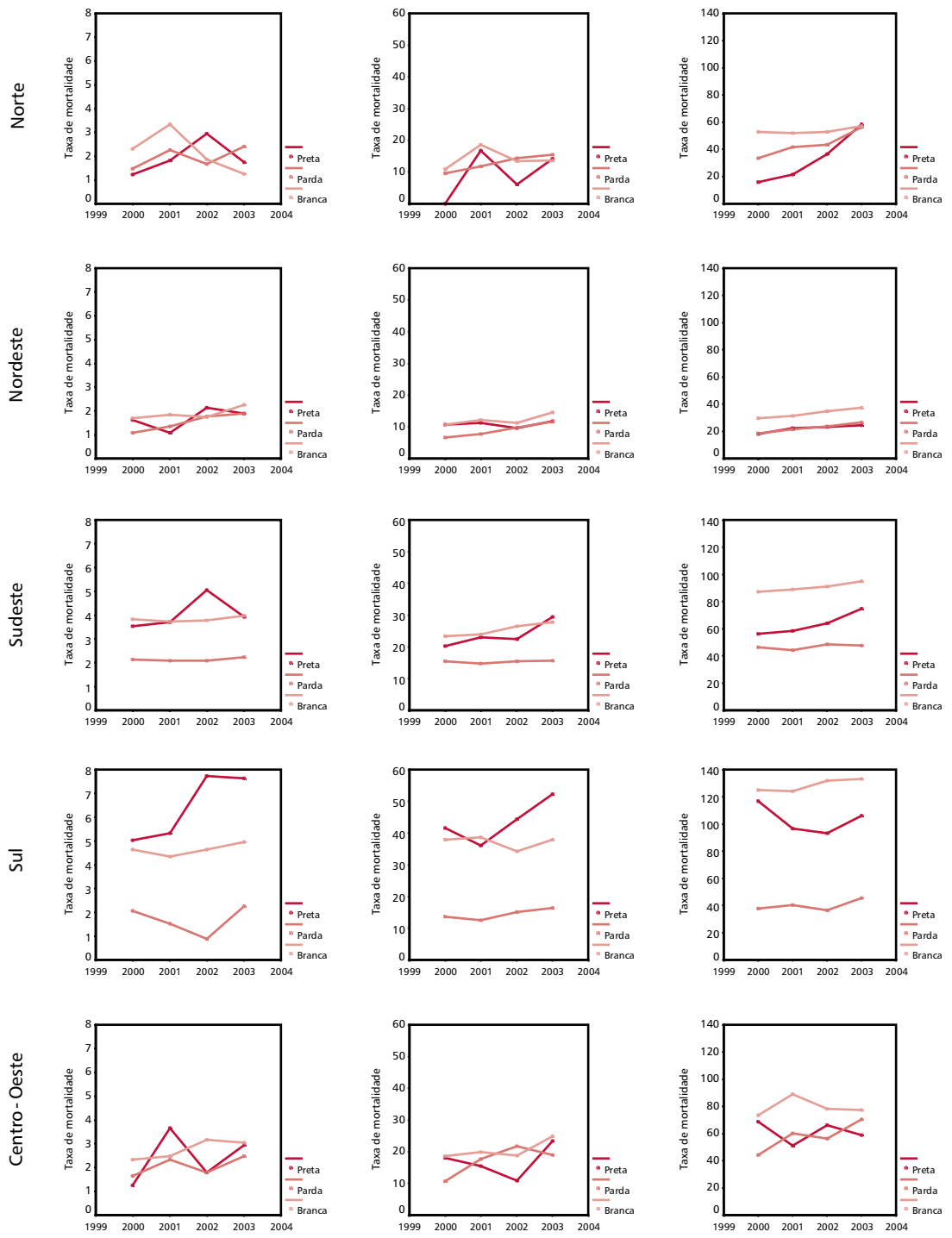
Mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões

As taxas nacionais de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões na faixa etária de 30 a 49 anos mantiveram-se estáveis para a população branca e apresentaram aumento para a população parda no período 2000-2003. Para a população preta as taxas apresentaram maiores oscilações (Figura 4.5 e Tabela 4.12). Brancos apresentaram risco de morte por neoplasias destes órgãos 50% mais elevado que os pardos ao longo de todo o período avaliado. As taxas de mortalidade da população preta foram 20% mais baixas que as da população branca em 2000 e 2001. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por este grupo de causas para as populações branca e preta; para a população parda as maiores taxas foram observadas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Por outro lado, as menores taxas de mortalidade para as três categorias de raça/cor foram observadas na Região Nordeste.

A população parda apresentou menor risco de morte por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões que a população branca em todos os anos avaliados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Tabela 4.12). Nas demais regiões foram observadas maiores variações na razão de taxas (provavelmente em decorrência da menor concentração de população e da rara ocorrência de óbito por este grupo de causas na faixa etária de 30 a 49 anos). Na Região Sudeste o risco de morte por esta causa foi semelhante para brancos e pretos. Na Região Sul o risco da população preta foi superior ao da população branca a partir de 2001.

Figura 4.5: Evolução da taxa de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões, segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.





Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.12: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões na faixa etária 30 a 49 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	3,6	1,6	2,8	0,5	0,8
	2001	3,5	1,8	2,9	0,5	0,8
	2002	3,6	1,8	4,1	0,5	1,1
	2003	3,8	2,1	3,5	0,6	0,9
Norte	2000	2,3	1,5	1,2	0,6	0,5
	2001	3,3	2,3	1,8	0,7	0,5
	2002	1,9	1,7	3,0	0,9	1,6
	2003	1,3	2,4	1,7	1,9	1,4
Nordeste	2000	1,7	1,1	1,6	0,6	1,0
	2001	1,8	1,3	1,1	0,7	0,6
	2002	1,7	1,8	2,1	1,0	1,2
	2003	2,2	1,9	1,9	0,8	0,8
Sudeste	2000	3,8	2,1	3,5	0,6	0,9
	2001	3,7	2,1	3,7	0,6	1,0
	2002	3,8	2,1	5,0	0,6	1,3
	2003	4,0	2,2	3,9	0,6	1,0
Sul	2000	4,6	2,1	5,0	0,4	1,1
	2001	4,3	1,5	5,3	0,4	1,2
	2002	4,6	0,9	7,7	0,2	1,7
	2003	4,9	2,2	7,6	0,5	1,5
Centro-Oeste	2000	2,3	1,6	1,2	0,7	0,5
	2001	2,5	2,3	3,7	0,9	1,5
	2002	3,2	2,3	1,8	0,6	0,6
	2003	3,1	2,5	2,9	0,8	1,0

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Na faixa etária de 50 a 59 anos as taxas de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões foram em média seis vezes maiores que as observadas para a faixa etária de 30 a 49 anos no Brasil e em todas as regiões, para todas as categorias de raça/cor (Figura 4.5). As taxas de mortalidade tenderam a aumentar no Brasil e em todas as regiões, para as três populações estudadas ao longo do período (Tabela 4.13). As taxas nacionais de mortalidade por este grupo de causas foram 50% mais baixas que as observadas para brancos em todos os anos; as taxas observadas para a população preta também foram mais baixas que as aferidas para a população branca; entretanto, elas apresentaram maiores oscilações em seus valores.

A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade para as populações branca e preta enquanto que para a população parda o maior risco ocorreu na Região Centro-Oeste. Pardos apresentaram menor risco de morte por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. A população preta apresentou risco semelhante ao da população branca em todas as regiões, com exceção da Região Norte, onde no ano 2000 não foi registrado nenhum óbito por este grupo de causas nesta faixa etária.

As taxas nacionais de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões na faixa etária de 60 anos ou mais atingiram em média patamares três vezes mais elevados que os observados para a faixa etária de 50 a 59 anos para todas as categorias de raça/cor (Figura 4.5). As populações parda e preta apresentaram risco de morte por este grupo de causas 60% e 40% mais baixo que a população branca, respectivamente (Tabela 4.14).

Os riscos de morte por este grupo de causas observados na Região Sul foram os mais altos do País. A taxa de mortalidade por este grupo de causas para a população branca foi 50% mais elevada que a taxa nacional para esta categoria de raça/cor; no caso da população preta, o risco na Região Sul foi duas vezes mais alto que o risco nacional para esta população. Pardos apresentaram maior risco de morte por estas neoplasias na Região Centro-Oeste (riscos até 80% mais alto que os correspondentes ao País todo).

A população parda apresentou menores riscos de morte por este grupo de causas que a população branca nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. A população preta apresentou riscos inferiores aos da população branca em todas as regiões. Na Região Norte os riscos de pardos, pretos e brancos foram iguais em 2003 (Tabela 4.14).

Tabela 4.13: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões na faixa etária 50 a 59 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor *(2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	24,4	10,7	17,9	0,4	0,7
	2001	25,3	11,6	19,7	0,5	0,8
	2002	25,4	13,4	18,8	0,5	0,7
	2003	27,7	14,2	24,6	0,5	0,9
Norte	2000	10,9	9,5	0,0	0,9	0,0
	2001	18,7	11,8	16,7	0,6	0,9
	2002	13,4	14,3	6,2	1,1	0,5
	2003	13,6	15,5	14,1	1,1	1,0
Nordeste	2000	10,7	6,6	10,7	0,6	1,0
	2001	12,1	7,8	11,3	0,6	0,9
	2002	11,3	9,8	9,5	0,9	0,8
	2003	14,6	11,6	11,7	0,8	0,8
Sudeste	2000	23,3	15,5	20,3	0,7	0,9
	2001	23,8	14,7	23,1	0,6	1,0
	2002	26,5	15,5	22,5	0,6	0,8
	2003	27,8	15,6	29,4	0,6	1,1
Sul	2000	38,0	13,7	41,6	0,4	1,1
	2001	38,6	12,6	36,1	0,3	0,9
	2002	34,2	15,2	44,3	0,4	1,3
	2003	37,9	16,5	52,3	0,4	1,4
Centro-Oeste	2000	18,6	10,6	18,0	0,6	1,0
	2001	19,8	17,6	15,5	0,9	0,8
	2002	18,8	21,6	10,8	1,2	0,6
	2003	24,9	19,0	23,4	0,8	0,9

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.14: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões na faixa etária de 60 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	84,3	31,3	45,8	0,4	0,5
	2001	86,0	33,9	46,1	0,4	0,5
	2002	89,1	36,2	50,3	0,4	0,6
	2003	91,7	40,0	57,4	0,4	0,6
Norte	2000	53,0	33,7	16,0	0,6	0,3
	2001	52,2	41,6	21,5	0,8	0,4
	2002	53,0	43,6	36,4	0,8	0,7
	2003	57,2	56,1	58,3	1,0	1,0
Nordeste	2000	29,4	18,3	17,9	0,6	0,6
	2001	31,5	21,3	22,2	0,7	0,7
	2002	34,9	23,5	23,3	0,7	0,7
	2003	37,2	26,6	24,4	0,7	0,7
Sudeste	2000	87,2	46,3	56,3	0,5	0,6
	2001	88,8	44,0	58,4	0,5	0,7
	2002	91,1	48,6	64,2	0,5	0,7
	2003	94,7	47,7	74,9	0,5	0,8
Sul	2000	125,1	37,8	116,8	0,3	0,9
	2001	124,0	40,5	96,5	0,3	0,8
	2002	131,9	36,4	93,1	0,3	0,7
	2003	133,0	45,7	105,9	0,3	0,8
Centro-Oeste	2000	73,5	44,1	68,7	0,6	0,9
	2001	88,9	59,9	51,0	0,7	0,6
	2002	78,0	56,1	66,1	0,7	0,8
	2003	77,3	70,5	59,0	0,9	0,8

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

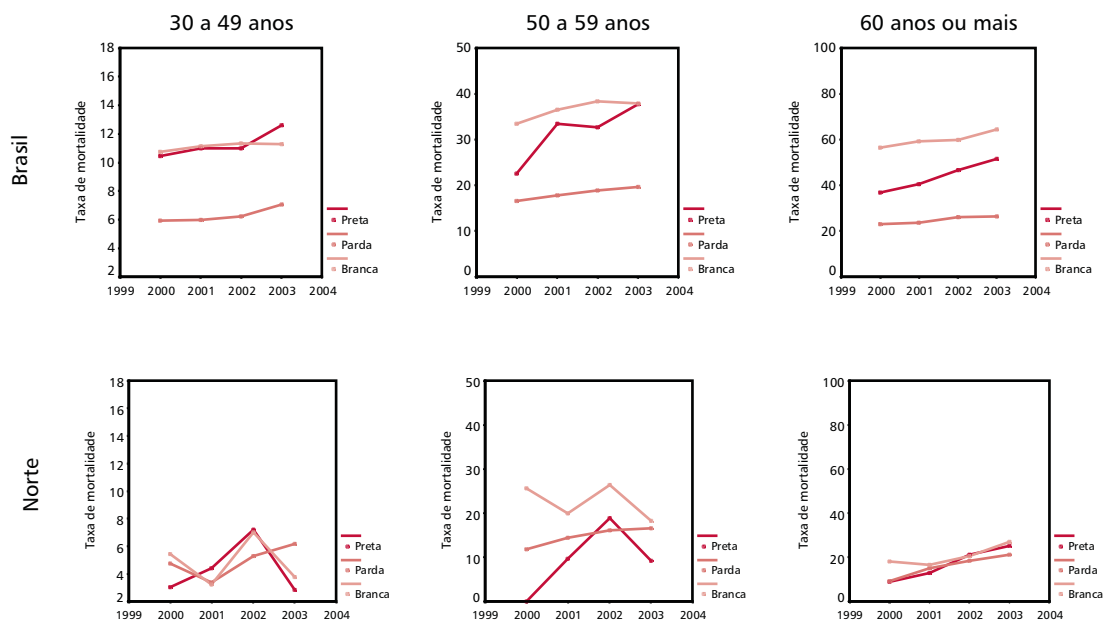
Mortalidade por câncer de mama

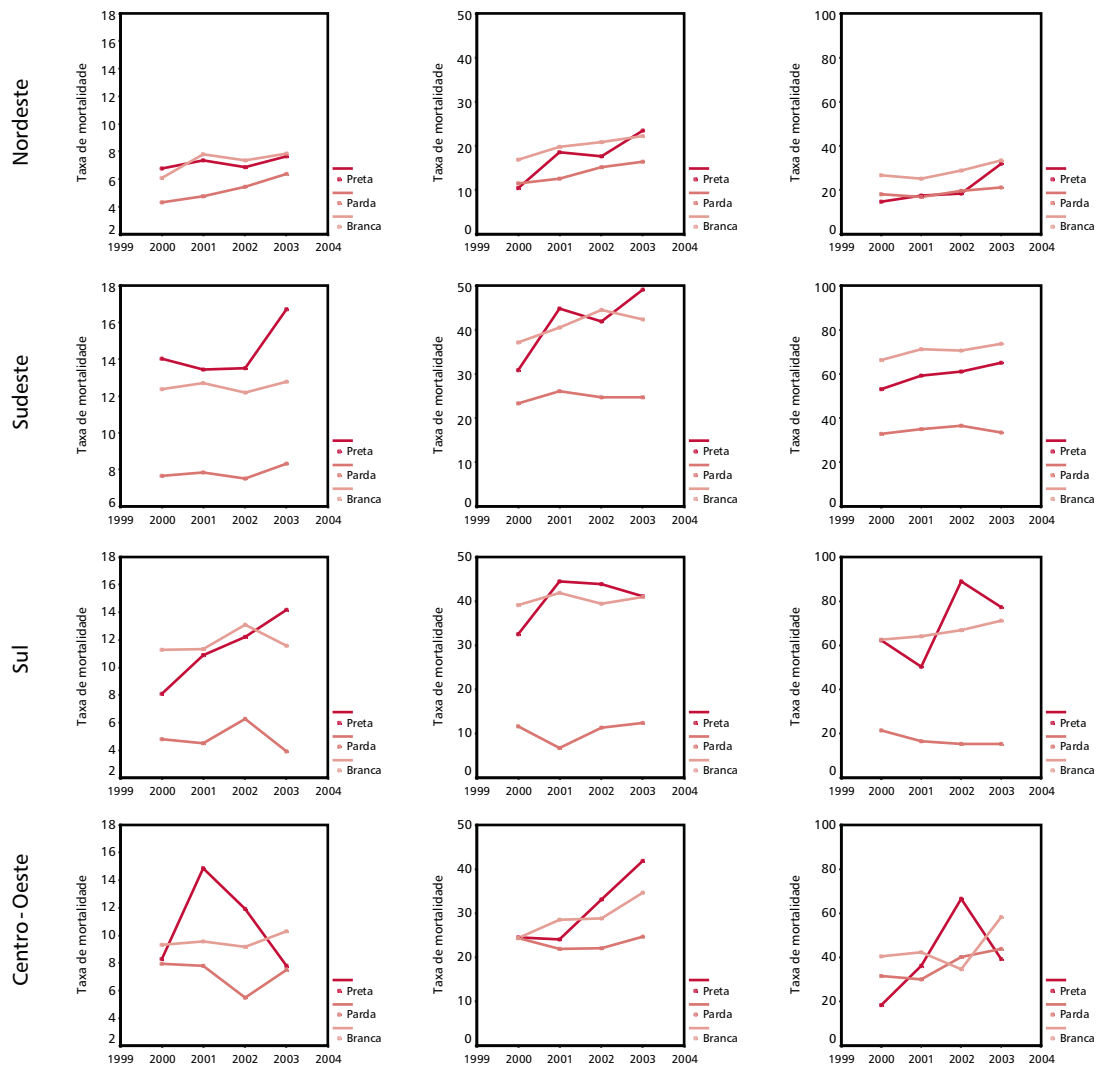
As taxas nacionais de mortalidade por câncer de mama na faixa etária de 30 a 49 anos foram muito semelhantes para as populações branca e preta (Figura 4.6 e Tabela 4.15). Mulheres pardas apresentaram em média risco de morte 50% mais baixo por esta causa que as mulheres brancas e pretas. Para as três categorias de raça/cor foram observados discretos incrementos na taxa de mortalidade ao longo do período estudado.

As maiores taxas de mortalidade foram observadas na Região Sudeste para as mulheres brancas, pardas e pretas (para as mulheres pardas as taxas de mortalidade registradas na Região Centro-Oeste foram muito semelhantes às da Região Sudeste). Mulheres pardas apresentaram riscos de morte por este grupo de causas inferiores aos observados para a população branca em todas as regiões, com exceção da Região Norte. As taxas de mortalidade observadas para as mulheres pretas foram semelhantes às das mulheres brancas em todas as regiões.

O risco de morte por câncer de mama para mulheres com idade entre 50 e 59 anos foi em média três vezes maior que o observado para as mulheres com idade entre 30 e 49 anos, no Brasil e em todas as regiões, para todas as categorias de raça/cor (Figura 4.6). Mulheres pardas mantiveram risco de morte 50% mais baixo que o das mulheres brancas. As mulheres pretas apresentavam risco de morte 30% inferior ao das mulheres brancas no ano 2000, mas em 2003 os riscos de morte por neoplasias de mama foram iguais para mulheres brancas e pretas (Tabela 4.16). As maiores taxas de mortalidade para as mulheres brancas e pretas foram observadas nas regiões Sudeste e Sul; para as mulheres pardas, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Figura 4.6: Evolução da taxa de mortalidade por câncer de mama, segundo faixa etária, raça/cor e região. Brasil, 2000-2003.





Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul os riscos de morte por neoplasia de mama das mulheres pardas foi inferior aos das mulheres brancas durante todo o período estudado; na Região Centro-Oeste, as mulheres pardas apresentaram taxas de mortalidade inferiores às das mulheres brancas a partir de 2001. Na Região Norte as mulheres pretas apresentaram taxas de mortalidade por câncer de mama inferiores às das mulheres brancas durante todo o período estudado, e na Região Nordeste este comportamento foi observado entre 2000 e 2002. Nas demais regiões as taxas de mortalidade de mulheres pretas e brancas foram muito semelhantes (Tabela 4.16).

Mulheres brancas apresentaram risco morte por neoplasia de mama 70% mais elevado após completarem 60 anos de idade do que o observado na faixa etária de 50 a 59 anos (Figura 4.6). Para as mulheres pardas e pretas o risco subiu em média 30%. As taxas nacionais de mortalidade observadas para as mulheres brancas foram 60% mais altas que as observadas para as mulheres pardas e 20% mais elevadas que as das mulheres pretas em todo o período estudado (Tabela 4.17).

Em todas as regiões o risco de morte por este grupo de causas foi mais baixo para as mulheres pardas que para as mulheres brancas (apenas na Região Centro-Oeste, no ano de 2002, as mulheres pardas apresentaram taxa de mortalidade superior à observada para as mulheres brancas). Mulheres pretas apresentaram taxas de mortalidade inferiores às das mulheres brancas na Região Sudeste ao longo de todo o período estudado.

Tabela 4.15: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de mamas na faixa etária de 30 a 49 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	10,7	5,9	10,4	0,6	1,0
	2001	11,1	6,0	11,0	0,5	1,0
	2002	11,3	6,2	11,0	0,5	1,0
	2003	11,3	7,0	12,6	0,6	1,1
Norte	2000	5,4	4,7	3,0	0,9	0,6
	2001	3,2	3,4	4,4	1,0	1,4
	2002	7,0	5,3	7,2	0,8	1,0
	2003	3,8	6,2	2,8	1,6	0,8
Nordeste	2000	6,1	4,3	6,8	0,7	1,1
	2001	7,8	4,7	7,4	0,6	0,9
	2002	7,3	5,4	6,9	0,7	0,9
	2003	7,9	6,4	7,7	0,8	1,0
Sudeste	2000	12,4	7,7	14,0	0,6	1,1
	2001	12,7	7,9	13,4	0,6	1,1
	2002	12,2	1,5	13,5	0,6	1,1
	2003	12,8	8,3	16,7	0,7	1,3
Sul	2000	11,3	4,8	8,1	0,4	0,7
	2001	11,3	4,5	10,9	0,4	1,0
	2002	13,1	6,3	12,2	0,5	0,9
	2003	11,6	3,9	14,2	0,3	1,2
Centro-Oeste	2000	9,3	8,0	8,3	0,9	0,9
	2001	9,6	7,8	14,8	0,8	1,5
	2002	9,2	5,5	11,9	0,6	1,3
	2003	10,3	7,5	7,8	0,7	0,8

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.16: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de mamas na faixa etária de 50 a 59 anos, no Brasil e regiões, segundo raça/cor *(2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	33,5	16,6	22,6	0,5	0,7
	2001	36,4	17,8	33,5	0,5	0,9
	2002	38,4	18,9	32,7	0,5	0,9
	2003	37,9	19,7	37,8	0,5	1,0
Norte	2000	25,6	11,9	0,0	0,5	0,0
	2001	20,0	14,5	9,6	0,7	0,5
	2002	26,4	16,1	18,9	0,6	0,7
	2003	18,2	16,5	9,3	0,9	0,5
Nordeste	2000	16,9	11,5	10,4	0,7	0,6
	2001	19,8	12,5	18,5	0,6	0,9
	2002	20,9	15,2	17,6	0,7	0,8
	2003	22,2	16,4	23,5	0,7	1,1
Sudeste	2000	37,0	23,3	30,9	0,6	0,8
	2001	40,5	26,0	44,8	0,6	1,1
	2002	44,5	24,6	41,9	0,6	0,9
	2003	42,3	24,6	49,1	0,6	1,2
Sul	2000	39,1	11,7	32,5	0,3	0,8
	2001	41,8	6,7	44,4	0,2	1,1
	2002	39,4	11,4	43,9	0,3	1,1
	2003	41,0	12,4	41,1	0,3	1,0
Centro-Oeste	2000	24,3	24,3	24,6	1,0	1,0
	2001	28,5	21,9	24,1	0,8	0,8
	2002	28,9	22,1	33,1	0,8	1,1
	2003	34,7	24,7	41,8	0,7	1,2

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.17: Taxas de mortalidade e razão de taxas de mortalidade por neoplasias de mamas na faixa etária de 60 anos ou mais, no Brasil e regiões, segundo raça/cor* (2000-2003).

Região	Ano	Taxa de Mortalidade (por 1000 hab.)			Razão de Taxas	
		Branca	Parda	Preta	Parda	Preta
Brasil	2000	56,4	23,1	36,7	0,4	0,7
	2001	59,3	23,5	40,6	0,4	0,7
	2002	59,8	26,1	46,5	0,4	0,8
	2003	64,4	26,3	51,4	0,4	0,8
Norte	2000	18,0	9,2	8,9	0,5	0,5
	2001	16,6	15,0	13,0	0,9	0,8
	2002	20,6	18,4	21,3	0,9	1,0
	2003	27,0	21,2	25,1	0,8	0,9
Nordeste	2000	26,7	18,2	14,6	0,7	0,5
	2001	25,2	17,0	17,5	0,7	0,7
	2002	29,0	19,5	18,3	0,7	0,6
	2003	33,3	21,2	31,8	0,6	1,0
Sudeste	2000	66,2	32,8	53,1	0,5	0,8
	2001	71,2	35,1	59,2	0,5	0,8
	2002	70,4	36,5	61,1	0,5	0,9
	2003	73,6	33,4	65,1	0,5	0,9
Sul	2000	62,7	21,4	62,2	0,3	1,0
	2001	64,2	16,5	50,4	0,3	0,8
	2002	66,8	15,4	89,0	0,2	1,3
	2003	71,1	15,4	77,3	0,2	1,1
Centro-Oeste	2000	40,5	31,5	18,5	0,8	0,5
	2001	42,3	30,2	36,2	0,7	0,9
	2002	34,6	40,2	66,7	1,2	1,9
	2003	58,3	43,7	39,3	0,8	0,7

*categoria de referência: raça/cor branca.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Introdução

A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério é em sua grande maioria evitável. Além disso, o nível da mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher, retratando as iniquidades existentes entre as regiões.

Assim sendo, faz-se necessário conhecer os dados disponíveis para melhor analisar as causas do óbito, bem como seu comportamento nos estados brasileiros, com vistas a permitir uma melhor avaliação da situação e apontar sugestões para a efetiva redução do óbito materno.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito em mulheres em idade fértil. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Definição

Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada por esta, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”^{1,2}.

As mortes maternas correspondem ao capítulo XV da CID 10 “Gravidez, Parto e Puerpério”, acrescentando-se as mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especificamente: (i) doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; (ii) necrose pós-parto da hipófise (E23.0); (iii) osteomalácia puerperal (M83.0); (iv) tétano obstétrico (A34); e (v) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

¹ OMS. CID 10. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, vol. 2, p. 143-144, 1998.

² Centro Colaborador da OMS para a CID em Português. Boletim 20 (1):8-10. São Paulo, 1999.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é a relação entre o número de óbitos femininos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos. Deve-se destacar que para este cálculo não são consideradas as mortes fora do período do puerpério de 42 dias (códigos O96 e O97), para que sejam possíveis comparações internacionais⁵.

Morte materna obstétrica direta e indireta

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Correspondem aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D 39.2, E 23.0, F 53 e M83.0.

Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido à causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Correspondem aos óbitos codificados no CID 10 como: O 10. 0 a O 10.9; O 24.0 a O 24. 3; O 24.9, O 25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (após criteriosa investigação).

Os óbitos codificados como O95 devem ser relacionados à parte, como morte obstétrica não especificada.

Fonte dos dados e metodologia

Os resultados apresentados são provenientes do banco de dados de mortalidade relativos aos anos 2000 a 2003 do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ambos gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

Trabalhou-se com a razão de mortalidade materna, obtendo-se o número de óbitos por causas e condições consideradas de óbito materno do SIM, conforme definições anteriormente descritas neste texto, dividindo-se pelo número de nascidos vivos de mães residentes, obtidas do Sinasc.

Em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, para o ano de 2002, verificou-se uma subnotificação significativa no número de óbitos maternos. Dentre as conclusões desta pesquisa, há um sub-registro de 40% devendo-se então aplicar um fator de correção de 1,4 para que a RMM seja mais fidedigna com a realidade³ (Laurenti et al, 2003).

³ Laurenti, R.; Jorje, MHPM; Gotlieb, SLD: Mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna . In: Simões, C: Saúde no Brasil, Conceitos, Programas e Indicadores. IBGE, 2004. CD-ROM.

Optou-se neste estudo por utilizar os dados diretos obtidos do SIM e Sinasc, sem correção, uma vez que não existe ainda consenso sobre fatores de correção mais adequados às diversas realidades regionais e estaduais.

Deve-se considerar também a heterogênea incorporação dos resultados das investigações realizadas pelos Comitês de Mortalidade Materna ao SIM. As secretarias municipais de saúde das diversas unidades da federação adotam critérios diferentes para a investigação dos óbitos maternos, alguns investigam todos os óbitos de mulheres em idade fértil, outros somente causas presumíveis, outros não investigam sistematicamente. Essa heterogeneidade na investigação e nas coberturas do próprio SIM dificultam a comparabilidade dos dados das diferentes regiões e estados. Muitos estados apresentam maiores coeficientes devido à adoção de investigação sistemática e à melhoria de suas bases de dados.

Para estudos considerando a raça/cor trabalhou-se com análise proporcional, uma vez que os problemas de notificação se acentuam quando é considerado esse tipo de desagregação. Além disso, o cálculo da RMM considera dados levantados pelos sistemas de mortalidade (SIM) e de nascimentos (Sinasc), que apresentam diferenças significativas no preenchimento do quesito raça/cor.

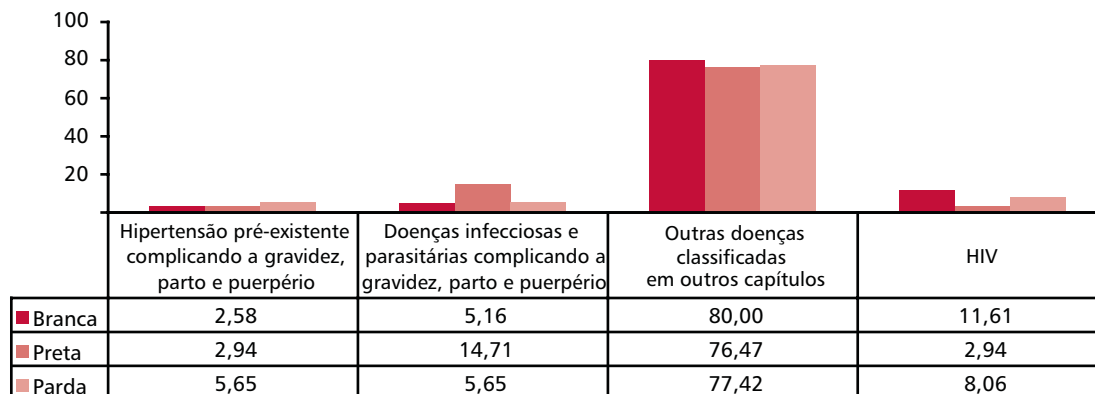
Em 2003, os óbitos de mulheres em idade fértil com raça/cor não informada representou 9,9%. Considerando apenas as causas maternas, os não-informados representaram 11%. Dentre os nascidos vivos, os de raça/cor não informada representaram 11%.

Na discussão apresentada, eventualmente serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo” e “negro”, no lugar das expressões mulher de raça/cor branca, mulher de raça/cor preta, mulher de raça/cor parda e mulher de raça/cor negra. Os negros são resultado dos pretos mais pardos.

Resultados

No Brasil as principais causas de morte da população feminina são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas. Em 2003, esse conjunto de causas representou 62,8% do total de óbitos com causas definidas em mulheres entre aquelas em idade fértil (10 a 49 anos). Dentre essas causas, verificou-se que, enquanto as causas externas e as do aparelho circulatório apresentaram uma estabilização, as neoplasias têm aumentado. Entre 2000 e 2003, a mortalidade proporcional por neoplasias aumentou 5,9% (Figura 4.7).

Figura 4.7: Proporção não-informados segundo o quesito raça/cor de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos de causas maternas e de nascidos vivos. Brasil, 2003.

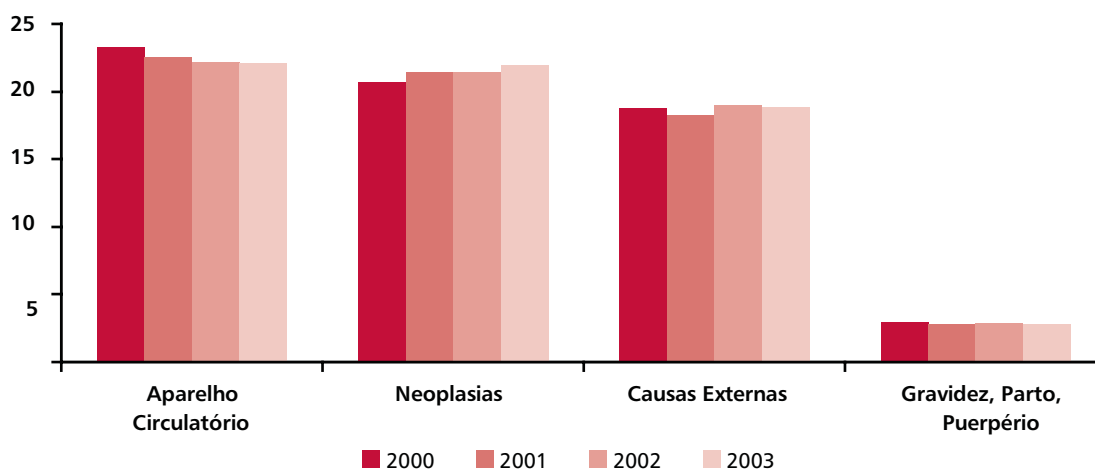


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Os óbitos decorrentes da gravidez, parto e puerpério representaram menos de 3% das causas definidas entre as mulheres em idade fértil (Figura 4.8).

Dentre as causas definidas, as causas maternas representaram 2,75% em 2003. Entre 2000 e 2003 este grupo de causa foi reduzido em 4,8%.

Figura 4.8: Proporção de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos segundo o grupo de causas selecionadas. Brasil, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil passou de 57,1 em 1999 para 51,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2003.

Na tabela 4.18 são apresentadas as RMM calculadas para o Brasil e grandes regiões no período 2000 a 2003, em função da dificuldade na obtenção das informações em nível mais desagregado, especialmente devido à subnotificação – o que pode levar a erros de interpretação. Os dados apresentados são apenas para as regiões por serem mais robustos.

Tabela 4.18: Razão de Mortalidade Materna*, segundo Regiões, Brasil, 2000-2003.

	2000	2001	2002	2003
Brasil	51,52	50,23	53,77	51,74
Norte	62,26	49,77	53,12	56,85
Nordeste	57,34	57,42	61,31	62,79
Sudeste	46,70	43,56	45,85	41,65
Sul	52,99	52,17	56,63	51,32
Centro-Oeste	39,11	53,62	60,30	52,66

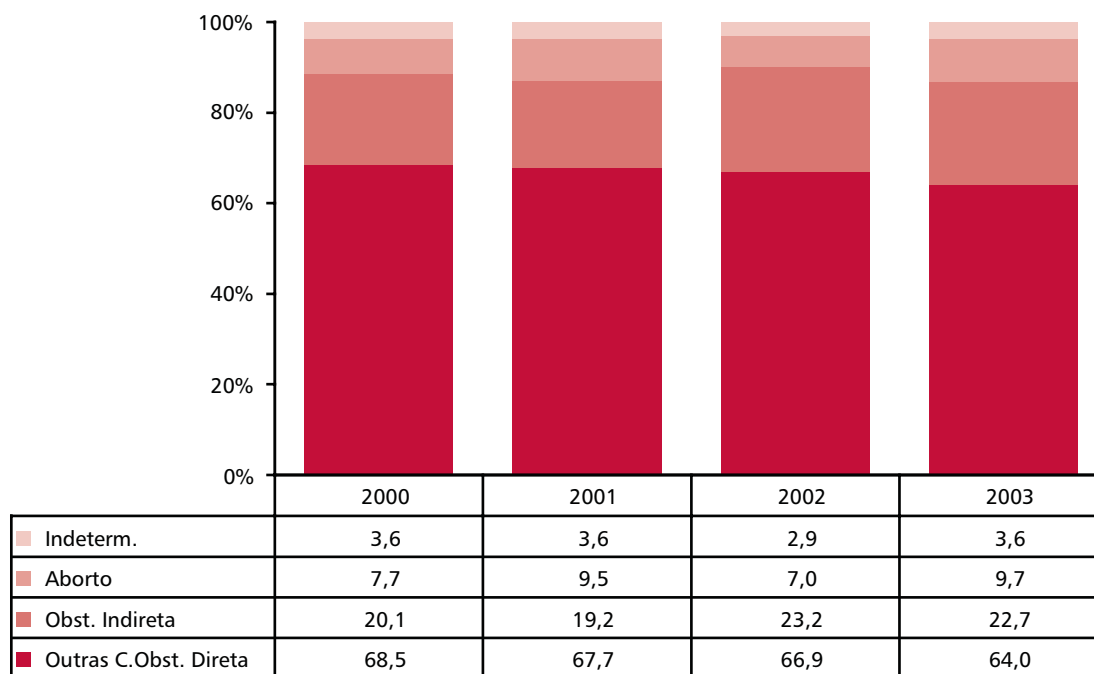
* A RMM apresentada é resultado das informações do SIM e do Sinasc sem aplicação de fator de correção.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Para o período 2000-2003, a razão de mortalidade materna apresentou estabilização. Verificou-se uma redução nas regiões Norte, Sul e Sudeste. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, apesar do aumento da razão de mortalidade materna, não se pode afirmar que houve um aumento real dos óbitos maternos, visto que a coleta de dados melhorou sensivelmente no período. Para melhor avaliar o que realmente aconteceu, estudos detalhados devem ser realizados⁴.

Dentre as causas, analisadas predominam as obstétricas diretas em todo o período e em todas as regiões, representando mais da metade das causas maternas. Nas regiões Norte e Nordeste este grupo de causas representou mais de 70% do total de óbitos (Figura 4.9)

⁴ Estudo de morbi-mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos – Projeto gravidez, parto e puerpério, realizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Figura 4.9: Proporção de óbitos maternos segundo o grupo de causas. Brasil, 2000-2003.

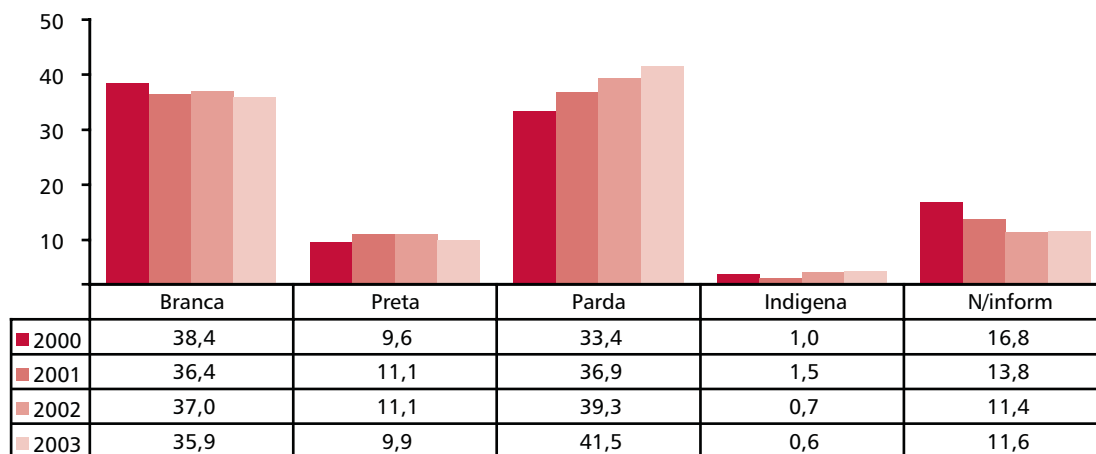
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Cabe ressaltar que o óbito por aborto é uma causa obstétrica direta. Optou-se por apresentar os resultados desagregados para melhor percepção e avaliação da evolução desta causa específica no período.

Em 2003, dentre as causas diretas, a doença hipertensiva específica da gestação (a eclampsia, O15, e a pré-eclampsia, O14) foi a que mais se destacou em todo o período, representando 22,9% dentre todas as causas de óbito materno. A hemorragia pós-parto também se destacou, com 91 casos (5,7%).

Mortalidade materna segundo raça/cor

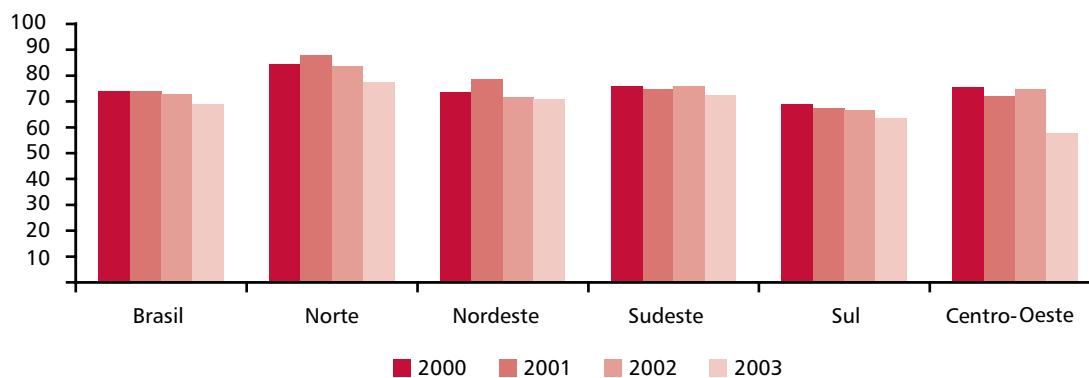
Os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas entre 2000 e 2003. Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segundo lugar (Figura 4.10).

Figura 4.10: Proporção de óbitos maternos segundo raça/cor. Brasil, 2000-2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

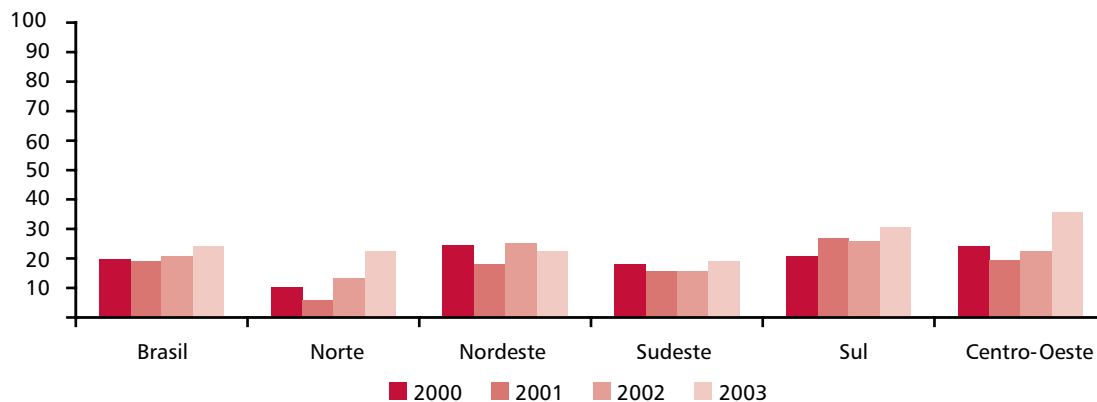
Verificando as causas por região, percebe-se a heterogeneidade entre elas. No entanto, em todas as regiões a participação das causas diretas foi superior às indiretas, mesmo considerando a raça/cor.

Entre as mulheres brancas, as causas diretas apresentaram uma redução percentual de 7%. A Região Centro-Oeste foi onde se verificou a maior redução (23,7%). Por outro lado, as causas indiretas aumentaram, principalmente na Região Norte, passando de 2 óbitos para 7 (Figuras 4.11 e 4.12).

Figura 4.11: Evolução percentual de óbitos de mulheres brancas, segundo causas diretas. Brasil e regiões, 2000-2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

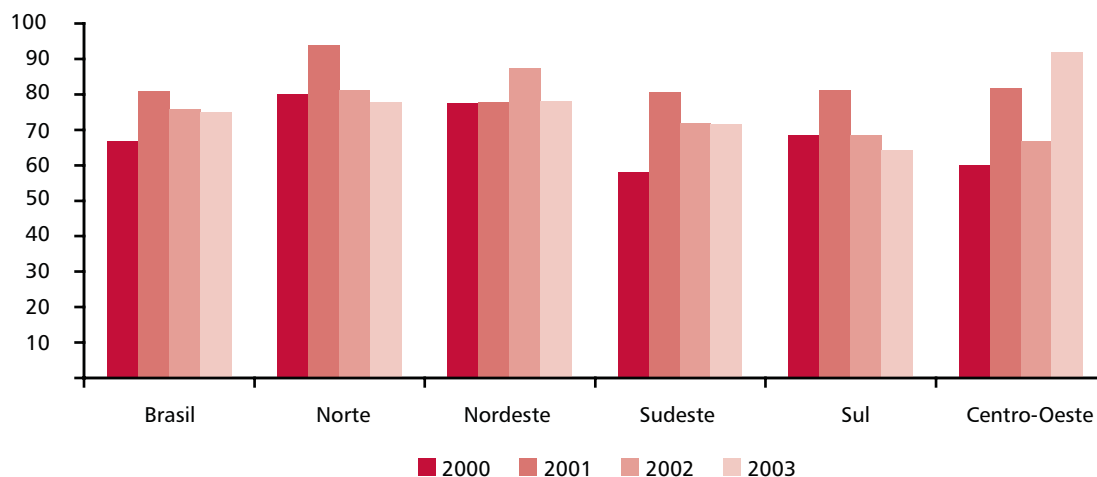
Figura 4.12: Evolução percentual de óbitos de mulheres brancas, segundo causas indiretas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

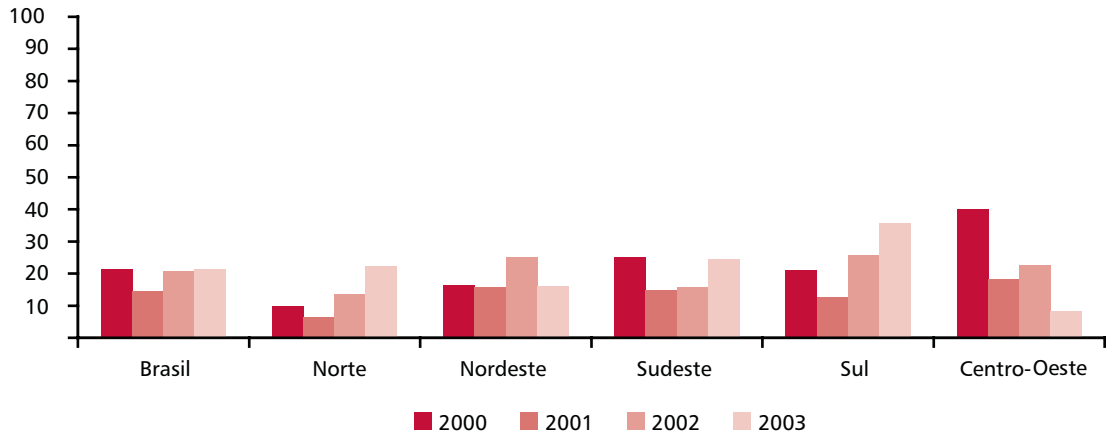
Entre as mulheres pretas observou-se um aumento proporcional de óbitos por causas diretas (12,3%) e uma pequena redução entre as causas indiretas (0,4%). A Região Centro-Oeste apresentou um aumento proporcional superior a 50% entre as causas diretas e uma redução de 79% entre as indiretas. Por outro lado, na Região Sul verificou-se uma redução de 6% de óbitos por causas diretas e um aumento das causas indiretas (Figuras 4.13 e 4.14).

Figura 4.13: Evolução percentual de óbitos de mulheres pretas, segundo causas diretas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

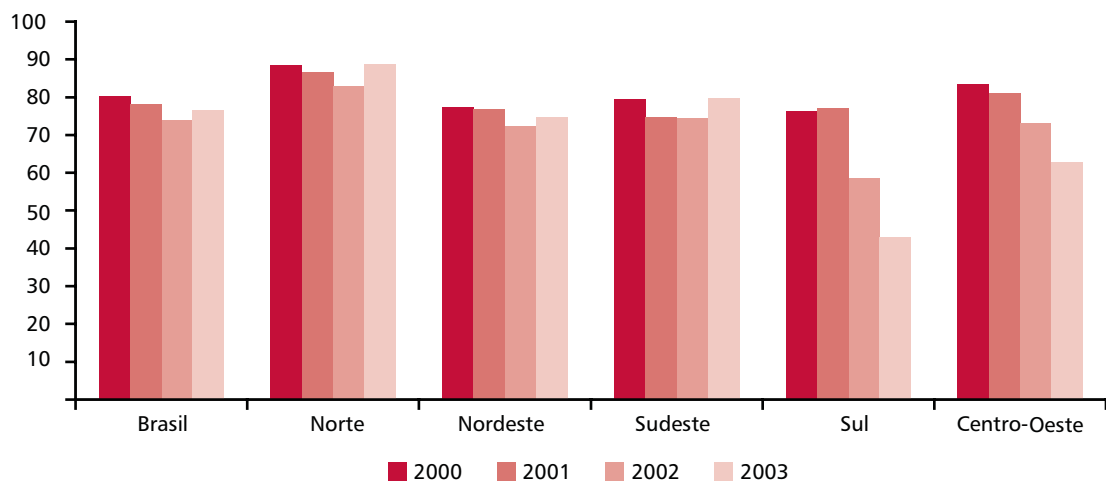
Figura 4.14: Evolução percentual de óbitos de mulheres pretas, segundo causas indiretas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

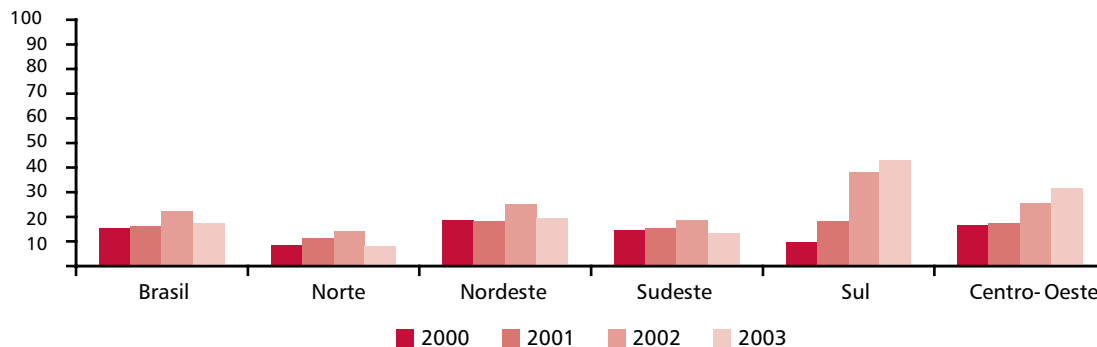
As mulheres pardas apresentaram uma redução proporcional das causas diretas de 4,8%, sendo mais acentuada na Região Sul (43,8%). As causas indiretas aumentaram, exceto nas regiões Norte e Sudeste. Destacou-se o aumento proporcional de óbitos por causas indiretas verificado na Região Sul, passando de 87 para 124 casos (Figuras 4.15 e 4.16).

Figura 4.15: Evolução percentual de óbitos de mulheres pardas, segundo causas diretas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.16: Evolução percentual de óbitos de mulheres pardas, segundo causas indiretas. Brasil e regiões, 2000-2003.

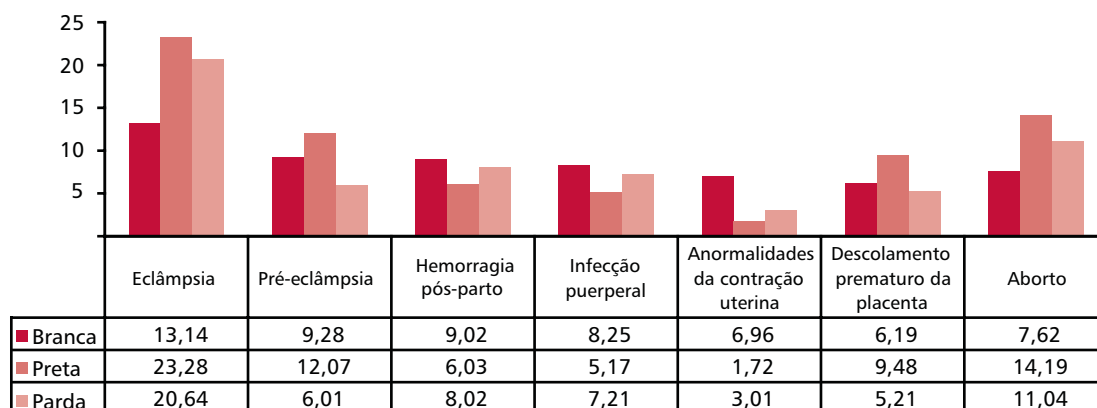


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Os óbitos por aborto

Em 2003, dentre as causas diretas, a doença hipertensiva específica da gestação (a eclâmpsia, O15, e a pré-eclâmpsia, O14) representou a primeira causa de óbito, entre todas as categorias de raça/cor consideradas. Entre as mulheres brancas esse tipo de causa representou 22,4%, entre as pretas 35,3% e entre as mulheres pardas a participação foi de 26,7%. Entre as mulheres pretas, o deslocamento prematuro da placenta também foi superior ao observado entre as mulheres brancas e pardas. Os óbitos por aborto apresentaram maior participação entre as mulheres pretas e pardas (14,2% e 11%, respectivamente) (Figura 4.17).

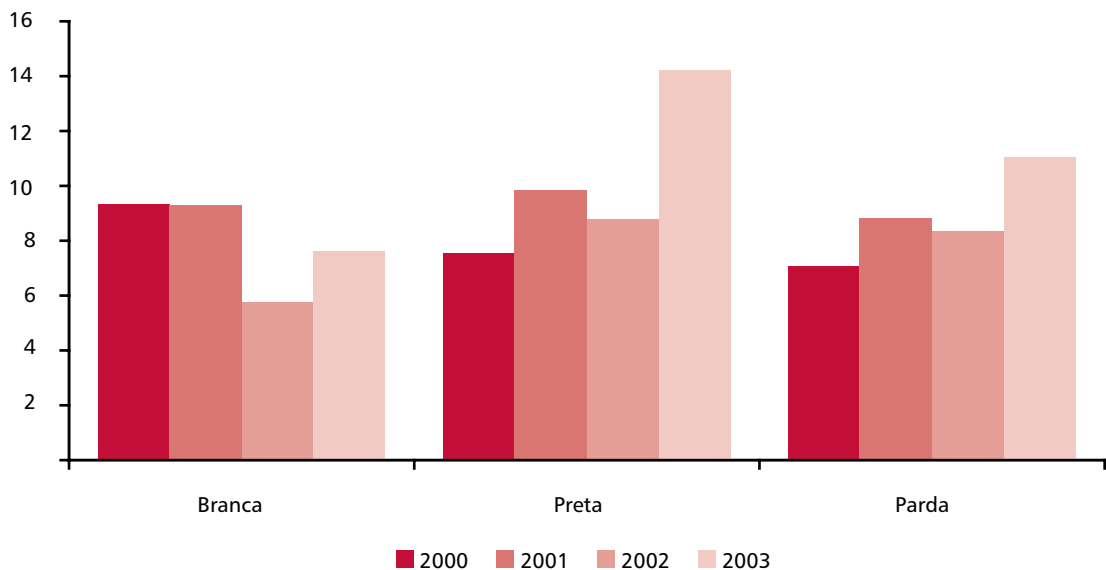
Figura 4.17: Distribuição percentual de óbitos de mulheres, segundo causas diretas selecionadas por raça/cor. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Os óbitos por aborto passaram de 128 casos em 2000 para 152. Mesmo com a elevada subnotificação desse tipo de causa, ainda assim é considerável a sua participação no grupo de causas diretas. Entre 2000 e 2003, observou-se uma redução da distribuição percentual dos óbitos por aborto entre as mulheres brancas. Já entre as pretas e pardas houve um aumento, sendo acentuado entre as mulheres pretas, cujo aumento chegou a 88%, passando de 12 para 22 casos no período (Figura 4.18).

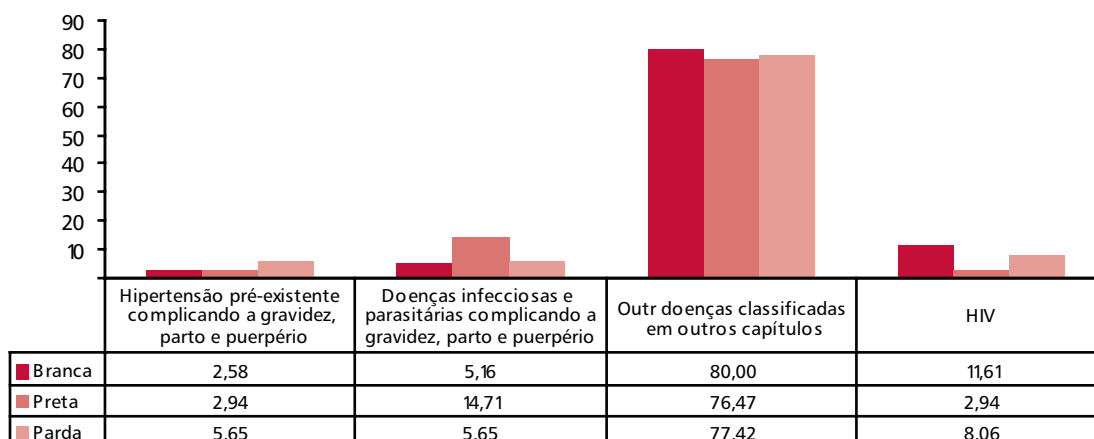
Figura 4.18: Distribuição percentual de óbitos decorrentes de aborto, segundo raça/cor. Brasil, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Em 2003, dentre as causas indiretas, as que mais se destacaram foram as classificadas no código O99 (outras doenças classificadas em outros capítulos: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, anemias, defeitos de coagulação, entre outras). As doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, parto e puerpério ficaram em segundo lugar, destacando-se entre as mulheres pretas. Os óbitos pelo HIV apresentaram maior proporção entre as grávidas de cor branca, seguido das grávidas pardas. Os óbitos decorrentes de hipertensão pré-existente foi superior entre as mulheres pardas (Figura 4.19).

Figura 4.19: Distribuição percentual de óbitos de mulheres, segundo causas indiretas selecionadas por raça/cor. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Conclusões

A mortalidade materna é um indicador consistente para avaliar as condições de saúde de uma população, retratando as iniquidades existentes. A morte de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao aborto, ao parto e ao puerpério é em sua grande maioria evitável. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativo de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito entre as mulheres em idade fértil. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, na maioria dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

A estabilização da mortalidade materna, a partir de 2000, pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. No entanto, os números demonstram que a situação ainda é inaceitável, pois em países desenvolvidos a RMM oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

O sub-registro e as informações inadequadas ainda são uma realidade, o que torna de grande importância o papel dos comitês de mortalidade materna, uma vez que por meio deles há um resgate da informação, bem como uma discussão importante no sentido de se conhecer e procurar identificar os motivos do óbito, contribuindo na prevenção de casos semelhantes. A precariedade das informações pertinentes ao quesito raça/cor dificulta uma análise mais consistente sobre a saúde de mulheres considerando essa variável. Os resultados reforçam que há uma maior prevalência de hipertensão arterial durante a gravidez entre negras, uma das principais causas de morte materna no Brasil.

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente. Os resultados encontrados devem ser considerados com certo cuidado, uma vez que são afetados pelo pequeno número de eventos notificados.

Na análise dos dados deve-se ainda considerar a heterogênea incorporação dos resultados das investigações realizadas pelos Comitês de Mortalidade Materna ao SIM, dificultando a comparabilidade dos dados das diferentes regiões e estados. Muitos estados apresentam maiores coeficientes devido à adoção de investigação sistemática e melhoria de suas bases de dados.

Esses resultados apontam a grave situação da mortalidade materna no País, mostrando a preponderância das causas diretas, visto que na maioria constituem-se em causas de óbito evitáveis. Torna-se fundamental, com vistas a reduzir a mortalidade materna, garantir uma atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referência às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade do parto e puerpério e tratamento das emergências obstétricas.

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Introdução

A mortalidade infantil representa problema de saúde pública prioritário para o governo brasileiro, pois é importante indicador das condições de saúde, ambientais como também do nível socioeconômico da população.

As causas de mortalidade infantil no Brasil também se alteraram ao longo das últimas décadas. Nos anos 80 as principais causas de óbitos estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas, que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gravidez, parto e nascimento, respondendo por mais de 50 % das causas de óbitos no primeiro ano de vida.

Fonte dos dados e metodologia

Os resultados apresentados são provenientes do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ambos gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, e estimativas do IBGE. O SIM e Sinasc/MS referem-se a dados diretos, coletados respectivamente da Declaração de Óbito e da Declaração de Nascido Vivo. O IBGE realiza estimativas a partir dos censos decenais e PNADS.

Tem ocorrido um progressivo aperfeiçoamento dos sistemas de informação que fornecem dados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil (TMI) – o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) –, resultando em crescente cobertura e melhora da qualidade do trabalho. Entretanto, ainda existem problemas nestes sistemas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Comparando-se os dados registrados no SIM e Sinasc/MS com aqueles estimados pelo IBGE, pode-se estimar o percentual de cobertura dos primeiros. Adotando-se este critério pode-se inferir que a cobertura dos nascidos vivos na Região Nordeste em 1996 foi de 68,4% e em 2000 foi de 80,7%. Na Região

Norte, a cobertura foi de 70,4% e 79,8%, em 1996 e 2000, respectivamente. Mesmo com essa evolução, esta cobertura ainda encontra-se insuficiente para o cálculo da mortalidade infantil dessas regiões usando-se apenas os dados diretos.

Em função dessas questões adotou-se a metodologia desenvolvida pelo Grupo Técnico da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), segundo a qual, para utilizar os dados diretos de um determinado estado, essas informações deveriam atender a dois critérios: a cobertura dos óbitos de menores de um ano e a regularidade da informação. Assim, de acordo com esses critérios, para os estados da Região Sul e da Região Sudeste (exceto Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal), foram utilizados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil os dados do SIM e do Sinasc. Para os estados do Acre, Roraima, Amapá, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Sergipe e Goiás são utilizados os dados de nascidos vivos do Sinasc, e para óbitos de menores de um ano os dados do IBGE. Para os demais estados são utilizados os dados do IBGE.

O texto a seguir detalha a evolução da mortalidade infantil e seus componentes por estado entre 2000 e 2003, apresentando também os principais grupos de causas de mortalidade infantil proporcional e seus componentes.

São apresentados ainda os seguintes dados da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (<6 dias), mortalidade neonatal tardia (7 a 28 dias) e pós-neonatal (28 dias a um ano). Estes dados foram retirados do SIM/Sinasc. Naqueles estados onde foram adotadas as estimativas do IBGE para o cálculo da mortalidade infantil e seus componentes (<6 dias, 7 a 28 dias e 28 dias a um ano), empregou-se a mesma distribuição percentual de cada grupo etário encontrada nos dados do SIM e Sinasc. Admite-se com esta metodologia que possa ocorrer uma redução do coeficiente pós-neonatal (28 dias a um ano), em função da maior subnotificação desses óbitos pela sua maior ocorrência nos domicílios, entretanto, optou-se por adotar este critério porque o IBGE não estima os componentes da mortalidade infantil.

O texto também apresenta uma análise da mortalidade proporcional por raça/cor, considerando o quesito raça/cor existente nas declarações de óbito e de nascimento.

Na análise apresentada serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo” e “negro”, representando os resultados encontrados para as populações de raça/cor branca, preta, parada e negra. Os negros são resultados dos pretos mais pardos.

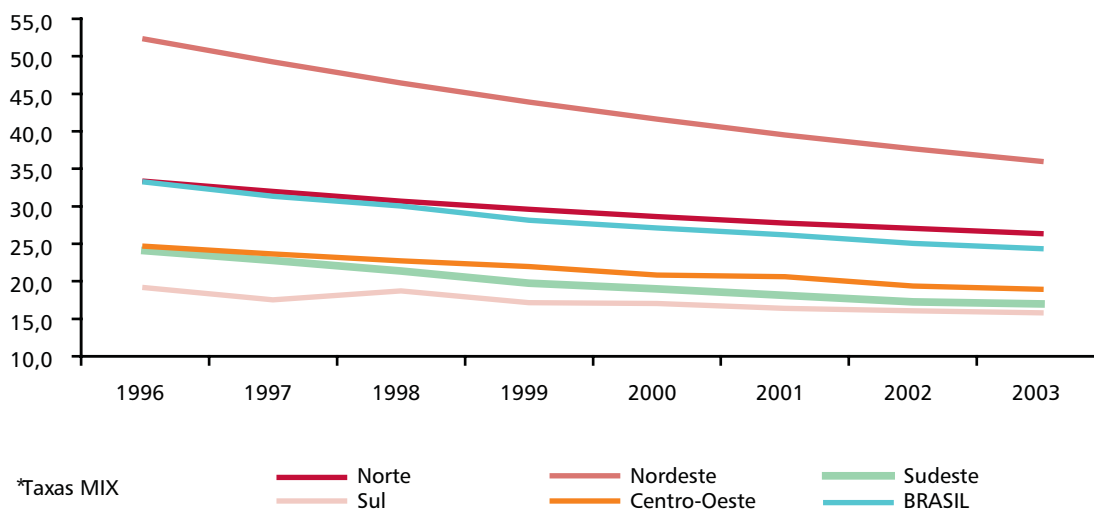
Resultados

As taxas de mortalidade infantil passaram de 33,2/1.000 nascidos vivos em 1996 para 24,4/1.000 nascidos vivos em 2003. Em 2002 a taxa de mortalidade infantil foi de 25,1 por 1.000 nascidos vivos (Figura 4.20).

A mortalidade na infância apresentou uma redução de 15,3% entre 1996 e 2002, segundo estimativas do IBGE. Entre 1996 e 2002, as taxas se apresentaram mais elevadas na Região Nordeste. Em 2002, por exemplo, enquanto a taxa de mortalidade na infância foi de 33,7/1000 nascidos vivos no Brasil, a taxa para o Nordeste foi de 48,1/1.000 nascidos vivos.

Alguns programas e ações adotadas no período contribuíram para o declínio acentuado dos óbitos infantis, como por exemplo os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – que contempla, entre outras ações, a atenção ao pré-natal –, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e, mais recentemente, a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) – que abrangem ações como a terapia de reidratação oral (TRO), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o incentivo ao aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil –, além de intervenções sociais, como a ampliação do saneamento básico e fatores demográficos como a redução da fecundidade (Costa, 2003)¹.

Figura 4.20: Evolução da taxa de mortalidade infantil. Brasil, 1996-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

¹ Costa, MCN et al. Mortalidade no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Revista de Saúde Pública, p. 37(6); 699-709, 2003.

Analisando-se a mortalidade infantil proporcional, o grupo de causas com maior volume de óbitos no período analisado, no Brasil, constitui-se das afecções geradas no período perinatal. Em 1996, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, esse grupo de causa também se destacou em primeiro lugar. Nas regiões Norte e Nordeste as causas mal definidas se destacaram, com mais de 10% em todo o período o analisado. A tabela 4.19 apresenta a distribuição de mortalidade infantil proporcional das crianças com menos de um ano de idade no Brasil, entre 1996 e 2003. A mortalidade proporcional nos informa sobre a distribuição de óbitos por grupos de causas definidas, dentre o total de óbitos, portanto não nos informa sobre o risco de morte por determinada causa.

Tabela 4.19: Mortalidade infantil proporcional segundo principais grupos de causas. Regiões, Brasil, 1996, 2000 e 2003.

Região/Grupo de Causas	1996					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Doenças infecciosas	12,01	15,12	9,16	8,44	10,37	11,22
Afecções perinatais	51,69	40,56	55,68	48,76	53,89	49,71
mal definidas	15,93	25,98	5,26	6,66	6,01	12,76
Aparelho respiratório	7,75	6,80	9,97	11,12	8,04	8,83
Região/Grupo de Causas	2000					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Doenças infecciosas	8,24	10,08	5,99	6,24	7,88	7,85
Afecções perinatais	55,74	48,54	57,80	53,78	55,47	53,65
mal definidas	14,46	21,82	5,73	5,23	4,11	12,30
Aparelho respiratório	7,02	5,88	7,79	7,50	6,50	6,91
Região/Grupo de Causas	2003					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Doenças infecciosas	8,59	10,50	5,25	4,49	5,97	7,58
Afecções perinatais	54,40	53,15	58,04	55,20	57,61	55,45
mal definidas	12,20	12,76	4,31	5,24	2,54	8,39
Aparelho respiratório	7,66	6,29	6,91	6,55	5,97	6,66

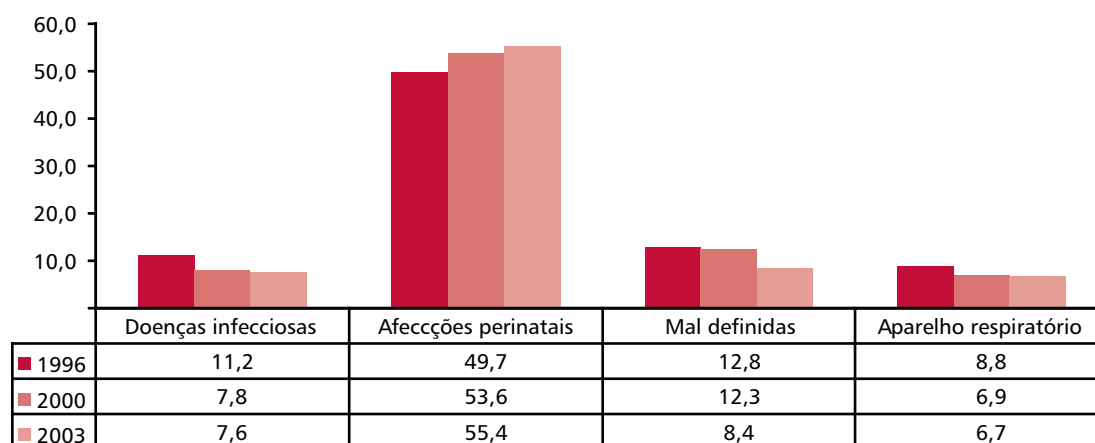
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Pode-se verificar a mudança da distribuição proporcional entre as causas ao longo das últimas décadas. Em 1996, as doenças perinatais foram as que mais se destacaram (49,7%). Ao longo das últimas duas décadas, o peso desta causa de óbito aumentou proporcionalmente, representando mais de 50% das causas em 2003 (Figura 4.21). Por outro lado, as doenças infecciosas que representavam cerca de 11% da mortalidade proporcional em 1996 passaram a representar 7,6% em 2003. Os dados apontam ainda a melhora da qualidade da captação das informações do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), uma vez que as causas mal definidas foram reduzidas de 12,8% para 8,4% entre 1996 e 2003, ou seja, 34% (Figura 4.21).

Considerando as faixas de idade, observou-se uma mudança na distribuição interna dos componentes da mortalidade infantil, ocorrendo um aumento do componente neonatal precoce e, por outro, uma redução no componente pós-neonatal (Figura 4.22).

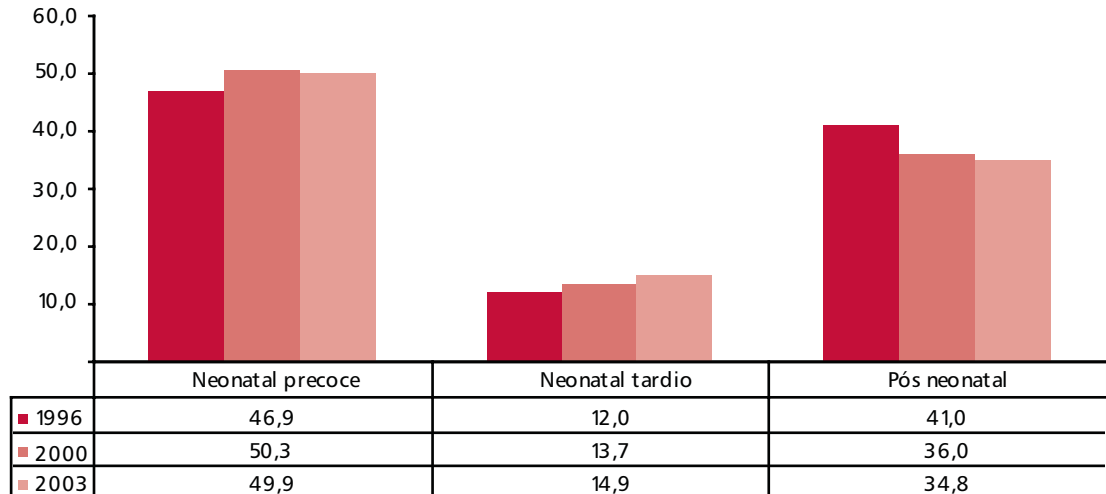
Dentre as causas da mortalidade neonatal precoce, as afecções perinatais apresentaram o maior percentual em todos os anos analisados, permanecendo acima de 80% no período analisado. As máis formações congênicas aumentaram sua distribuição proporcional, passando de 10% dos óbitos em 1996 para 13,3% em 2003 (Figura 4.23).

Figura 4.21: Distribuição percentual dos óbitos infantis segundo causas selecionadas. Brasil, 1996, 2000 e 2003.



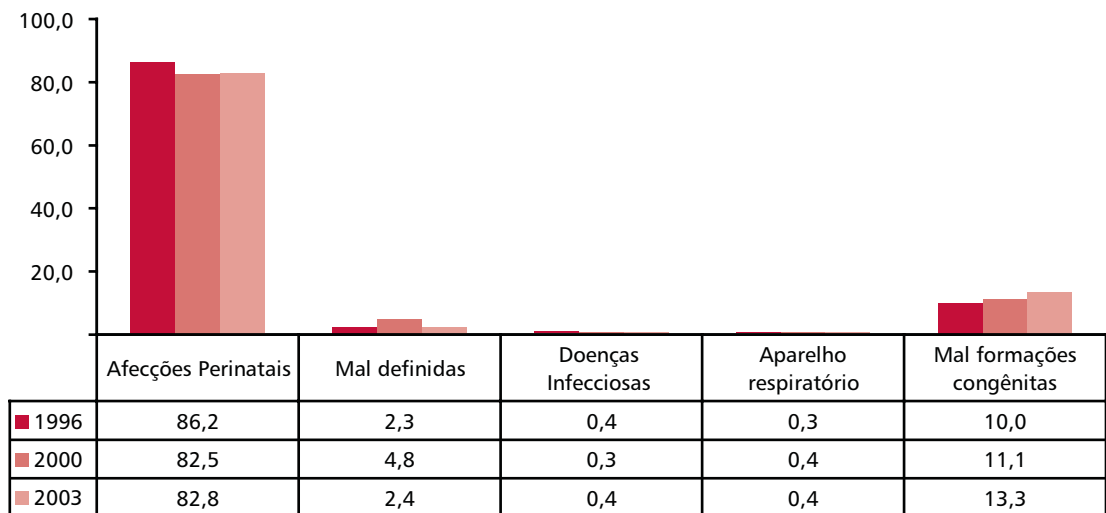
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.22: Distribuição percentual dos óbitos infantis segundo grupos de idade. Brasil, 1996, 2000 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

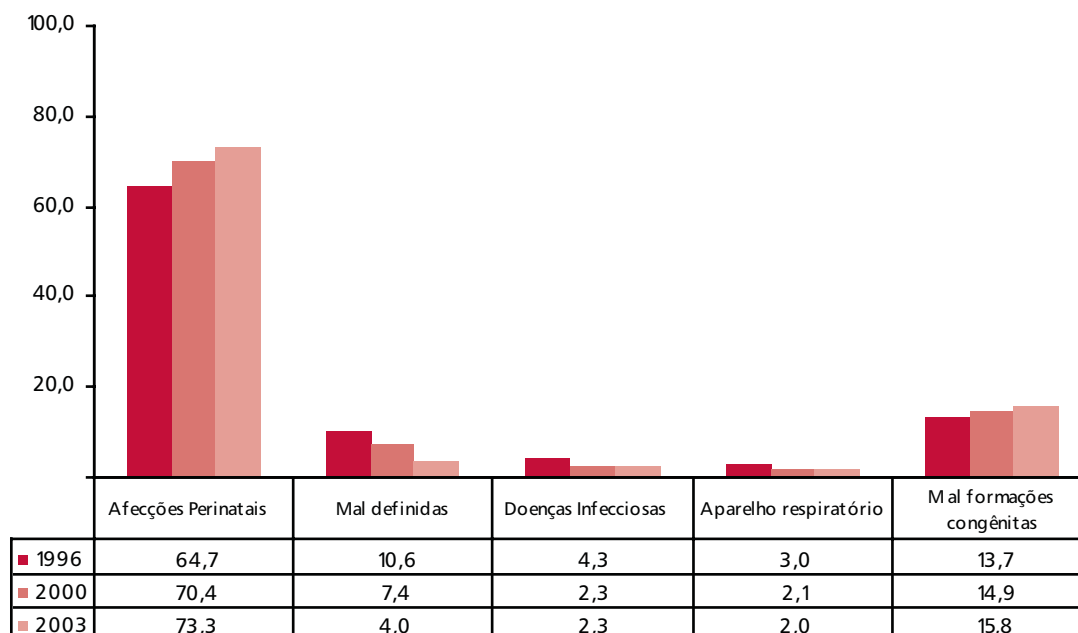
Figura 4.23: Distribuição percentual dos óbitos neonatais precoces, segundo causas selecionadas. Brasil, 1996, 2000 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Entre as causas de óbito do período neonatal tardio, as afecções perinatais foram as que mais se destacaram, apresentando o maior percentual em todos os anos analisados, passando de 64,7% dos óbitos em 1996 para 73,3% em 2003. As má-formações congênicas aumentaram sua distribuição proporcional passando de 13,7% dos óbitos em 1996 para 15,8% em 2003. As doenças infecciosas reduziram a sua distribuição proporcional passando de 4,3% dos óbitos em 1996 para 2,3% em 2003. As causas mal definidas apresentaram a maior redução no período (46,7%) (Figura 4.24).

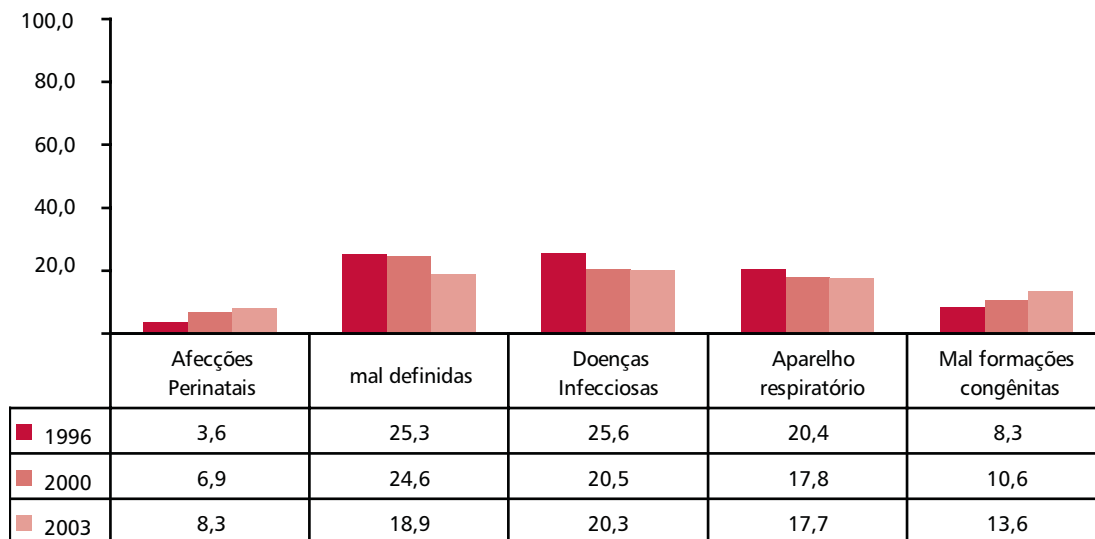
Figura 4.24: Distribuição percentual dos óbitos em crianças no período neonatal tardio, segundo causas selecionadas. Brasil, 1996, 2000 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Entre as crianças no período pós-neonatal, houve um aumento da proporção de óbitos por afecções perinatais, assim como os devidos à má-formação congênita. A mortalidade proporcional por causas infecciosas foi reduzida de 25,6% para 20,3% entre 1996 e 2003. As causas mal definidas reduziram de 25,3% para 18,9%, mas mantêm a importância no grupo, possivelmente resultante da falta ou qualidade precária de assistência e óbitos domiciliares, bem como da qualidade das informações fornecidas pelos serviços (Figura 4.25).

Figura 4.25: Distribuição percentual dos óbitos em crianças no período pós-neonatal, segundo causas selecionadas. Brasil, 1996, 2000 e 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Risco de morte

A seguir analisaremos as taxas de mortalidade infantil e seus componentes no Brasil, regiões e estados entre 2000 e 2003. As taxas de mortalidade infantil foram reduzidas em todos os estados do País. A maior redução ocorreu na Região Nordeste (13,5%) e a menor na Região Sul (7,3%). O Ceará, Paraná e Mato Grosso do Sul foram os estados que apresentaram as maiores reduções no período analisado (Tabela 4.20).

Entre 2000 e 2003 os óbitos de crianças no período neonatal precoce foram reduzidos em todas as regiões. Os estados que apresentaram maior declínio foram Amapá, Alagoas e Mato Grosso do Sul, com reduções acima de 23% (Tabela 4.21).

Entre as crianças no período neonatal tardio a evolução da mortalidade foi distinta entre as regiões. Enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste verificou-se uma redução das taxas de mortalidade, no Sul as taxas aumentaram e na Região Sudeste as taxas permaneceram estáveis. A maior redução foi verificada em Roraima (54%). No Amazonas e em Alagoas a redução foi superior a 14%. O maior aumento ocorreu no Estado do Amapá, com 32% entre 2000 e 2003 (Tabela 4.22).

Tabela 4.20: Taxa de mortalidade infantil. Estados, regiões, Brasil, 2000-2003.

Grandes Regiões e Estados	2000	2001	2002	2003	Varição 2000/2003
BRASIL	27,1	26,2	25,1	24,3	-10,2
Norte	28,7	27,8	27,1	26,4	-8,0
Rondônia	25,1	24,3	23,7	23,2	-7,6
Acre **	35,5	34,3	33,2	32,3	-9,0
Amazonas	29,3	28,5	27,8	27,1	-7,3
Roraima **	19,7	18,8	18,0	17,3	-12,2
Pará	29,0	28,1	27,3	26,5	-8,6
Amapá **	26,0	25,3	24,8	24,3	-6,5
Tocantins	29,6	28,8	28,2	27,6	-6,6
Nordeste	41,6	39,5	37,6	36,0	-13,5
Maranhão	44,7	42,7	40,9	39,3	-12,0
Piauí	35,5	33,7	32,1	30,7	-13,5
Ceará	37,1	34,9	32,9	31,3	-15,6
Rio Grande do Norte **	41,7	39,9	38,3	36,9	-11,5
Paraíba	43,9	41,7	39,7	37,9	-13,6
Pernambuco **	43,5	41,6	40,0	38,5	-11,4
Alagoas	58,8	55,6	52,6	50,0	-14,9
Sergipe **	43,4	41,9	40,6	39,4	-9,1
Bahia	37,8	35,9	34,1	32,5	-13,9
Sudeste	19,0	18,1	17,2	17,0	-10,6
Minas Gerais	21,9	21,1	20,4	19,8	-9,3
Espírito Santo*	18,8	17,9	16,1	16,4	-13,2
Rio de Janeiro*	19,7	18,2	17,9	17,7	-10,4
São Paulo*	17,3	16,5	15,3	15,2	-12,4
Sul	17,0	16,4	16,0	15,8	-7,3
Paraná *	19,6	17,5	16,8	16,5	-15,8
Santa Catarina*	15,7	15,5	15,3	14,1	-10,2
Rio Grande do Sul*	15,1	15,8	15,6	16,0	5,4
Centro-Oeste	20,8	20,6	19,4	18,9	-9,0
Mato Grosso do Sul*	23,8	24,0	20,3	20,1	-15,7
Mato Grosso	22,9	22,2	21,5	21,0	-8,3
Goiás	21,5	21,0	20,4	20,0	-7,2
Distrito Federal*	14,4	15,2	13,6	13,3	-7,6

* dados do SIM e Sinasc.

** dados do Sinasc.

Demais estados dados do IBGE.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.21: Taxa de mortalidade neonatal precoce. Estados, regiões, Brasil – 2000 a 2003.

Região e UF	2000	2001	2002	2003	Varição 2000/2003
BRASIL	13,6	13,4	12,6	12,1	-11,0
Norte	14,7	14,5	13,6	13,3	-9,6
Rondônia	14,7	14,1	13,8	13,6	-7,9
Acre **	16,5	17,8	15,4	15,6	-5,0
Amazonas	13,9	13,5	13,3	12,1	-12,6
Roraima **	7,4	9,0	6,8	7,4	0,3
Pará	15,1	14,9	13,9	13,7	-9,1
Amapá **	18,0	15,2	13,3	13,8	-23,4
Tocantins	14,7	14,9	14,2	13,7	-6,8
Nordeste	19,8	19,6	18,4	17,6	-11,0
Maranhão	20,7	19,7	18,8	18,0	-13,3
Piauí	19,2	18,5	17,1	16,4	-14,2
Ceará	16,6	16,0	15,2	14,4	-13,5
Rio Grande do Norte **	21,0	21,1	20,3	19,9	-5,3
Paraíba	19,5	21,7	19,6	18,5	-4,8
Pernambuco **	19,4	19,9	17,4	17,2	-11,0
Alagoas	25,7	22,7	21,6	19,7	-23,4
Sergipe **	22,7	22,8	22,4	20,1	-11,3
Bahia	19,4	19,5	18,6	18,2	-5,9
Sudeste	10,0	9,4	9,0	8,7	-13,2
Minas Gerais	12,4	11,6	11,4	10,9	-12,2
Espírito Santo *	9,9	8,9	8,7	8,3	-15,9
Rio de Janeiro *	10,2	9,7	9,3	9,1	-11,1
São Paulo *	8,9	8,2	7,7	7,4	-15,8
Sul	8,6	8,2	7,8	7,6	-11,4
Paraná *	10,5	9,2	8,8	8,5	-18,6
Santa Catarina *	7,9	8,1	7,8	7,2	-8,5
Rio Grande do Sul *	6,9	7,3	6,7	6,8	-2,7
Centro-Oeste	10,8	11,2	10,0	9,7	-10,0
Mato Grosso do Sul *	12,0	12,9	10,2	9,1	-24,7
Mato Grosso	11,5	12,3	11,8	10,6	-7,8
Goias	10,9	11,5	10,5	10,9	0,3
Distrito Federal *	8,9	7,8	6,7	7,1	-20,1

* dados do SIM e Sinasc.

** dados do Sinasc.

Demais estados dados do IBGE.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 4.22: Taxa de mortalidade neonatal tardia. Estados, regiões, Brasil – 2000 a 2003.

Região e UF	2000	2001	2002	2003	Varição 2000/2003
BRASIL	3,7	3,7	3,7	3,6	-2,3
Norte	3,8	3,6	3,7	3,6	-6,4
Rondônia	2,7	2,4	2,3	2,5	-6,9
Acre **	3,5	3,1	4,9	3,8	7,4
Amazonas	4,4	4,2	3,7	3,7	-14,6
Roraima **	4,2	2,1	3,9	1,9	-54,4
Pará	4,0	3,9	3,7	3,8	-3,9
Amapá **	3,3	3,8	4,2	4,4	31,9
Tocantins	3,1	2,6	3,9	3,0	-4,7
Nordeste	4,8	4,5	4,8	4,4	-7,9
Maranhão	4,7	5,0	5,3	4,3	-7,8
Piauí	4,1	3,7	3,8	3,5	-12,7
Ceará	5,3	5,1	5,6	4,7	-10,5
Rio Grande do Norte **	4,7	5,9	4,7	4,7	-0,2
Paraíba	4,8	4,8	4,9	5,1	5,8
Pernambuco **	5,0	4,3	4,6	4,6	-7,2
Alagoas	6,9	6,3	7,6	5,8	-16,3
Sergipe **	5,9	4,2	3,8	5,4	-9,6
Bahia	3,9	3,7	4,0	3,6	-5,7
Sudeste	2,9	3,0	2,8	2,9	0,3
Minas Gerais	2,7	2,8	2,9	2,8	5,3
Espírito Santo *	2,6	2,5	2,6	2,6	2,0
Rio de Janeiro *	3,4	3,1	2,8	3,1	-7,3
São Paulo *	2,8	3,0	2,7	2,8	0,2
Sul	2,3	2,4	2,4	2,6	10,8
Paraná *	2,4	2,3	2,6	2,5	1,6
Santa Catarina *	1,7	2,1	1,9	2,0	21,3
Rio Grande do Sul *	2,6	2,7	2,6	3,0	16,7
Centro-Oeste	3,5	3,2	3,2	3,3	-6,2
Mato Grosso do Sul *	3,7	3,0	2,7	3,6	-3,8
Mato Grosso	3,9	3,2	3,1	3,5	-11,6
Goiás	3,6	3,4	3,9	3,5	-4,0
Distrito Federal *	2,7	3,0	2,7	2,5	-10,1

* dados do SIM e Sinasc.

** dados do Sinasc.

Demais estados dados do IBGE.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A mortalidade pós-neonatal foi responsável pela maior redução na taxa de mortalidade infantil no Brasil (13,2%) entre 2000 e 2003. Nesse grupo de idade a Região Nordeste apresentou uma queda mais acentuada (19,2%) (Tabela 4.23).

Tabela 4.23: Taxa de mortalidade pós-neonatal. Estados, regiões, Brasil – 2000-2003.

Região e UF	2000	2001	2002	2003	Varição 2000/2003
BRASIL	9,8	9,1	8,4	8,5	-13,2
Norte	10,1	9,6	10,0	9,4	-6,7
Rondônia	7,6	7,8	7,8	6,8	-10,8
Acre **	15,5	13,5	15,0	12,8	-17,6
Amazonas	11,0	10,7	11,3	11,2	1,9
Roraima **	8,1	7,7	6,1	8,0	-1,2
Pará	9,9	9,2	9,9	9,0	-9,8
Amapá **	4,6	6,3	6,6	6,1	31,9
Tocantins	11,8	11,3	10,8	10,9	-7,2
Nordeste	17,0	15,4	13,9	13,7	-19,2
Maranhão	19,3	18,0	16,2	16,7	-13,4
Piauí	12,2	11,5	11,1	10,7	-12,7
Ceará	15,2	13,8	12,5	11,6	-23,5
Rio Grande do Norte **	16,1	13,0	13,0	12,3	-23,7
Paraíba	19,6	15,2	14,7	14,1	-28,0
Pernambuco **	19,1	17,3	15,9	16,4	-14,4
Alagoas	26,2	26,5	23,5	24,5	-6,3
Sergipe **	14,7	15,0	11,5	13,9	-5,8
Bahia	14,6	12,6	11,2	10,7	-26,9
Sudeste	6,1	5,8	5,0	5,3	-12,2
Minas Gerais	6,8	6,7	5,9	6,0	-12,1
Espírito Santo *	6,4	6,4	4,3	5,4	-15,0
Rio de Janeiro *	6,1	5,5	5,0	5,4	-11,7
São Paulo *	5,6	5,3	4,6	4,9	-13,4
Sul	6,1	5,8	5,4	5,6	-8,6
Paraná *	6,7	6,0	5,2	5,5	-17,7
Santa Catarina *	6,1	5,3	5,2	4,9	-21,0
Rio Grande do Sul *	5,6	5,8	5,8	6,2	10,2
Centro-Oeste	6,9	6,2	6,0	5,8	-16,2
Mato Grosso do Sul *	8,1	8,0	7,4	7,4	-7,7
Mato Grosso	7,5	6,6	6,6	6,7	-10,5
Goiás	7,1	6,0	6,2	5,5	-21,7
Distrito Federal *	5,0	4,3	3,8	3,7	-25,9

* dados do SIM e Sinasc.

** dados do Sinasc.

Demais estados dados do IBGE.

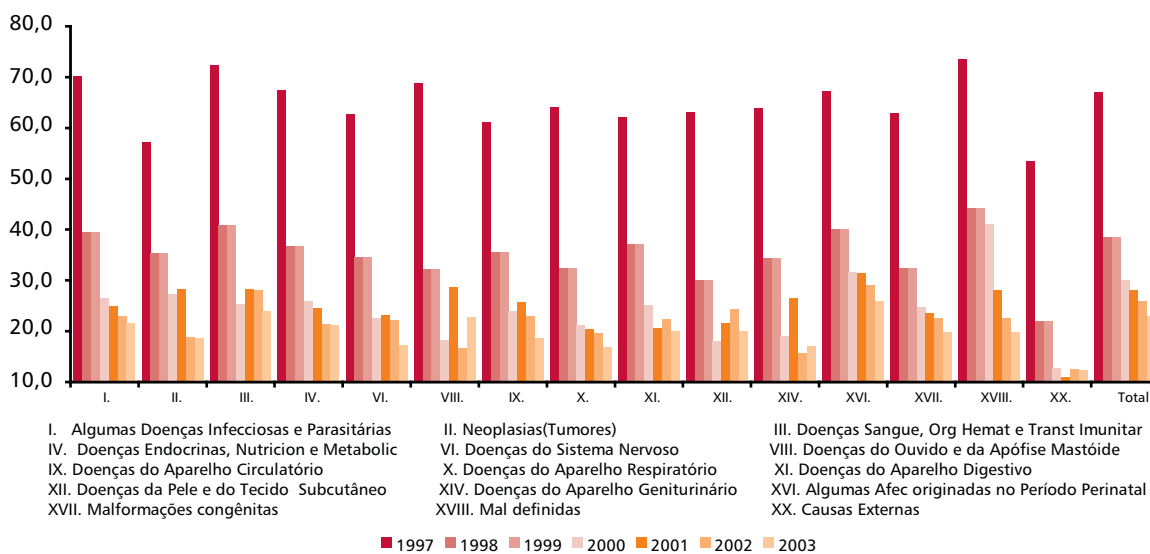
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Mortalidade infantil segundo raça/cor – Brasil e regiões

A análise da mortalidade infantil segundo o quesito raça/cor ainda é pouco utilizada no Brasil. Isto se deve, entre outros fatores, à precariedade das informações. No entanto, cada vez mais se faz necessário esse tipo de análise tendo em vista a necessidade de se atender à crescente demanda.

O estudo foi realizado considerando os resultados a partir de 2000, uma vez que o percentual de preenchimento do quesito raça/cor tanto na declaração de óbitos quanto na de nascidos vivos foi bem menor nos anos anteriores, mesmo considerando os capítulos da CID 10 (Figura 4.26).

Figura 4.26: Evolução percentual dos não-informados do quesito raça/cor, por capítulo da CID 10. Brasil, 1997-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

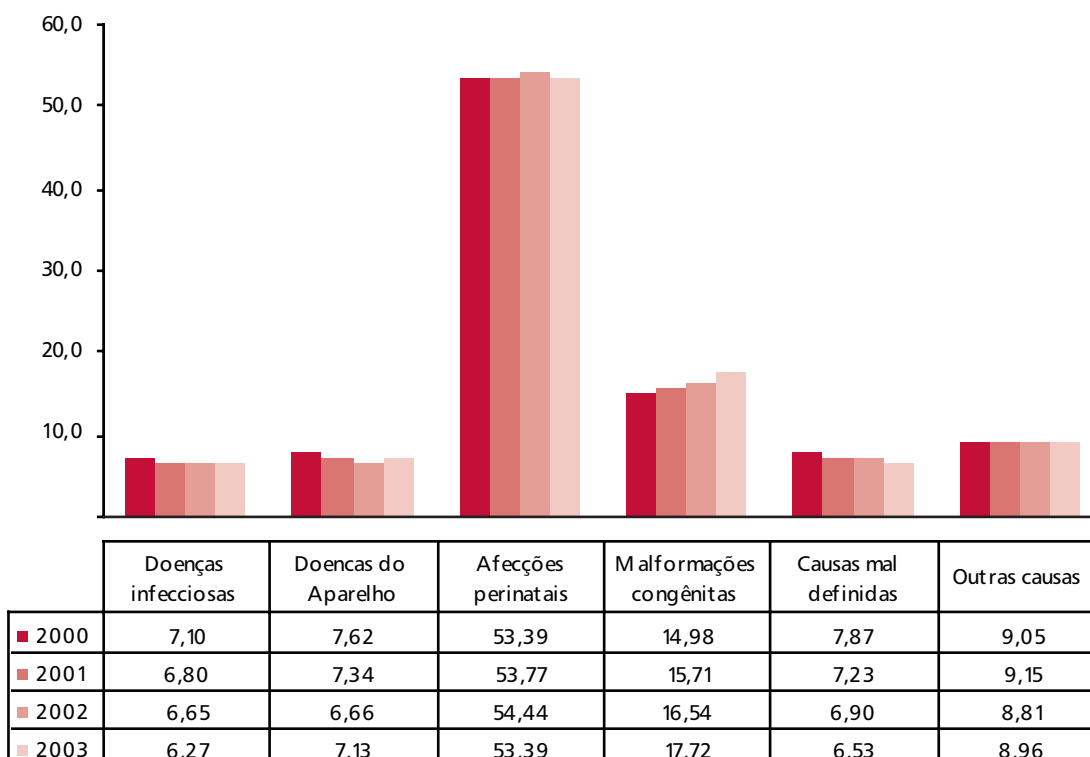
Segundo o estudo da mortalidade proporcional entre as causas definidas, o grupo de causas com maior volume de óbitos entre 2000 e 2003, no Brasil, constitui-se das afecções geradas no período perinatal, tanto entre os menores de um ano pretos e pardos, quanto entre os brancos. Nesse período, a participação deste tipo de causa aumentou entre os pardos 12%, enquanto que entre os brancos e pretos esse grupo de causas diminuiu 14,7% e 6,5% no mesmo período (Figuras 4.27 a 4.29).

A má-formação congênita ficou em segundo lugar em todo o período. O maior aumento proporcional foi verificado entre as crianças pardas (32,5%) e o menor entre as brancas (1%), apesar da maior participação desse tipo de causa entre as crianças brancas (Figuras 4.27 a 4.29).

As causas mal definidas apresentaram redução de 42,8% entre 2000 e 2003. Entre os menores de um ano de cor branca a redução foi de 29,1%; entre os pretos, 22,9% e entre os pardos, 15,4% (Figuras 4.27 a 4.29).

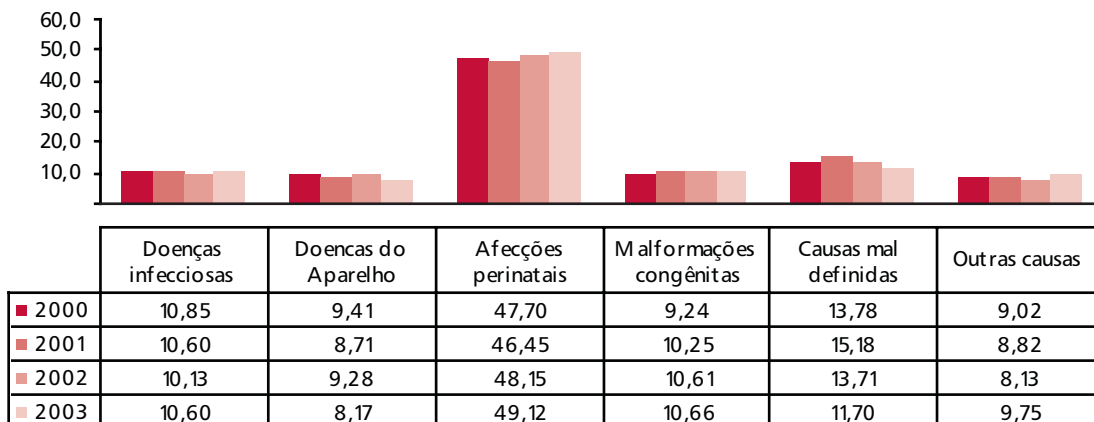
As doenças infecciosas foram reduzidas em 18,6%, entre 2000 e 2003. Entre as crianças brancas a redução foi de 24,6%; entre as pretas a redução foi de 11,2%. Entre as crianças pardas verificou-se uma estabilização no período (Figuras 4.27 a 4.29).

Figura 4.27: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano de raça/cor branca, por causas selecionadas. Brasil, 2000-2003.



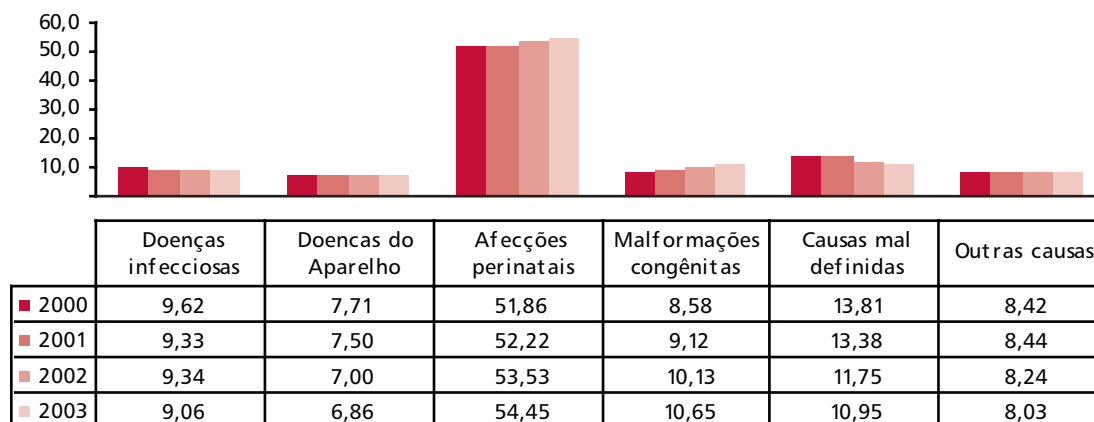
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.28: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano de raça/cor preta, por causas selecionadas. Brasil, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.29: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano de raça/cor parda, por causas selecionadas. Brasil, 2000-2003.

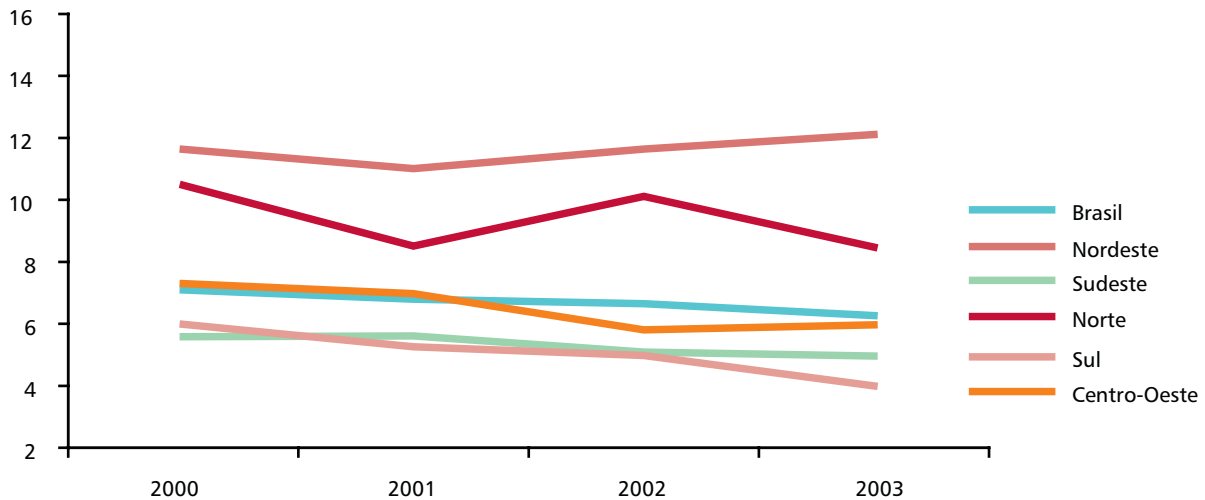


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Entre as crianças brancas, os óbitos por doenças infecciosas apresentaram uma redução em todas as regiões, exceto no Nordeste, cujo aumento proporcional foi de 4% entre 2000 e 2003. Entre as crianças pretas houve redução proporcional nas regiões Nordeste e Sudeste e um aumento proporcional nas demais regiões, sendo mais acentuado na Região Centro-Oeste (36,5%) no mesmo período. Entre os menores de um

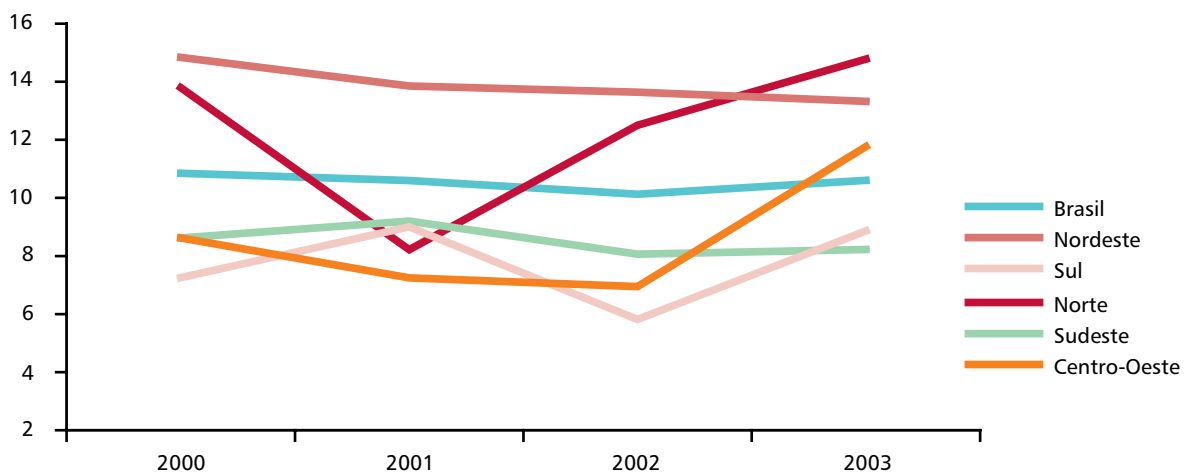
ano pardos, houve um redução em todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o aumento proporcional foi de 6,3% (Figuras 4.30 a 4.32).

Figura 4.30: Evolução da participação dos óbitos por doenças infecciosas em menores de um ano de raça/cor branca. Brasil e regiões, 2000-2003.



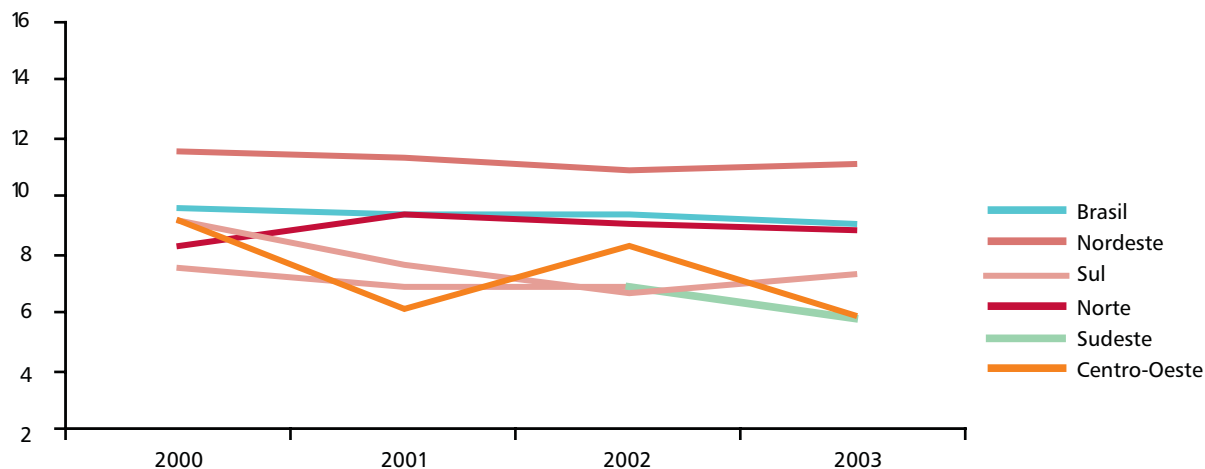
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.31: Evolução da participação dos óbitos por doenças infecciosas em menores de um ano de raça/cor preta, por doenças infecciosas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

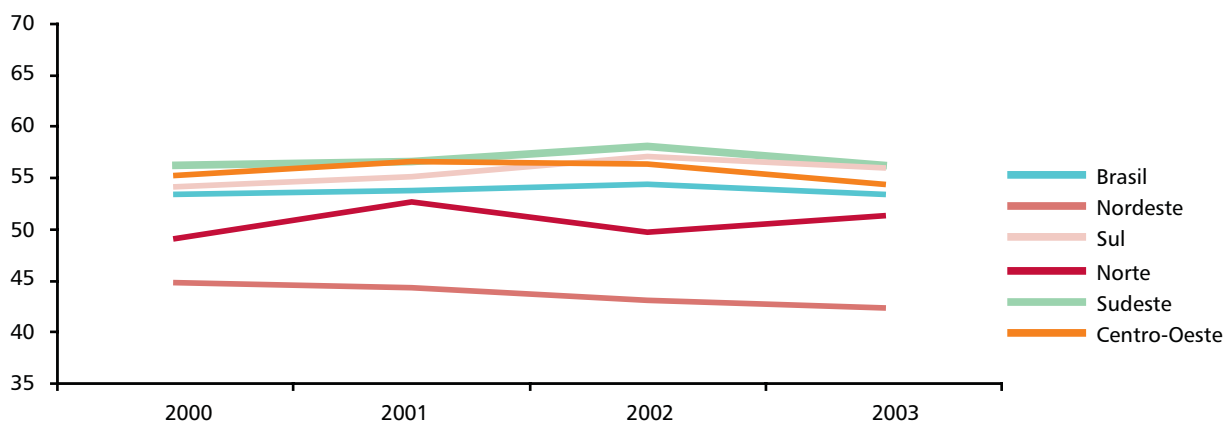
Figura 4.32: Evolução da participação dos óbitos por doenças infecciosas em menores de um ano de raça/cor parda, por doenças infecciosas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

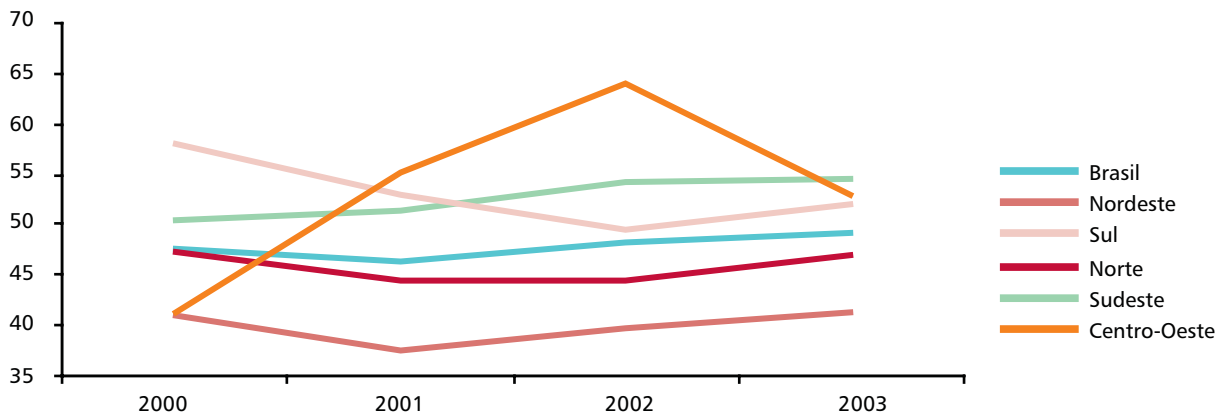
A análise proporcional das causas perinatais apontou que, entre os brancos, a tendência de aumento foi apenas na Região Norte. Por outro lado, entre os negros, com exceção das regiões Sul e Sudeste, as demais também apresentaram essa tendência (Figuras 4.33 a 4.35).

Figura 4.33: Evolução da participação dos óbitos por causas perinatais em menores de um ano da raça/cor branca. Brasil e regiões, 2000-2003.



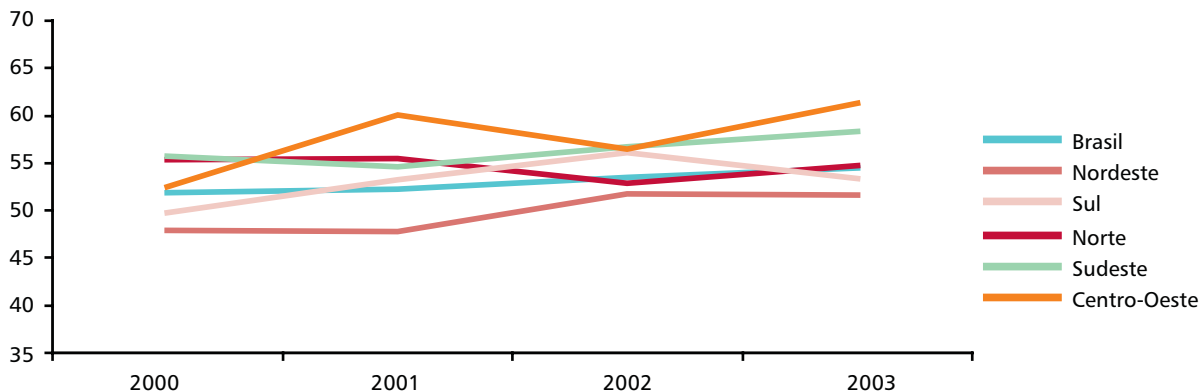
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.34: Evolução da participação dos óbitos por causas perinatais em menores de um ano da raça/cor preta. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.35: Evolução da participação dos óbitos por causas perinatais em menores de um ano da raça/cor parda. Brasil e regiões, 2000-2003.



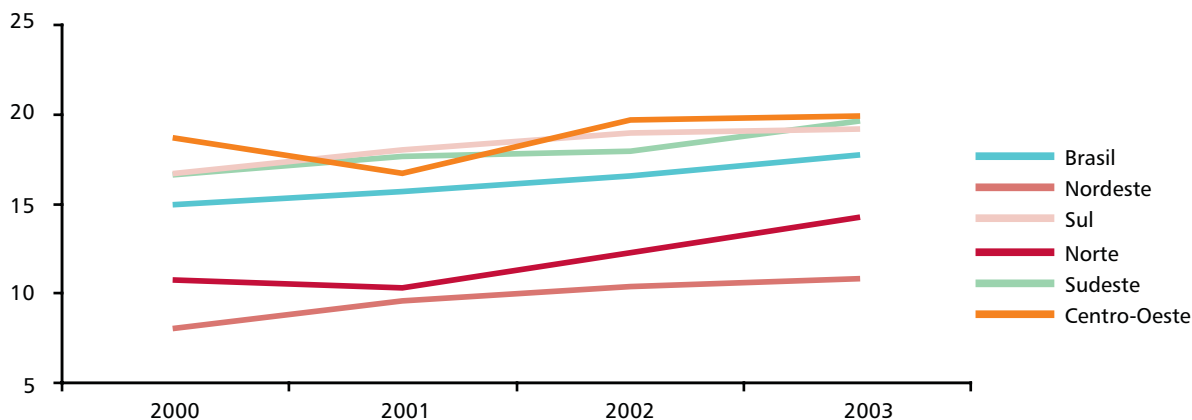
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

As más formações congênitas, em 2003, representaram 13,8% no total de óbitos de crianças menores de um ano.

Entre 2000 e 2003, a variação na mortalidade por este grupo de causa entre as crianças brancas foi de 18,3%. Observou-se um aumento em todas as regiões, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (32,9% e 34,3%, respectivamente) (Figura 4.36).

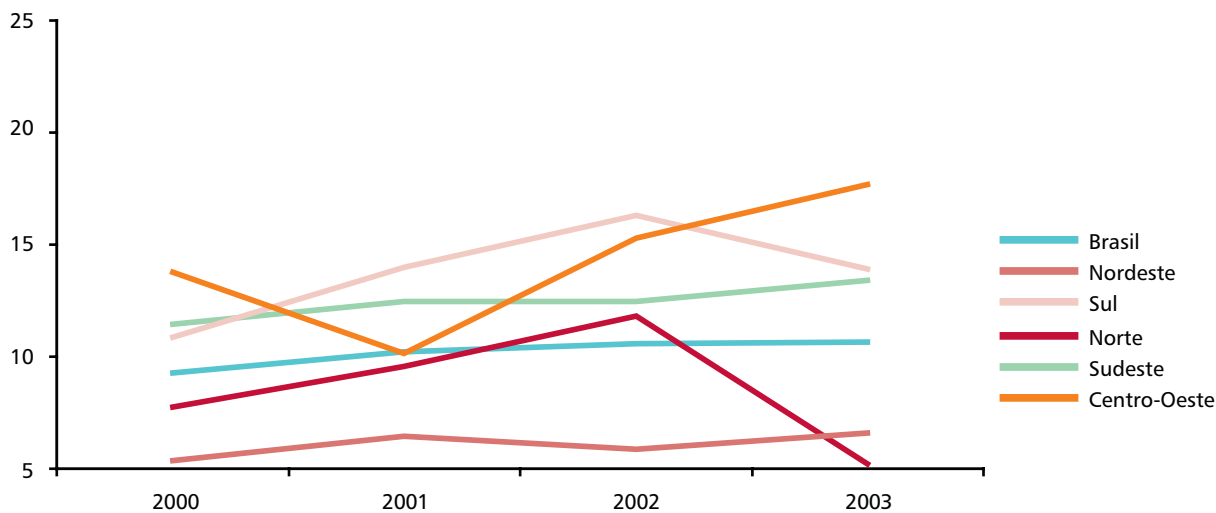
Entre os menores de um ano da cor preta observou-se um aumento percentual em todas as regiões, exceto na Região Norte, onde houve um redução de 32,7% no período (Figura 4.37). Entre os pardos verificou-se um aumento em todas as regiões. (Figura 4.38).

Figura 4.36: Evolução da distribuição percentual de óbitos em menores de um ano da raça/cor branca, por más formações congênitas. Brasil e regiões, 2000-2003.



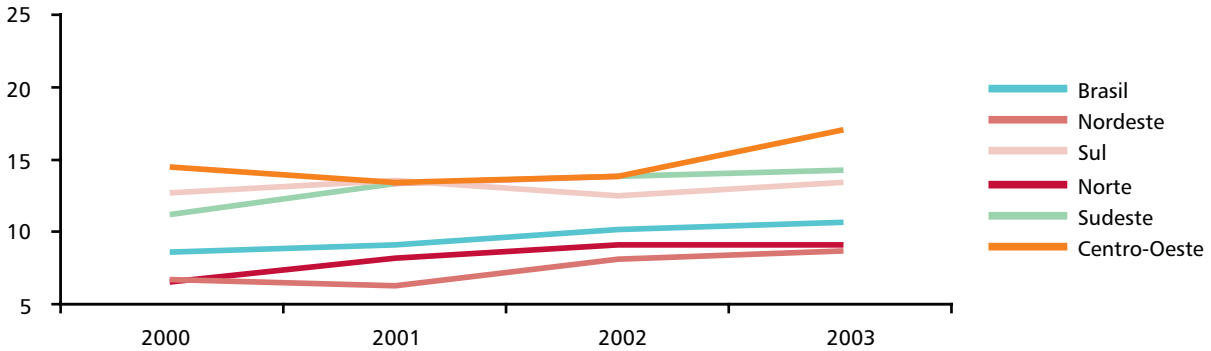
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.37: Evolução da distribuição percentual de óbitos em menores de um ano da raça/cor preta, por más formações congênitas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

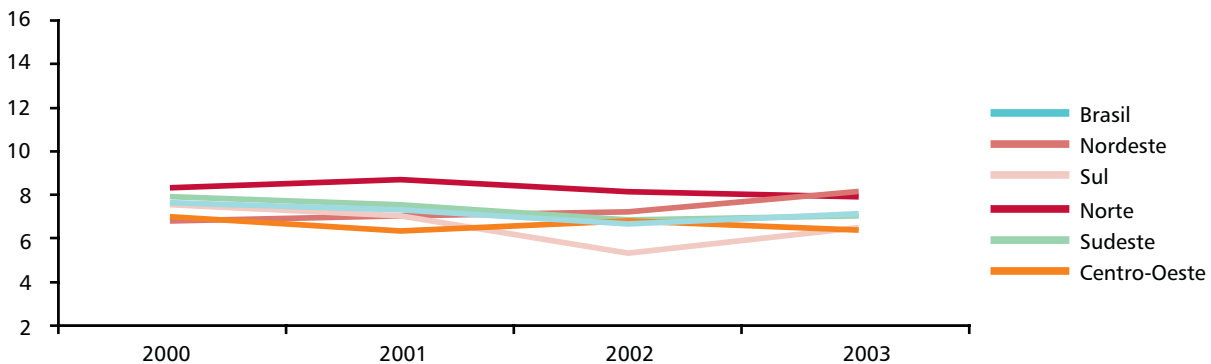
Figura 4.38: Evolução da distribuição percentual de óbitos em menores de um ano da raça/cor parda, por más formações congênitas. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

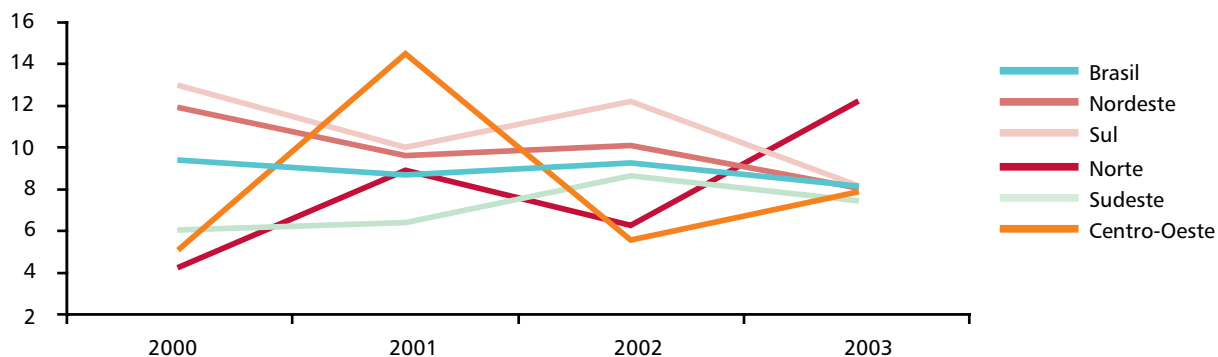
A mortalidade proporcional por doenças do aparelho respiratório apresentou uma redução maior entre as crianças brancas e pretas (20,2% e 21,2%) entre 2000 e 2003. Entre as crianças pardas a redução foi de 5,1%. Entre as brancas observou-se uma redução proporcional em todas as regiões, exceto no Nordeste, entre 2000 e 2003 (Figura 4.39). Entre os menores de um ano da cor preta, a grande variação observada na Região Norte no período deve-se ao pequeno número de óbitos por esse tipo de causa, aumentando de 4 óbitos em 2000 para 14 óbitos em 2003 (Figura 4.40). Entre as pardas verificou-se um aumento nas regiões Norte e Nordeste e uma redução nas demais regiões (Figura 4.41).

Figura 4.39: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano da raça/cor branca, por doenças do aparelho respiratório. Brasil e regiões, 2000-2003.



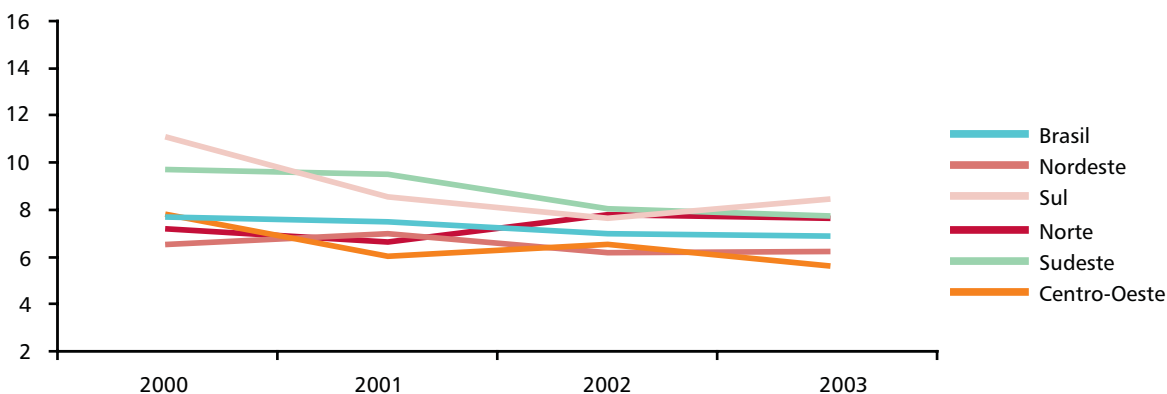
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.40: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano da raça/cor preta, por doenças do aparelho respiratório. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 4.41: Evolução da distribuição percentual dos óbitos em menores de um ano da raça/cor parda, por doenças do aparelho respiratório. Brasil e regiões, 2000-2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Conclusões

O Brasil experimentou nas duas últimas décadas uma mudança importante no nível de saúde. Os dados apresentados apontam uma redução importante nos óbitos em crianças menores de um ano de vida, em todas as regiões. Diversos fatores podem ter contribuído para esses resultados, entre eles citamos intervenções ligadas ao setor saúde, como o combate às doenças infecciosas — como as diarreias, pneumonia, doenças imunopreveníveis — à desnutrição, resultando numa maior redução da mortalidade no

período pós-neonatal, e intervenções ligadas à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e o parto, resultando em redução da mortalidade neonatal.

Entre as intervenções relacionadas a outros setores, podemos observar que a ampliação do acesso ao saneamento básico também pode ter contribuído para o declínio da mortalidade decorrente de causas infecciosas. Outros fatores importantes a serem considerados são a queda da fecundidade e a melhoria na condição geral de vida da população. Entre as faixas de idade, a maior redução verificada no Brasil ocorreu no período pós-neonatal. A mortalidade por causas perinatais representa atualmente o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. Seus fatores causais estão intimamente ligados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, parto e assistência ao nascimento.

Um fato importante foi o declínio considerável do percentual de não-informados e em branco do quesito raça/cor, o que possibilitou a elaboração de análises da mortalidade infantil considerando esta variável. Os resultados encontrados para as crianças menores de um ano brancas e negras apontam algumas diferenças, quando consideradas as causas analisadas.

Os óbitos de menores de um ano da cor branca representaram cerca de 40% dos óbitos entre 2000 e 2003. As crianças pardas ficaram em segundo lugar, seguidas pelas crianças pretas.

As principais causas de morte foram as mesmas, independentemente da raça ou cor, entre 2000 e 2003.

O pouco volume de óbitos contribuiu para a variação considerável da distribuição percentual no período, como por exemplo nas doenças respiratórias entre pretos.

Um fator importante a ser destacado é a redução das mal definidas para todas as categorias de raça/cor, o que sugere melhorias na notificação.

Referências bibliográficas

IBGE. Tendências Demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo demográfico 2000. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica Socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 13. 2004.

BOLETIM DO CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CID, 20 (1):8-10. São Paulo, 1999.

PROJETO GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO. Estudo de morbi-mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos. Faculdade de Saúde Pública da USP.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade** (Projeto 914BRA3002). Brasília, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). CID 10. **Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, volume 2, p. 143-144, 1998.

Laurenti, R.; Jorje, M.H.P.M.; Gotlieb, S.L.D. Mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna . In Simões, C. **Saúde no Brasil, Conceitos, Programas e Indicadores**. IBGE, 2004. CD-ROM.

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE
NA POPULAÇÃO INDÍGENA

5



EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Introdução

A análise descritiva do período do ano de 2000 até 2004, considerando a mortalidade proporcional nas regiões brasileiras bem como as principais causas de óbito e sua importância entre faixas de idade e sexo na população indígena, nos ajudará a compreender e avaliar a situação da saúde dessa população.

Em sua estrutura, o Departamento de Saúde Indígena da FUNASA possui uma Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços (COMOA), encarregada de planejar, coordenar e supervisionar os processos de coleta, registro, armazenamento, processamento e análise de dados; orientar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na implantação dos sistemas de informação; consolidar, sistematizar e disponibilizar as informações do DSEI; coordenar a realização de pesquisas avaliativas dos DSEI; participar de pesquisas epidemiológicas e acompanhá-las; construir e manter atualizado um banco de dados epidemiológico e antropológico e fornecer subsídios para a melhoria do processo de avaliação das ações e serviços de saúde indígena.

Nesse sentido, os sistemas informatizados para atenção à saúde indígena, coordenados pela COMOA, visam a subsidiar o planejamento e a avaliação das ações políticas e intervenções voltadas para a saúde indígena.

Com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a partir de 1999, tanto a produção de documentos quanto a demanda por informações foram significativamente incrementadas. Há a necessidade de se criar condições para a classificação e o armazenamento de documentação de ordem técnica e socioantropológica, oriunda da própria instituição e do Ministério da Saúde, assim como de artigos, teses e outros registros e documentos impressos, visuais, audiovisuais e eletrônicos a serem disponibilizados para o corpo técnico e sociedade em geral.

Sistemas informatizados estão em desenvolvimento para subsidiar as ações em saúde indígena, seu monitoramento, planejamento e avaliação. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é o principal deles, uma vez que sua base de

dados demográficos é referência para todas as áreas de intervenção e para outros sistemas informatizados da FUNASA.

Com o objetivo de acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito das comunidades indígenas de nosso País, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) implantou o Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI), na perspectiva de Vigilância em Saúde.

O SIASI é um sistema modular de implantação gradual que visa interligar a os 300 pólos-base de assistência, os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), as sedes estaduais e a nacional da FUNASA e as sedes de todas as entidades parceiras e conveniadas da FUNASA, disponibilizando uma mesma base de dados e permitindo a sua alimentação rápida.

Além do SIASI, a FUNASA possui outros sistemas desenvolvidos para atender diretamente às necessidades do Departamento de Saúde Indígena, quais sejam o Sistema de Prestação de Contas (SISCON), o Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas (GPC) e o Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (SISABI).

Encontra-se em elaboração uma estratégia para definir a relação do SIASI com os demais sistemas em uso no SUS, em especial o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP). O SIASI já possui programado um módulo compatível com o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que ora encontra-se em fase de treinamento para uso nos distritos sanitários.

O SIASI já possui em sua base de dados o número do cartão SUS, havendo no DATASUS rotina de atualização eletrônica de dados e inclusão de novas pessoas, de acordo com a atualização do cadastro de pessoas feita pelos DSEI.

Relatórios padronizados e personalizados podem ser definidos a qualquer momento para uso pelas instituições parceiras, e uma política de disseminação de informações está em estudo. Essa faceta intersetorial do SIASI possibilita uma ampliação da capacidade de crítica das informações lançadas no sistema, aumentando sua confiabilidade e estabelecendo um único cadastro nacional da população indígena, bem como tornando disponíveis ao Ministério da Saúde um grande volume de informações produzidas nos outros órgãos, aspecto desejável para vigilância das situações de risco ambiental e sanitário.

Atualmente o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome está promovendo os estudos necessários para utilização do cadastro de pessoas indígenas do SIASI, para aproveitamento pelo Cadastro Único de Benefícios Sociais do Governo Federal, permitindo o acesso a benefícios sociais à totalidade da população indígena, de acordo com o cumprimento das condições legais para concessão de benefícios.

Metodologia

Para se analisar a mortalidade proporcional entre a população indígena brasileira, separamos os óbitos ocorridos em sete faixas etárias: menores de um ano, de um a cinco anos, de cinco a nove anos, de dez a dezenove anos, de vinte a trinta e nove anos, de quarenta a sessenta anos e, por fim, pessoas com sessenta anos de idade ou mais.

A mortalidade proporcional é a proporção de óbitos de uma determinada faixa etária pelo número total de óbitos na área geográfica e no período considerado.

Essas proporções foram calculadas para todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Esses territórios distritais já haviam sido definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição dessas áreas pautou-se não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de estados e/ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Como o banco de dados do SIASI também fornece a UF de cada distrito, os óbitos também puderam ser divididos por macrorregiões brasileiras. O período analisado com dados do SIASI foi de 2000 a 2004.

Para a análise descritiva das principais causas da mortalidade indígena, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esse banco também foi utilizado para análises por faixa etária e sexo em 2003, que foi o ano mais recente com os registros completos. Para classificação de causas de óbitos foram utilizados os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

É importante ressaltar que as populações consideradas para este estudo, apesar de serem populações indígenas, são diferentes no SIASI e SIM. A principal diferença é que o SIASI considera apenas os índios residentes em aldeias, enquanto que o SIM

considera todos os que se referem como indígenas. Outro fator que causa diferenças entre os dados é que, em alguns estados, o SIASI ainda não conseguiu obter uma alimentação adequada do sistema, o que produz um alto grau de sub-notificação. Portanto, os números totais de indígenas considerados pelos dois sistemas são diferentes.

Para que se possa ter uma idéia dessa diferença, a tabela 5.1 apresenta as populações indígenas registradas tanto no SIASI como no DATASUS/IBGE, utilizada no SIM.

Tabela 5.1: População indígena registrada no DATASUS e SIASI. Brasil 2001, 2002 e 2003.

Ano Sistema	2001		2002		2003	
	DATASUS	SIASI	DATASUS	SIASI	DATASUS	SIASIS
Brasil	747.651	418.783	758.931	429.269	770.669	438.225
Região Norte	219.701	183.694	224.447	187.511	229.663	190.833
Rondônia	10.889	7.762	11.074	8.037	11.261	8.339
Acre	8.244	11.312	8.424	11.666	8.620	11.863
Amazonas	116.729	99.987	119.208	101.360	121.996	102.577
Roraima	29.245	32.286	30.078	32.764	30.983	33.126
Pará	38.569	18.286	39.251	19.060	39.988	19.743
Amapá	5.198	5.879	5.384	6.142	5.574	6.400
Tocantins	10.826	8.182	11.029	8.482	11.240	8.785
Região Nordeste	172.266	112.535	174.018	115.163	175.782	117.248
Maranhão	27.927	23.992	28.282	24.692	28.625	25.278
Piauí	2.694	0	2.717	0	2.741	0
Ceará	12.388	9.654	12.563	9.878	12.733	10.016
Rio Grande do Norte	3.207	0	3.250	0	3.290	0
Paraíba	10.158	10.517	10.235	10.746	10.304	10.955
Pernambuco	35.015	38.349	35.349	39.134	35.686	39.831
Alagoas	9.167	8.359	9.266	8.440	9.636	8.445
Sergipe	6.840	360	6.948	360	7.056	364
Bahia	64.871	21.304	65.406	21.913	65.983	22.359
Região Sudeste	163.468	14.136	165.607	14.433	167.679	14.726
Minas Gerais	49.324	8.229	49.913	8.423	50.484	8.605
Espírito Santo	12.983	1.993	13.175	1.995	13.374	1.995
Rio de Janeiro	36.349	471	36.763	498	37.149	524
São Paulo	64.813	3.443	65.756	3.517	66.672	3.602
Região Sul	85.885	31.571	86.813	32.305	87.777	32.821
Paraná	31.915	11.066	32.255	11.489	32.623	11.766
Santa Catarina	14.788	7.202	15.002	7.465	15.218	7.662
Rio Grande do Sul	39.182	13.303	39.556	13.351	39.946	13.393
Região Centro-Oeste	106.330	76.847	108.046	79.857	109.767	82.597
Mato Grosso do Sul	54.753	49.704	55.520	51.759	56.275	53.602
Mato Grosso	29.839	26.823	30.354	27.765	30.897	28.656
Goiás	14.425	320	14.690	333	14.961	339
Distrito Federal	7.312	0	7.481	0	7.634	0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e FUNASA.

Resultados

Mortalidade na população indígena no Brasil: dados do SIASI

A tabela 5.2 apresenta os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) com as respectivas quantidades de óbitos em cada um deles. Pode-se também verificar a mortalidade proporcional nas faixas etárias consideradas, referente ao período de 2000 a 2004.

Tabela 5.2: Mortalidade proporcional por distritos indígenas e faixas etárias. Brasil, 2000 a 2004.

Distritos Indígenas	Faixa Etária							Total
	0 – 1	1 – 5	5 – 19	10 – 20	20 – 40	40 – 60	60 ou >	
Alagoas e Sergipe	2	5	1	0	2	6	16	32
(%)	6,25	15,63	3,13	0,00	6,25	18,75	50,00	100,00
Altamira	38	11	1	3	7	7	15	82
(%)	46,34	13,41	1,22	3,66	8,54	8,54	18,29	100,00
Alto Rio Juru	16	7	1	2	4	4	2	36
(%)	44,44	19,44	2,78	5,56	11,11	11,11	5,56	100,00
Alto Rio Negro	13	7	2	3	9	4	13	51
(%)	25,49	13,73	3,92	5,88	17,65	7,84	25,49	100,00
Alto Rio Purus	26	12	0	5	6	4	2	55
(%)	47,27	21,82	0,00	9,09	10,91	7,27	3,64	100,00
Alto Rio Solimões	9	5	3	7	8	7	8	47
(%)	19,15	10,64	6,38	14,89	17,02	14,89	17,02	100,00
Amapá e Norte do Pará	25	7	5	7	7	3	15	69
(%)	36,23	10,14	7,25	10,14	10,14	4,35	21,74	100,00
Araguaia	2	0	0	0	0	0	0	2
(%)	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Bahia	49	11	1	5	17	21	66	170
(%)	28,82	6,47	0,59	2,94	10,00	12,35	38,82	100,00
Ceará	12	8	3	5	18	13	32	91
(%)	13,19	8,79	3,30	5,49	19,78	14,29	35,16	100,00
Cuiabá	26	5	2	6	15	15	34	103
(%)	25,24	4,85	1,94	5,83	14,56	14,56	33,01	100,00
Guam Tocantins	36	7	3	11	9	7	18	91
(%)	39,56	7,69	3,30	12,09	9,89	7,69	19,78	100,00
Interior Sul	61	43	0	12	47	27	90	280
(%)	21,79	15,36	0,00	4,29	16,79	9,64	32,14	100,00
Kaiapó do MT	5	2	0	0	2	3	1	13
(%)	38,46	15,38	0,00	0,00	15,38	23,08	7,69	100,00

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Distritos Indígenas	Faixa Etária							Total
	0 – 1	1 – 5	5 – 19	10 – 20	20 – 40	40 – 60	60 ou >	
Kaiapó do PA	23	7	4	4	1	2	4	45
(%)	51,11	15,56	8,89	8,89	2,22	4,44	8,89	100,00
Leste de RR	8	4	0	3	4	5	8	32
(%)	25,00	12,50	0,00	9,38	12,50	15,63	25,00	100,00
Litoral Sul	17	21	2	0	9	6	14	69
(%)	24,64	30,43	2,90	0,00	13,04	8,70	20,29	100,00
Médio Rio Purus	12	4	2	8	7	3	8	44
(%)	27,27	9,09	4,55	18,18	15,91	6,82	18,18	100,00
Médio Rio Solimões	29	23	4	3	7	5	5	76
(%)	38,16	30,26	5,26	3,95	9,21	6,58	6,58	100,00
Manaus	13	3	1	1	6	1	6	31
(%)	41,94	9,68	3,23	3,23	19,35	3,23	19,35	100,00
Maranhão	83	24	11	13	26	18	39	214
(%)	38,79	11,21	5,14	6,07	12,15	8,41	18,22	100,00
Mato Grosso do Sul	341	177	28	99	157	116	348	1.266
(%)	26,94	13,98	2,21	7,82	12,40	9,16	27,49	100,00
MG e ES	39	37	3	3	14	9	14	119
(%)	32,77	31,09	2,52	2,52	11,76	7,56	11,76	100,00
Parintins	3	2	0	0	2	1	1	9
(%)	33,33	22,22	0,00	0,00	22,22	11,11	11,11	100,00
Pernambuco	72	14	5	13	50	49	183	386
(%)	18,65	3,63	1,30	3,37	12,95	12,69	47,41	100,00
Porto Velho	37	11	3	7	10	10	38	116
(%)	31,90	9,48	2,59	6,03	8,62	8,62	32,76	100,00
Potiguara	13	4	1	2	11	15	53	99
(%)	13,13	4,04	1,01	2,02	11,11	15,15	53,54	100,00
Rio Tapajós	54	8	6	1	7	3	11	90
(%)	60,00	8,89	6,67	1,11	7,78	3,33	12,22	100,00
Tocantins	22	6	4	13	18	11	38	112
(%)	19,64	5,36	3,57	11,61	16,07	9,82	33,93	100,00
Vale do Javari	12	1	0	4	2	1	2	22
(%)	54,55	4,55	0,00	18,18	9,09	4,55	9,09	100,00
Vilhena	42	20	8	8	11	15	22	126
(%)	33,33	15,87	6,35	6,35	8,73	11,90	17,46	100,00
Xavante	231	128	8	14	29	11	38	459
(%)	50,33	27,89	1,74	3,05	6,32	2,40	8,28	100,00
Xingu	3	3	0	0	4	6	9	25
(%)	12,00	12,00	0,00	0,00	16,00	24,00	36,00	100,00
Yanomami	53	23	5	11	12	9	9	122
(%)	43,44	18,85	4,10	9,02	9,84	7,38	7,38	100,00
Total	1.427	650	117	273	538	417	1.162	4.584
(%)	31,13	14,18	2,55	5,96	11,74	9,10	25,35	100,00

Fonte: SIASI / FUNASA.

A tabela 5.3 apresenta a mortalidade por faixas etárias dos distritos indígenas que se encontram na Região Norte. A segunda linha de cada faixa etária informa a porcentagem de óbitos das idades no ano (coluna). Comparando as proporções (com base nos dados do SIASI) e a mortalidade proporcional de toda a população da Região Norte divulgadas pela publicação do Ministério da Saúde *Saúde Brasil 2004*, observa-se uma forte discrepância em relação à mortalidade de menores de um ano: enquanto a população da Região Norte, em 2001, apresentou uma mortalidade de 13,7% (*Saúde Brasil 2004*, p.141), a população nos distritos indígenas na mesma região, em 2001, apresentou uma mortalidade de 38,8%.

Essa grande diferença continua no segundo intervalo etário, de um a quatro anos. Os óbitos dessas crianças representaram 2,9% dos óbitos totais em 2001 (*Saúde Brasil 2004*, p. 141). Quando consideramos apenas os distritos indígenas, essa mesma faixa etária representa 13,79% dos óbitos.

Tabela 5.3: Mortalidade proporcional por faixas etárias nos distritos indígenas. Região Norte, 2000 a 2004.

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0 - 1 (%)	83 38,43	90 38,79	92 35,11	125 38,34	71 37,97	461 37,69
1 - 5 (%)	31 14,35	32 13,79	34 12,98	45 13,80	21 11,23	163 13,33
5 - 10 (%)	5 2,31	9 3,88	13 4,96	14 4,29	9 4,81	50 4,09
10 - 20 (%)	12 5,56	15 6,47	25 9,54	37 11,35	12 6,42	101 8,26
20 - 40 (%)	25 11,57	33 14,22	34 12,98	23 7,06	18 9,63	133 10,87
40 - 60 (%)	21 9,72	17 7,33	21 8,02	23 7,06	15 8,02	97 7,93
60 ou > (%)	39 18,06	36 15,52	43 16,41	59 18,10	41 21,93	218 17,83
Total (%)	216 100,00	232 100,00	262 100,00	326 100,00	187 100,00	1.223 100,00

Fonte: SIASI / FUNASA.

Enquanto os óbitos de crianças com menos de um ano representaram 25,3% do total de óbitos nos distritos indígenas do Nordeste em 2001, entre a população geral

a mesma razão foi de 9,4% (*Saúde Brasil 2004*, p.141), ou seja, a proporção dos óbitos nessa faixa etária entre os indígenas da Região Nordeste é 2,7 vezes maior do que quando consideramos todas as crianças dessa faixa etária da região.

Entre as crianças de um a quatro anos, os óbitos entre os indígenas em 2001 representaram 9,78%, contra 1,7% quando não consideramos apenas as crianças indígenas.

Tabela 5.4: Mortalidade proporcional por faixas etárias nos distritos indígenas. Região Nordeste, 2000 a 2004.

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0 - 1 (%)	39 23,64	57 25,33	39 22,54	47 21,76	49 23,00	231 23,29
1 - 5 (%)	16 9,70	22 9,78	10 5,78	7 3,24	11 5,16	66 6,65
5 - 10 (%)	6 3,64	4 1,78	2 1,16	7 3,24	3 1,41	22 2,22
10 - 20 (%)	5 3,03	9 4,00	3 1,73	11 5,09	10 4,69	38 3,83
20 - 40 (%)	21 12,73	24 10,67	26 15,03	28 12,96	25 11,74	124 12,50
40 - 60 (%)	17 10,30	40 17,78	20 11,56	22 10,19	23 10,80	122 12,30
60 ou > (%)	61 36,97	69 30,67	73 42,20	94 43,52	92 43,19	389 39,21
Total (%)	165 100,00	225 100,00	173 100,00	216 100,00	213 100,00	992 100,00

Fonte: SIASI/FUNASA.

Na Região Sudeste, a mortalidade de crianças indígenas menores de um ano para o período de 2001 representou 19,23%, contra 4,6% (*Saúde Brasil 2004* p.141) quando consideramos todas as crianças. No entanto, quando analisamos os anos seguintes observa-se um acréscimo nessa proporção chegando a 40% em 2004.

Entre um e quatro anos a proporção de óbitos de indígenas em 2001 foi de 42,31%, contra 0,7% quando consideramos toda a população dessa faixa etária na Região Sudeste.

Tabela 5.5: Mortalidade proporcional por faixas etárias nos distritos indígenas. Região Sudeste, 2000 a 2004.

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0 - 1	15	10	10	4	14	53
(%)	34,88	19,23	28,57	28,57	40,00	29,61
1 - 5	11	22	12	3	8	56
(%)	25,58	42,31	34,29	21,43	22,86	31,28
5 - 10	2	0	1	0	1	4
(%)	4,65	0,00	2,86	0,00	2,86	2,23
10 - 20	3	0	1	0	1	5
(%)	6,98	0,00	2,86	0,00	2,86	2,79
20 - 40	7	5	4	0	6	22
(%)	16,28	9,62	11,43	0,00	17,14	12,29
40 - 60	2	4	4	4	1	15
(%)	4,65	7,69	11,43	28,57	2,86	8,38
60 ou >	3	11	3	3	4	24
(%)	6,98	21,15	8,57	21,43	11,43	13,41
Total	43	52	35	14	35	179
(%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIASI/FUNASA.

Na Região Sul, a diferença continua grande. Enquanto crianças indígenas menores que um e de 1 a 4 anos representaram, respectivamente, 27,38% e 14,29% dos óbitos em 2001, ou seja, 41,67% do total, as estatísticas da região apresentam, para essas faixas etárias e com base nos dados do SIM, 4,5% e 0,8%, ou seja, 5,3% dos óbitos em 2001.

Tabela 5.6: Mortalidade proporcional por faixas etárias nos distritos indígenas. Região Sul, 2000 a 2004.

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0 - 1	4	23	21	11	5	64
(%)	14,29	27,38	23,60	16,18	25,00	22,15
1 - 5	9	12	12	11	1	45
(%)	32,14	14,29	13,48	16,18	5,00	15,57
5 - 10	1	0	0	0	0	1
(%)	3,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35
10 - 20	0	4	2	3	1	10
(%)	0,00	4,76	2,25	4,41	5,00	3,46
20 - 40	3	8	18	14	5	48
(%)	10,71	9,52	20,22	20,59	25,00	16,61
40 - 60	3	9	8	6	1	27
(%)	10,71	10,71	8,99	8,82	5,00	9,34
60 ou >	8	28	28	23	7	94
(%)	28,57	33,33	31,46	33,82	35,00	32,53
Total	28	84	89	68	20	289
(%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIASI/FUNASA.

Na Região Centro-Oeste a mortalidade de crianças indígenas também é preocupante. Enquanto a região apresentou em 2001 7,5% e 1,3% do total de óbitos entre as faixas etárias de menor que um e de 1 a 4 anos, respectivamente, entre os índios, segundo o SIASI, as proporções das mesmas faixas etárias são de 29,8% e 14,29%. Desde então, essas proporções não diminuíram, chegando a 36,14% e 17,59%, respectivamente, em 2004.

Tabela 5.7: Mortalidade proporcional por faixas etárias nos distritos indígenas. Região Centro-Oeste, 2000 a 2004.

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0 - 1 (%)	81 33,89	73 29,80	108 32,24	167 29,87	189 36,14	618 32,51
1 - 5 (%)	32 13,39	35 14,29	50 14,93	111 19,86	92 17,59	320 16,83
5 - 10 (%)	4 1,67	7 2,86	6 1,79	9 1,61	14 2,68	40 2,10
10 - 20 (%)	13 5,44	14 5,71	24 7,16	43 7,69	25 4,78	119 6,26
20 - 40 (%)	22 9,21	38 15,51	39 11,64	51 9,12	61 11,66	211 11,10
40 - 60 (%)	25 10,46	26 10,61	17 5,07	44 7,87	44 8,41	156 8,21
60 ou > (%)	62 25,94	52 21,22	91 27,16	134 23,97	98 18,74	437 22,99
Total (%)	239 100,00	245 100,00	335 100,00	559 100,00	523 100,00	1.901 100,00

Fonte: SIASI/FUNASA.

A tabela 5.8 e a figura 5.1 mostram que, dentre as faixas etárias consideradas, a que apresenta o maior número de óbitos é a referente a crianças menores de um ano de idade, com 1.427 óbitos, o que representa 31,1% do total. O número é maior que o da faixa etária de pessoas com 60 anos de idade ou mais (1.162), que representam 25,4% do total de óbitos.

Se agruparmos as duas primeiras faixas etárias (crianças com menos que cinco anos de idade), obteremos o número de 2.077 óbitos, que representam 45,3% do total.

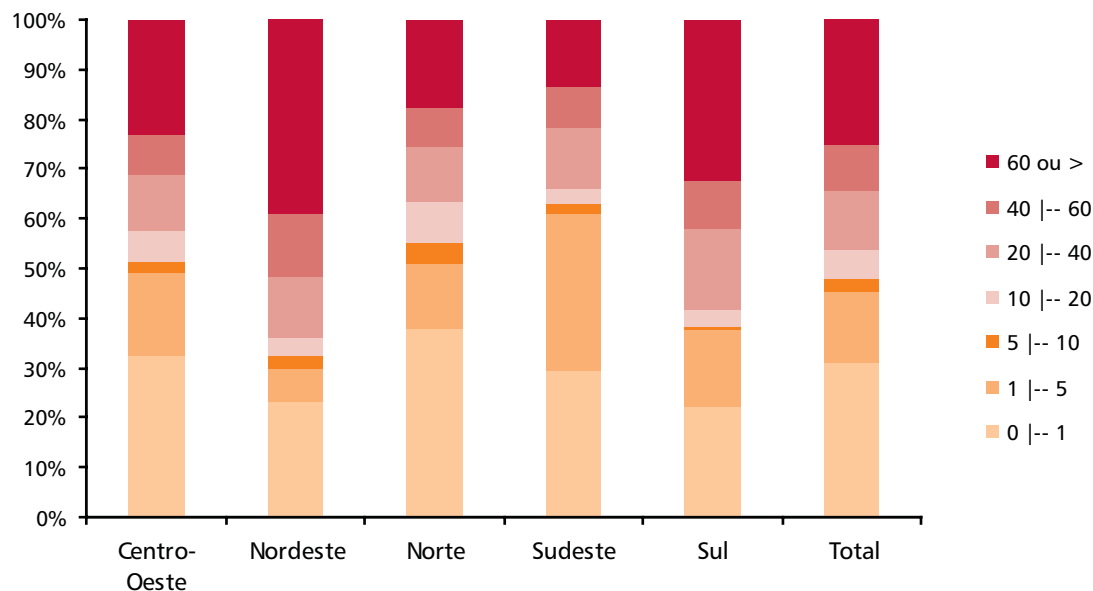
É importante evidenciar a relevância desses dados, já que é notório o impacto social de mortalidade infantil tão expressiva como observamos nas comunidades indígenas.

Tabela 5.8: Mortalidade proporcional em distritos indígenas, segundo faixa etária e região – 2000 a 2004.

Faixa Etária	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil
0 - 1 (%)	618 32,51	231 23,29	461 37,69	53 29,61	64 22,15	1.427 31,13
1 - 5 (%)	320 16,83	66 6,65	163 13,33	56 31,28	45 15,57	650 14,18
5 - 10 (%)	40 2,10	22 2,22	50 4,09	4 2,23	1 0,35	117 2,55
10 - 20 (%)	119 6,26	38 3,83	101 8,26	5 2,79	10 3,46	273 5,96
20 - 40 (%)	211 11,10	124 12,50	133 10,87	22 12,29	48 16,61	538 11,74
40 - 60 (%)	156 8,21	122 12,30	97 7,93	15 8,38	27 9,34	417 9,10
60 ou > (%)	437 22,99	389 39,21	218 17,83	24 13,41	94 32,53	1.162 25,35
Total (%)	1.901 100,00	992 100,00	1.223 100,00	179 100,00	289 100,00	4.584 100,00

Fonte: SIASI/FUNASA.

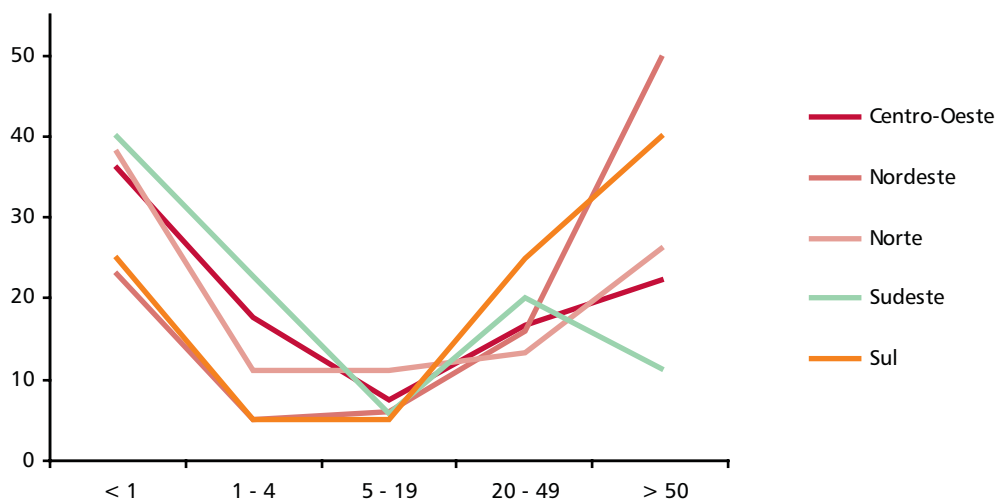
Figura 5.1: Mortalidade proporcional nas faixas etárias de cada macrorregião, de 2000 a 2004.



Fonte: SIASI/FUNASA.

A Curva de Nelson Moraes referente ao ano de 2004 mostra que a Região Nordeste obteve melhores resultados tendo em vista que a curva de mortalidade está mais elevada na faixa etária de indígenas com mais de cinquenta anos. Em outras regiões a curva é mais alta quando se refere às primeiras faixas etárias.

Figura 5.2: Curva de Nelson Moraes dos distritos indígenas, por regiões. Brasil, 2004.



Fonte: SIASI/FUNASA.

Mortalidade na população indígena no Brasil: dados do SIM

As principais causas de mortalidade na população indígena foram analisadas por estados brasileiros, no período de 1996 a 2003, baseadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). É importante ressaltar que nesse banco de dados o critério para contabilizar a população indígena é a auto-declaração, diferentemente do SIASI, que tem como critério a população aldeada.

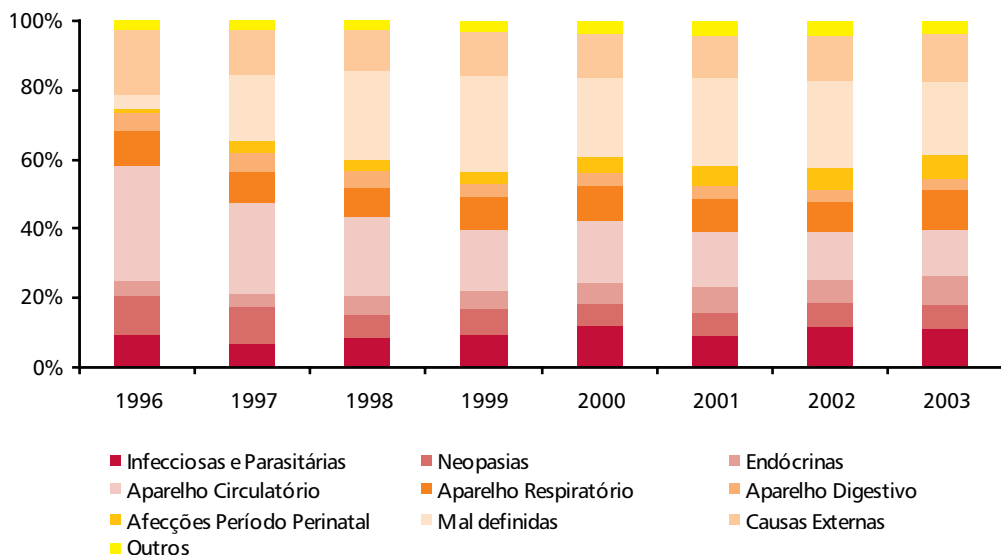
Para cada estado o relatório apresenta uma análise da mortalidade segundo as principais causas de óbito. Em seguida, as principais causas são analisadas segundo sexo, e uma breve descrição dos óbitos por faixa etária.

A tabela 5.9 e figura 5.3 mostram que a principal causa de morte na população indígena são as causas mal definidas em todo o período e no ano mais recente de 2003. Para as causas definidas, as de maior proporção são as doenças do aparelho circulatório, causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e neoplasias com proporções de 18,9%, 12,7% e 9,8%, 9,1% e 7,3% respectivamente para o ano de 2003.

Tabela 5.9: Mortalidade proporcional por causas na população indígena. Brasil, 1996 a 2003.

Causa (CID10 CAP)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e Parasitárias	9,3	6,6	8,3	9,5	11,8	9,0	11,5	10,9	9,8
Neoplasias	10,7	10,6	6,9	7,2	6,5	6,3	6,3	6,5	7,3
Endócrinas	4,4	3,8	5,2	5,3	5,7	7,4	6,9	8,2	5,8
Aparelho Circulatório	32,5	25,8	22,1	17,2	17,4	15,5	13,4	13,2	18,9
Aparelho Respiratório	9,8	8,7	8,7	9,2	9,8	9,5	8,2	11,0	9,1
Aparelho Digestivo	5,4	5,3	4,6	3,4	3,8	3,4	3,5	3,4	4,0
Aparelho Geniturinário	1,6	1,5	1,1	0,7	1,2	0,8	1,2	0,9	1,1
Afecções Perinatais	1,1	3,7	3,1	3,9	4,6	5,8	6,4	6,7	4,4
Malformações Congênitas	0,5	0,7	0,7	1,0	0,9	1,1	1,3	1,8	0,9
Causas Mal definidas	3,8	18,5	25,4	26,8	22,4	25,2	24,3	20,4	22,4
Causas Externas	18,1	12,1	11,3	12,7	12,3	11,7	12,8	13,3	12,7
Outros	2,8	2,8	2,8	3,1	3,9	4,2	4,2	3,8	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 5.3: Mortalidade proporcional por causas na população indígena. Brasil, 1996 a 2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A figura 5.4 mostra a distribuição dos óbitos na população indígena por regiões, evidenciando que o maior percentual de óbitos está concentrado na Região Norte, com 34%, seguido da Região Centro-Oeste, com 26%, e da Região Nordeste, com 21% do total.

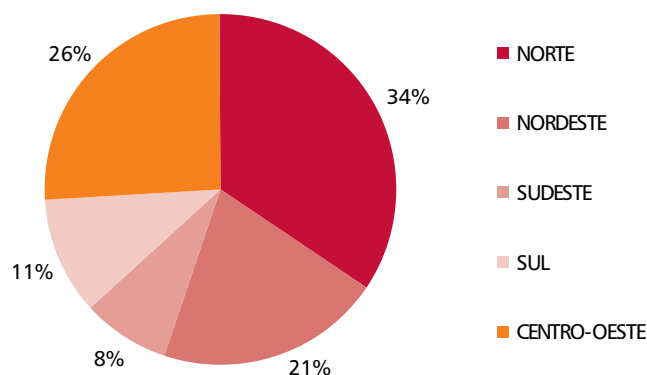
Na análise da mortalidade proporcional por causas na população indígena nas regiões observa-se a prevalência dos óbitos pelas causas apontadas anteriormente, sendo importante observar a menor proporção de mal definidas nas regiões Sul e Centro-Oeste, a elevada porcentagem das causas do aparelho circulatório na Região Sudeste, com 25,7%, as altas porcentagens de óbitos por causas externas, que oscilam de 11% a quase 20% em todas as regiões, exceto na Região Nordeste, e o alto percentual de infecciosas e parasitárias concentrado nas regiões Norte e Centro-Oeste (Tabela 5.10).

Tabela 5.10: Proporção de causas de óbitos na população indígena. Brasil e regiões, 2003.

Causas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Infecciosas e Parasitárias	12,8	6,9	4,7	8,9	14,4	10,9
Neoplasias	6,8	5,1	11,1	10,7	4,0	6,5
Endócrinas	5,3	6,5	8,2	8,0	13,3	8,2
Aparelho Circulatório	7,5	16,0	25,7	15,1	13,7	13,2
Aparelho Respiratório	11,3	10,0	8,2	13,8	11,3	11,0
Aparelho Digestivo	2,2	3,0	7,6	2,7	4,2	3,4
Aparelho Geniturinário	1,1	0,9	0,6	0,4	0,7	0,9
Afecções Período Perinatal	8,5	2,8	1,2	9,8	7,8	6,7
Malformações Congênitas	1,5	1,2	1,2	2,7	2,4	1,8
Mal definidas	28,0	37,5	11,1	9,8	4,4	20,4
Causas Externas	11,3	6,3	15,2	16,4	19,7	13,3
Outros	3,8	3,9	5,3	1,8	4,0	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 5.4: Distribuição dos óbitos na população indígena. Brasil e Regiões, 2003.

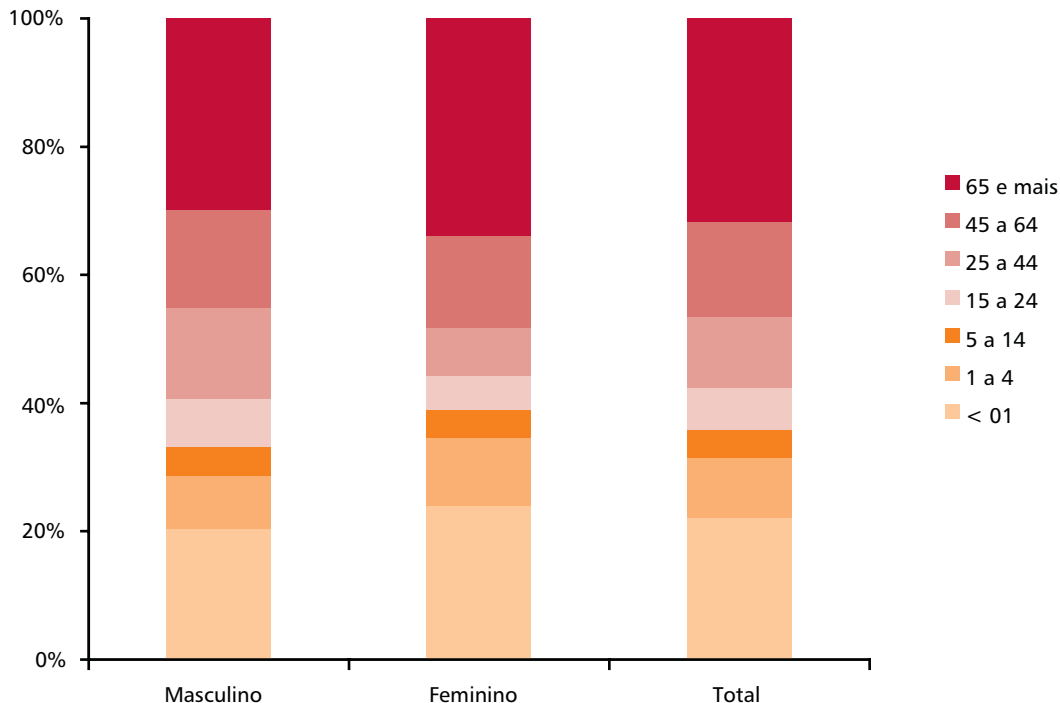


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A figura 5.5 nos mostra uma pequena diferença do número de óbitos de crianças com menos de um ano, entre mulheres (23,9%) e homens (20,2%), contrário ao observado na população geral onde há uma predominância dos óbitos masculinos. Já no intervalo etário de 25 a 44 anos a mortalidade masculina é de 14%, enquanto a feminina é de 7,4%, provavelmente devido ao peso das causas externas, predominante nos homens.

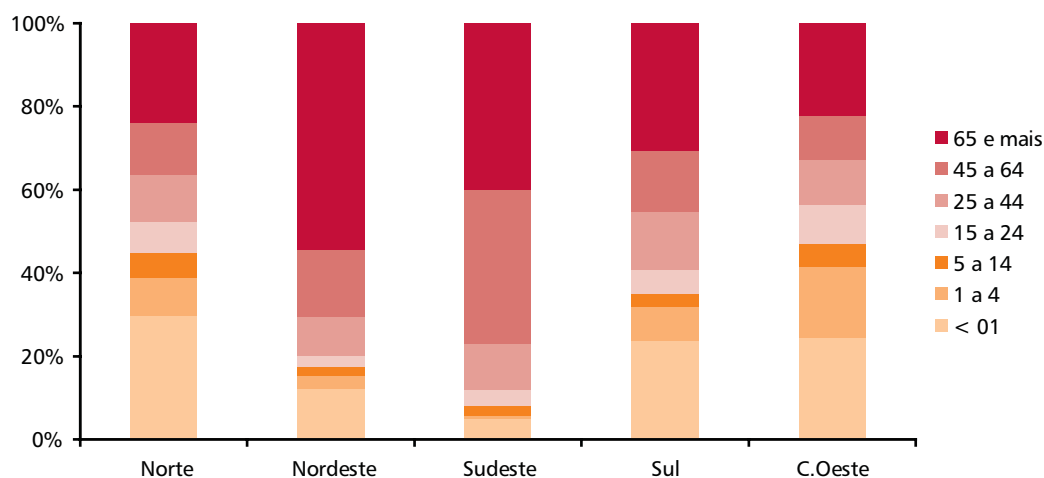
Podemos também observar que as mulheres morrem em maior número a partir dos 65 anos, com 33,9%, em relação aos homens, com 29,5%.

Figura 5.5: Mortalidade proporcional na população indígena por idade, segundo o sexo. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Mais uma vez vale ressaltar a elevada proporção de óbitos entre crianças menores de um ano (21,9%), com destaque para a Região Norte, com quase 30% dos óbitos ocorrendo nessa faixa etária. Comparando a tabela 5.11 com as tabelas 5.3 a 5.8, verifica-se que em todas as regiões, exceto no Centro-Oeste, o SIM capta um número maior que o SIASI. Um dos motivos para que isso ocorra pode ser o fato de que o SIASI considera apenas os índios que vivem em aldeias.

Figura 5.6: Mortalidade proporcional na população indígena por faixa etária. Brasil, regiões, 2003.

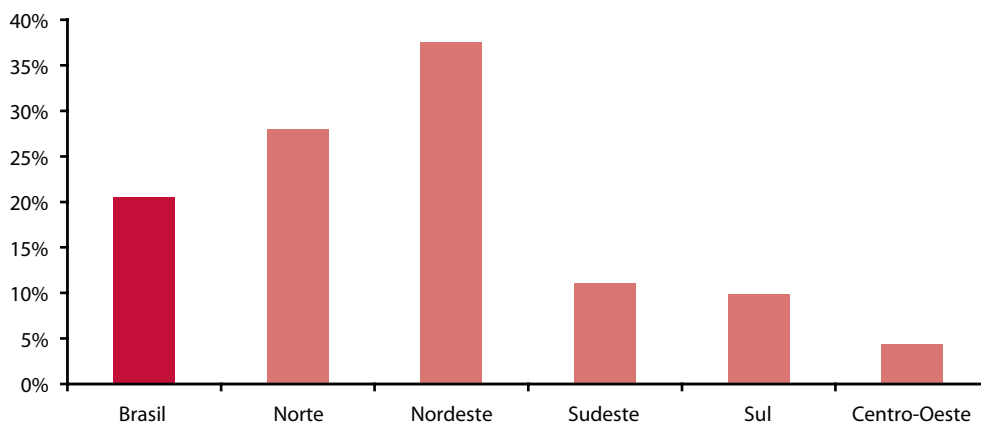
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Tabela 5.11: Mortalidade proporcional na população indígena por faixa etária. Brasil e regiões, 2003.

	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 01	212	29,5	52	12,0	8	4,7	53	23,6	133	24,3	458	21,9
1 a 4	66	9,2	14	3,2	1	0,6	19	8,4	93	17,0	193	9,2
5 a 14	42	5,8	9	2,1	4	2,3	7	3,1	31	5,7	93	4,4
15 a 24	54	7,5	11	2,5	6	3,5	13	5,8	51	9,3	135	6,4
25 a 44	81	11,3	40	9,3	18	10,5	31	13,8	59	10,8	229	10,9
45 a 64	88	12,2	70	16,2	59	34,5	33	14,7	57	10,4	307	14,7
65 e mais	172	23,9	233	53,9	64	37,4	69	30,7	121	22,1	659	31,5
Ign	4	0,6	3	0,7	11	6,4	0	0,0	3	0,5	21	1,0
Total	719	100,0	432	100,0	171	100,0	225	100,0	548	100,0	2095	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A figura 5.7 apresenta o percentual de óbitos por causas mal-definidas na população indígena nas regiões brasileiras. É importante observar que a porcentagem de óbitos por causas maldefinidas teve um aumento significativo a partir de 1998 (tabela 5.9) e vem variando entre 20% e 25%. A região Centro-Oeste foi a que apresentou o menor percentual de mal definidas (4,4%).

Figura 5.7: Percentual de óbitos por causas mal-definidas. Brasil e regiões, 2003.

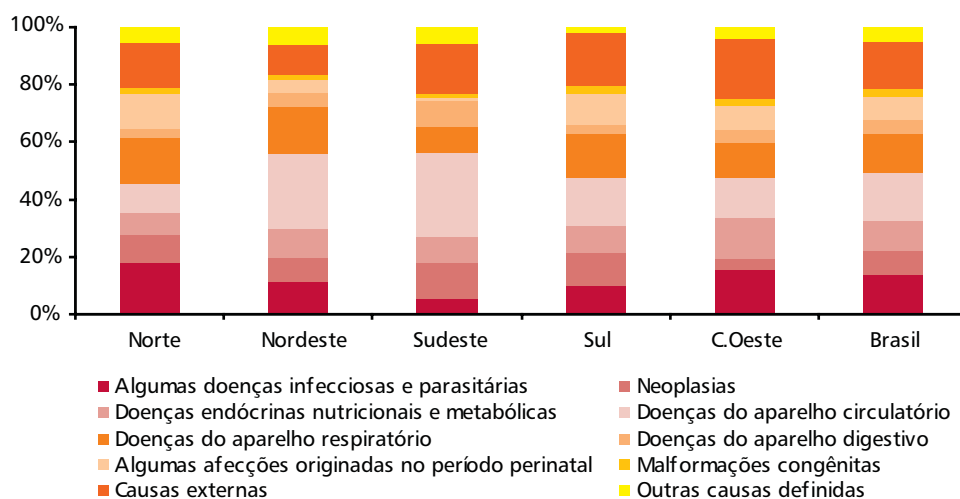
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Em 2003, a tabela 5.12 e a figura 5.8 mostram a distribuição das causas definidas de óbito na população indígena. As causas com maiores percentuais foram as causas externas (16,7%), seguidas das doenças do aparelho circulatório (16,6%), respiratório (13,9%) e as doenças infecciosas e parasitárias (13,7%). As causas externas se destacam especialmente na Região Centro-Oeste (20,6%). A maior proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório se deu no Sudeste (28,9%).

Tabela 5.12: Mortalidade proporcional por causas definidas na população indígena. Brasil e regiões, 2003.

Causas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecciosas e Parasitárias	92	17,8	30	11,1	8	5,3	20	9,9	79	15,1	229	13,7
Neoplasias (Tumores)	49	9,5	22	8,1	19	12,5	24	11,8	22	4,2	136	8,2
Doenças Endócrinas	38	7,3	28	10,4	14	9,2	18	8,9	73	13,9	171	10,3
Aparelho Circulatório	54	10,4	69	25,6	44	28,9	34	16,7	75	14,3	276	16,6
Aparelho Respiratório	81	15,6	43	15,9	14	9,2	31	15,3	62	11,8	231	13,9
Aparelho Digestivo	16	3,1	13	4,8	13	8,6	6	3,0	23	4,4	71	4,3
Aparelho Geniturinário	8	1,5	4	1,5	1	0,7	1	0,5	4	0,8	18	1,1
Afecções no Perinatal	61	11,8	12	4,4	2	1,3	22	10,8	43	8,2	140	8,4
Malformações Congênitas	11	2,1	5	1,9	2	1,3	6	3,0	13	2,5	37	2,2
Causas Externas	81	15,6	27	10,0	26	17,1	37	18,2	108	20,6	279	16,7
Outras Causas Definidas	27	5,2	17	6,3	9	5,9	4	2,0	22	4,2	79	4,7
Total	518	100,0	270	100,0	152	100,0	203	100,0	524	100,0	1667	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 5.8: Mortalidade proporcional por causas definidas na população indígena. Brasil e regiões, 2003.

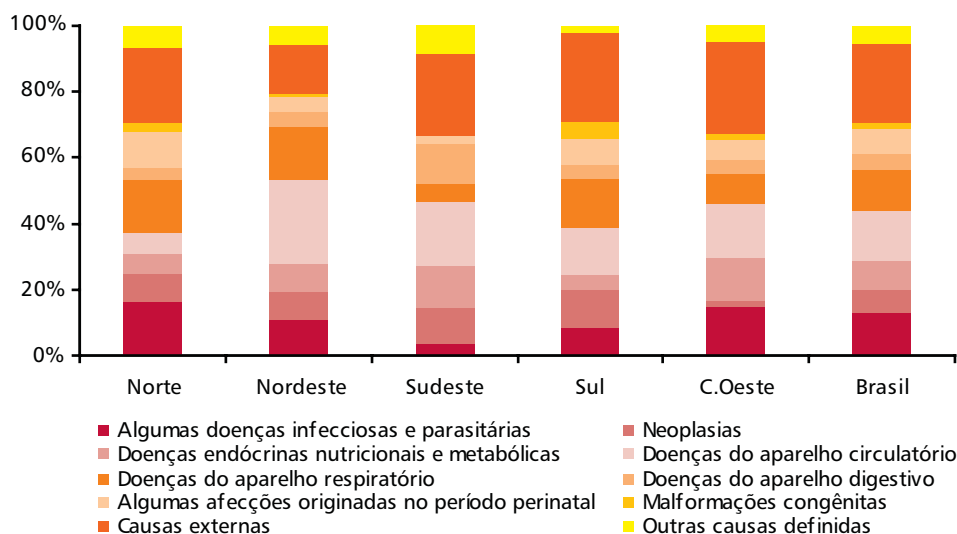
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A tabela 5.13 e a figura 5.9 mostram as causas de mortalidade indígena para o sexo masculino, onde observa-se que os óbitos por causas externas, com 23,7%, são os óbitos com maior peso, seguidos das doenças do aparelho circulatório, com 14,8%, e das doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório, ambas com 12,9%. No Centro-Oeste, onde a proporção de óbitos por causas externas foi a maior entre as regiões, o percentual foi de 27,7%.

Tabela 5.13: Causas de mortalidade por regiões na população indígena masculina. Brasil e regiões, 2003.

Causas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecciosas e Parasitárias	48	16,2	17	11,0	3	3,7	9	8,5	41	14,7	118	12,9
Neoplasias (Tumores)	26	8,8	13	8,4	9	11,1	12	11,3	5	1,8	65	7,1
Doenças Endócrinas	17	5,7	13	8,4	10	12,3	5	4,7	37	13,3	82	9,0
Aparelho Circulatório	20	6,8	39	25,3	16	19,8	15	14,2	45	16,2	135	14,8
Aparelho Respiratório	47	15,9	25	16,2	4	4,9	16	15,1	26	9,4	118	12,9
Aparelho Digestivo	10	3,4	7	4,5	10	12,3	4	3,8	11	4,0	42	4,6
Aparelho Geniturinário	5	1,7	2	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,7	9	1,0
Afecções no Perinatal	33	11,1	7	4,5	2	2,5	9	8,5	17	6,1	68	7,4
Malformações Congênitas	8	2,7	1	0,6	0	0,0	5	4,7	6	2,2	20	2,2
Causas Externas	68	23,0	23	14,9	20	24,7	29	27,4	77	27,7	217	23,7
Outras Causas Definidas	14	4,7	7	4,5	7	8,6	2	1,9	11	4,0	41	4,5
Total	296	100,0	154	100,0	81	100,0	106	100,0	278	100,0	915	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 5.9: Causas de mortalidade por regiões na população indígena masculina no Brasil, 2003.

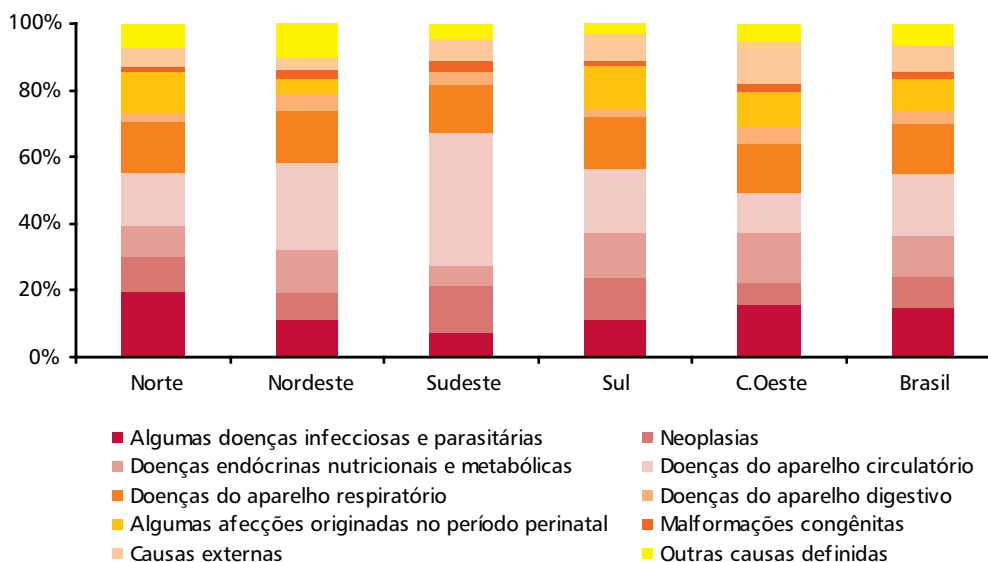
Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A tabela 5.14 e a figura 5.10 mostram a mortalidade indígena para o sexo feminino, onde doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa, com 18,8%, seguidas do aparelho respiratório, com 15,1%, doenças infecciosas e parasitárias, com 14,8%, e doenças endócrinas, com 11,9%. É grande a diferença de óbitos por causas externas entre homens (23,7%) e mulheres (8,1%) e a baixa proporção de óbitos por neoplasias que são a quinta causa de óbito junto com as perinatais.

Tabela 5.14: Causas de mortalidade por regiões na população indígena feminina. Brasil e regiões, 2003.

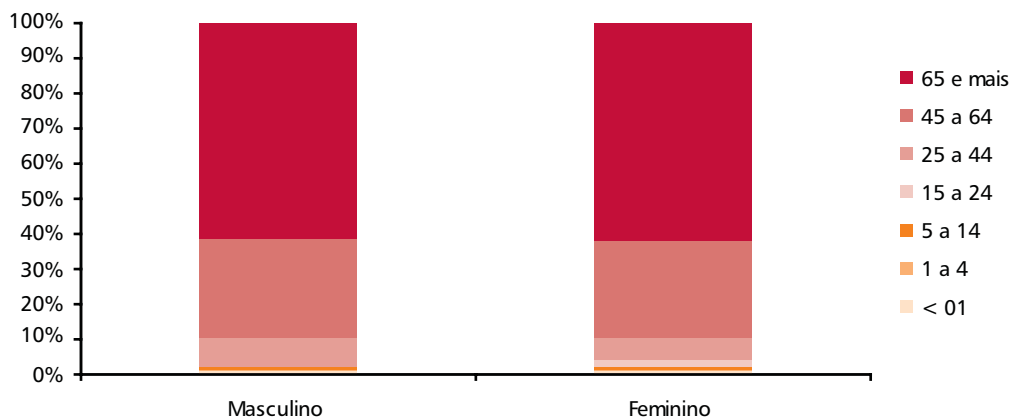
Causas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C.Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecciosas e Parasitárias	44	19,8	13	11,3	5	7,1	11	11,3	38	15,5	111	14,8
Neoplasias (Tumores)	23	10,4	9	7,8	10	14,3	12	12,4	17	6,9	71	9,5
Doenças Endócrinas	21	9,5	15	13,0	4	5,7	13	13,4	36	14,7	89	11,9
Aparelho Circulatório	34	15,3	30	26,1	28	40,0	19	19,6	30	12,2	141	18,8
Aparelho Respiratório	34	15,3	18	15,7	10	14,3	15	15,5	36	14,7	113	15,1
Aparelho Digestivo	6	2,7	6	5,2	3	4,3	2	2,1	12	4,9	29	3,9
Aparelho Geniturinário	3	1,4	2	1,7	1	1,4	1	1,0	2	0,8	9	1,2
Afecções no Perinatal	28	12,6	5	4,3	0	0,0	13	13,4	25	10,2	71	9,5
Malformações Congênitas	3	1,4	3	2,6	2	2,9	1	1,0	7	2,9	16	2,1
Causas Externas	13	5,9	4	3,5	5	7,1	8	8,2	31	12,7	61	8,1
Outras Causas Definidas	13	5,9	10	8,7	2	2,9	2	2,1	11	4,5	38	5,1
Total	222	100,0	115	100,0	70	100,0	97	100,0	245	100,0	749	100,0

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Figura 5.10: Causas de mortalidade por regiões na população indígena feminina no Brasil, 2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

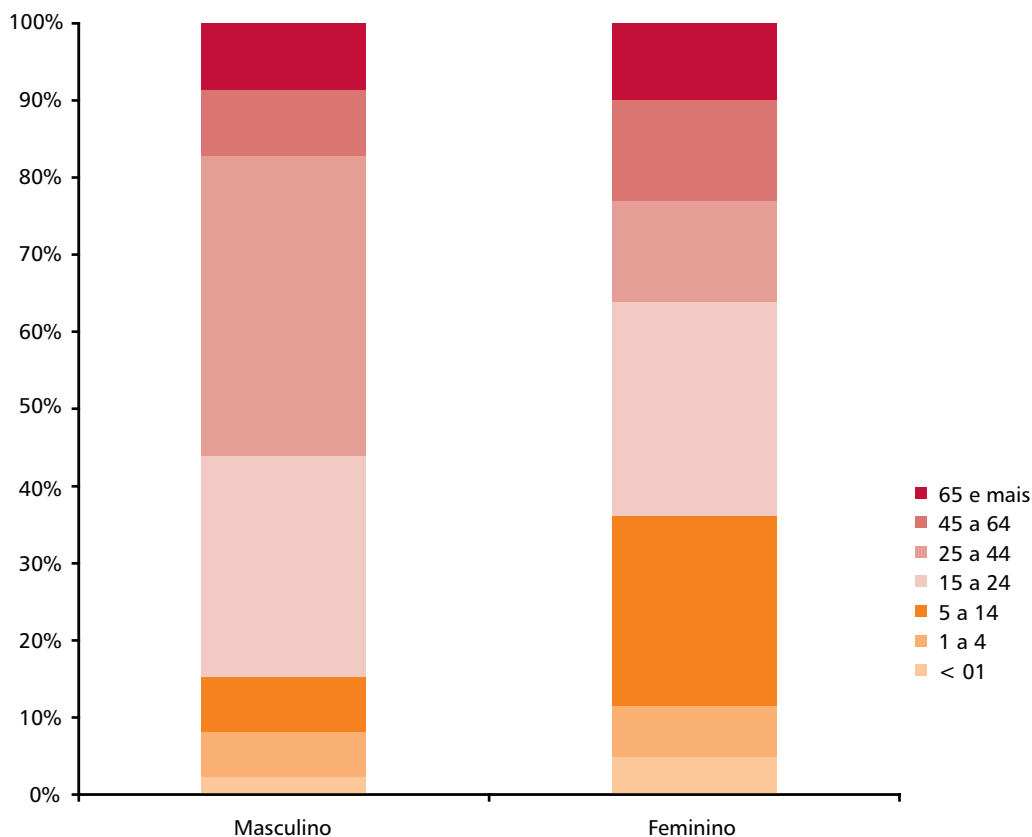
A figura 5.11 mostra a distribuição da mortalidade por idade segundo doenças circulatórias, onde observamos que esta causa está presente entre as mulheres no intervalo etário de 15 a 24 anos, com 2,13%, não sendo observado nenhum óbito em 2003 entre os homens neste intervalo etário.

Figura 5.11: Mortalidade proporcional na população indígena por idade e doenças do aparelho circulatório segundo o sexo. Brasil, 2003.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Já na faixa etária de 25 a 44 anos, percebe-se um aumento da mortalidade entre os homens, com 8,15%, contra 6,38% de casos entre as mulheres. No restante dos intervalos etários as distribuições são muito semelhantes. A figura 5.12 apresenta a mortalidade por causas externas e por sexo. Observa-se que os óbitos somaram um total de 279 no ano de 2003, sendo 218 do sexo masculino e 61 do feminino. A figura 5.12 mostra uma proporção da mortalidade feminina entre 5 e 14 anos (24,6%) maior do que a do sexo masculino (6,9%). No sexo masculino, existe uma prevalência maior na faixa etária de 25 a 44 anos (37,3%) em comparação com o feminino (13,1%). Na faixa etária de 15 a 24 anos, as proporções são bem parecidas, 27,6% no sexo masculino e 27,9% no feminino. Nos intervalos etários subseqüentes, as distribuições apresentam-se bastante semelhantes entre os sexos.

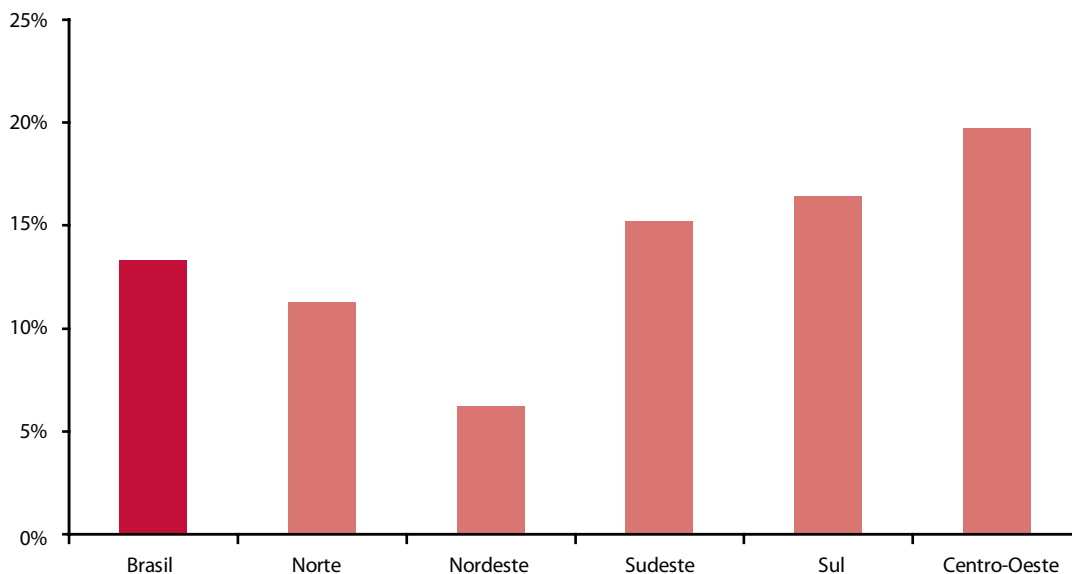
Figura 5.12: Mortalidade na população indígena por idade e causas externas segundo o sexo. Brasil, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Ainda na análise da mortalidade por causas externas, observa-se na figura 5.13 que as porcentagens são altas em todas regiões do País, aparecendo com proporção maior na Região Centro-Oeste e com menor intensidade na Região Nordeste.

Figura 5.13: Percentual de óbitos por causas externas na população indígena. Brasil e regiões, 2003.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

A seguir, faz-se uma avaliação específica dos dez estados brasileiros com os maiores números de óbitos de indígenas no período de 1998 a 2003. A ordem em que os estados são apresentados segue a quantidade de óbitos registrados no período observado.

Mato Grosso do Sul

As principais causas de óbito registradas pelo SIM na população indígena do Mato Grosso do Sul foram causas externas (22,8%), doenças infecciosas (15,3%), doenças do aparelho circulatório (13,5%), doenças endócrinas (11,5%), doenças do aparelho respiratório (10,0%), afecções perinatais (7,1%) (Tabela 5.15).

Chama a atenção o grande percentual de óbitos por causas externas, o que contrasta com aqueles observados no Mato Grosso, onde as causas externas são pouco frequentes.

Analisando-se as causas de óbito segundo o ano, observa-se alguma flutuação ao longo dos anos, mas existe praticamente uma estabilidade das causas ao longo do período analisado (Tabela 5.15).

Tabela 5.15: Principais causas de mortalidade da população indígena. Mato Grosso do Sul, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	3 18,8%	26 18,7%	64 17,9%	45 12,3%	68 16,8%	52 13,0%	258 15,3%
Neoplasias (tumores)	1 6,3%	13 9,4%	10 2,8%	22 6,0%	13 3,2%	16 4,0%	75 4,5%
Endócrinas	2 12,5%	13 9,4%	32 8,9%	50 13,6%	43 10,6%	53 13,2%	193 11,5%
Aparelho Circulatório	0 0,0%	13 9,4%	54 15,1%	53 14,4%	48 11,9%	60 15,0%	228 13,5%
Aparelho Respiratório	2 12,5%	22 15,8%	41 11,5%	33 9,0%	33 8,2%	38 9,5%	169 10,0%
Afecções Perinatais	4 25,0%	6 4,3%	22 6,2%	28 7,6%	32 7,9%	28 7,0%	120 7,1%
Mal Definidas	2 12,5%	9 6,5%	31 8,7%	23 6,3%	23 5,7%	15 3,7%	103 6,1%
Causas Externas	0 0,0%	31 22,3%	72 20,1%	81 22,1%	102 25,3%	98 24,4%	384 22,8%
Total	16 100,0%	139 100,0%	358 100,0%	367 100,0%	404 100,0%	401 100,0%	1685 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Obs: Total considerando todas as causas.

A mortalidade distribui-se de maneira diferente segundo o sexo. As três principais causas de óbito entre as mulheres indígenas no MS foram: causas externas (16,6%), doenças infecciosas (14,5%) e do aparelho circulatório (13,1%). Entre os homens foram: causas externas (27,7%), doenças infecciosas (16,0%), doenças do aparelho circulatório (13,9%) e doenças endócrinas (10,4%) (Tabelas 5.16 e 5.17).

Tabela 5.16: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Mato Grosso do Sul, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	1 16,7%	17 22,4%	43 20,2%	28 13,2%	36 16,6%	26 11,8%	151 16,0%
Neoplasias (tumores)	1 16,7%	6 7,9%	5 2,4%	7 3,3%	5 2,3%	2 0,9%	26 2,8%
Endócrinas	0 0,0%	5 6,6%	19 8,9%	26 12,3%	19 8,8%	29 13,2%	98 10,4%
Aparelho Circulatório	0 0,0%	6 7,9%	32 15,0%	30 14,2%	27 12,4%	36 16,4%	131 13,9%
Aparelho Respiratório	2 33,3%	11 14,5%	19 8,9%	23 10,9%	22 10,1%	18 8,2%	95 10,1%
Aparelho Digestivo	0 0,0%	0 0,0%	7 3,3%	7 3,3%	5 2,3%	4 1,8%	23 2,4%
Afecções Perinatais	0 0,0%	3 4,0%	9 4,2%	16 7,6%	15 6,9%	11 5,0%	54 5,7%
Mal Definidas	2 33,3%	5 6,6%	17 8,0%	12 5,7%	13 6,0%	9 4,1%	58 6,1%
Causas Externas	0 0,0%	22 29,0%	52 24,4%	56 26,4%	62 28,6%	69 31,4%	261 27,7%
Total	6 100,0%	76 100,0%	213 100,0%	212 100,0%	217 100,0%	220 100,0%	944 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.17: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Mato Grosso do Sul, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	2 20,0%	9 14,3%	21 14,5%	17 11,0%	32 17,3%	26 14,4%	107 14,5%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	7 11,1%	5 3,5%	15 9,7%	8 4,3%	14 7,7%	49 6,6%
Endócrinas	2 20,0%	8 12,7%	13 9,0%	24 15,5%	24 13,0%	24 13,3%	95 12,9%
Aparelho Circulatório	0 0,0%	7 11,1%	22 15,2%	23 14,8%	21 11,4%	24 13,3%	97 13,1%
Aparelho Respiratório	0 0,0%	11 17,5%	22 15,2%	10 6,5%	11 6,0%	20 11,1%	74 10,0%
Aparelho Digestivo	0 0,0%	1 1,6%	6 4,1%	4 2,6%	6 3,2%	7 3,9%	24 3,3%
Afecções Perinatais	4 40,0%	3 4,8%	13 9,0%	12 7,7%	17 9,2%	17 9,4%	66 8,9%
Sem Diagnóstico	0 0,0%	4 6,4%	14 9,7%	11 7,1%	8 4,3%	6 3,3%	43 5,8%
Causas Externas	0 0,0%	9 14,3%	20 13,8%	25 16,1%	40 21,6%	29 16,0%	123 16,6%
Total	10 100,0%	63 100,0%	145 100,0%	155 100,0%	185 100,0%	181 100,0%	739 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando a distribuição dos óbitos por faixas etárias, observa-se que entre os menores de um ano a causa mais freqüente no período de 2001 a 2003 foi a afecção perinatal (n=88; 32,8%), seguida das doenças infecciosas (n=49; 18,3%) e doenças do aparelho respiratório (n=43; 16,0%). Dentro das doenças infecciosas, a diarreia foi a principal causa (n=34), correspondendo a 69% das infecciosas no período de 2001 a 2003.

Entre as crianças indígenas de um a quatro anos observou-se como principais causas de morte: doenças infecciosas (n=62; 38,0%), doenças endócrinas (n=58; 35,6%) e doenças do aparelho respiratório (n=20; 12,3%). Dentro das doenças infecciosas, a diarreia foi a principal causa (n=49), correspondendo a 79% das mortes no período de 2001 a 2003.

Os óbitos cuja causa morte, na declaração de óbito, foi desnutrição foram 38 entre os menores de um ano e 58 entre os de um a quatro anos, no período de 2001 a 2003, no Mato Grosso do Sul.

Uma análise dos dados de mortalidade por causa externa mostrou que a principal causa foi suicídio por enforcamento, atingindo os adolescentes e adultos jovens. Foram 281 óbitos por causas externas, no período de 2001 a 2003, sendo 121 suicídios por enforcamento, o que correspondeu a 43% do total. Dos óbitos por causas externas, 38% ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos e 34,2% na faixa etária de 20 a 39 anos.

Amazonas

No Estado do Amazonas, as principais causas definidas de óbito na população indígena, no período de 1998 a 2003, registradas no SIM, foram: doenças infecciosas (13%), afecções perinatais (8,7%) e doenças do aparelho respiratório (8,5%) (Tabela 5.18).

Analisando as causas de óbito segundo o ano, percebe-se que a quantidade total de óbitos no ano vem aumentando aceleradamente desde 1998 (n=108), tendo diminuído apenas de 2002 (n=379) para 2003 (n=359). Percebe-se também que a quantidade de óbitos por causas externas vem aumentando gradativamente desde 1998.

Foram registradas nesse período 25 mortes por pneumonias e 19 por desnutrição.

Tabela 5.18: Principais causas de mortalidade da população indígena. Amazonas, de 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	12 11,1%	14 12,4%	38 16,5%	38 12,3%	50 13,2%	43 12,0%	195 13,0%
Neoplasias (tumores)	10 9,3%	8 7,1%	10 4,3%	19 6,1%	24 6,3%	21 5,9%	92 6,1%
Endócrinas	9 8,3%	9 8,0%	14 6,1%	15 4,8%	24 6,3%	12 3,3%	83 5,5%
Aparelho Circulatório	14 13,0%	12 10,6%	13 5,6%	21 6,8%	21 5,5%	17 4,7%	98 6,5%
Aparelho Respiratório	8 7,4%	16 14,2%	20 8,7%	17 5,5%	33 8,7%	33 9,2%	127 8,5%
Aparelho Digestivo	10 9,3%	5 4,4%	8 3,5%	11 3,6%	11 2,9%	5 1,4%	50 3,3%
Afecções Perinatais	11 10,2%	10 8,9%	23 10,0%	18 5,8%	27 7,1%	41 11,4%	130 8,7%
Mal Definidas	16 14,8%	24 21,2%	75 32,5%	124 40,0%	149 39,3%	124 34,5%	512 34,1%
Causas Externas	8 7,4%	10 8,9%	10 4,3%	23 7,4%	23 6,1%	40 11,1%	114 7,6%
Total	108 100,0%	113 100,0%	231 100,0%	310 100,0%	379 100,0%	359 100,0%	1500 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Observou-se que a mortalidade se distribui de maneira diferente segundo o sexo, principalmente pelo alto número de óbitos por causas externas entre homens. As três principais causas definidas de óbito entre os homens indígenas no Amazonas foram: doenças infecciosas (12%), causas externas (11,1%) e afecções perinatais (8,1%) (Tabela 5.19).

Já entre as mulheres indígenas, as três principais causas definidas de óbito foram: doenças infecciosas (14,4%), doenças do aparelho respiratório (9,1%) e afecções perinatais (8,7%) (Tabela 5.20).

Tabela 5.19: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Amazonas, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	6 9,0%	9 12,7%	18 13,9%	19 11,5%	26 13,3%	21 10,7%	99 12,0%
Neoplasias (tumores)	7 10,5%	5 7,0%	6 4,6%	9 5,5%	10 5,1%	13 6,6%	50 6,1%
Endócrinas	3 4,5%	7 9,9%	9 6,9%	8 4,9%	12 6,1%	5 2,5%	44 5,3%
Aparelho Circulatório	11 16,4%	8 11,3%	7 5,4%	9 5,5%	10 5,1%	8 4,1%	53 6,4%
Aparelho Respiratório	3 4,5%	10 14,1%	13 10,0%	11 6,7%	15 7,7%	14 7,1%	66 8,0%
Aparelho Digestivo	6 9,0%	4 5,6%	6 4,6%	7 4,2%	6 3,1%	4 2,0%	33 4,0%
Afecções Perinatais	8 11,9%	4 5,6%	10 7,7%	10 6,1%	12 6,1%	23 11,7%	67 8,1%
Mal Definidas	13 19,4%	15 21,1%	44 33,9%	66 40,0%	75 38,3%	63 32,0%	276 33,4%
Causas Externas	7 10,5%	7 9,9%	7 5,4%	15 9,1%	21 10,7%	35 17,8%	92 11,1%
Total	67 100,0%	71 100,0%	130 100,0%	165 100,0%	196 100,0%	197 100,0%	826 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.20: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Amazonas, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	6 14,6%	5 11,9%	20 20,6%	19 13,1%	24 13,2%	22 13,6%	96 14,4%
Neoplasias (tumores)	3 7,3%	3 7,1%	4 4,1%	10 6,9%	14 7,7%	8 4,9%	42 6,3%
Endócrinas	6 14,6%	2 4,8%	5 5,2%	7 4,8%	12 6,6%	7 4,3%	39 5,8%
Aparelho Circulatório	3 7,3%	4 9,5%	6 6,2%	12 8,3%	11 6,0%	9 5,6%	45 6,7%
Aparelho Respiratório	5 12,2%	6 14,3%	7 7,2%	6 4,1%	18 9,9%	19 11,7%	61 9,1%
Aparelho Digestivo	4 9,8%	1 2,4%	2 2,1%	4 2,8%	5 2,8%	1 0,6%	17 2,5%
Gravidez	3 7,3%	0 0,0%	5 5,2%	3 2,1%	1 0,6%	4 2,5%	16 2,4%
Afecções Perinatais	3 7,3%	6 14,3%	9 9,3%	8 5,5%	14 7,7%	18 11,1%	58 8,7%
Mal Definidas	3 7,3%	9 21,4%	31 32,0%	58 40,0%	74 40,7%	61 37,7%	236 35,3%
Causas Externas	1 2,4%	3 7,1%	3 3,1%	8 5,5%	2 1,1%	5 3,1%	22 3,3%
Total	41 100,0%	42 100,0%	97 100,0%	145 100,0%	182 100,0%	162 100,0%	669 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando a distribuição por faixas etárias, vemos que entre os menores de um ano as causas mais frequentes no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=86; 32,6%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (n=31; 11,7%) e doenças infecciosas (n=27; 10,2%).

Entre as crianças indígenas de um a quatro anos de idade, as principais causas de morte observadas foram: doenças infecciosas (n=22; 17,5%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (n=17; 13,5%) e causas externas (n=12; 9,5%).

Pernambuco

As principais causas definidas de óbito registradas pelo SIM na população indígena de Pernambuco foram as doenças do aparelho circulatório (17,8%), seguidas das causas externas (10,3%). Existe uma alta porcentagem de óbitos por causas mal-definidas nesse período (41,4%).

Analisando-se as causas de óbito segundo o ano, observa-se que existe alguma flutuação ao longo dos anos, mas existe praticamente uma estabilidade das causas ao longo do período analisado (Tabela 5.21).

Tabela 5.21: Principais causas de mortalidade da população indígena. Pernambuco, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	17 5,2%	10 4,2%	4 2,9%	5 3,6%	5 3,7%	5 3,9%	46 4,2%
Neoplasias (tumores)	11 3,4%	23 9,8%	6 4,3%	9 6,4%	7 5,2%	10 7,9%	66 6,0%
Endócrinas	14 4,3%	10 4,2%	11 7,9%	11 7,9%	9 6,6%	9 7,1%	64 5,8%
Aparelho Circulatório	60 18,3%	51 21,6%	32 23,0%	17 12,1%	18 13,2%	19 15,0%	197 17,8%
Aparelho Respiratório	20 6,1%	12 5,1%	8 5,8%	8 5,7%	5 3,7%	13 10,2%	66 6,0%
Aparelho Digestivo	17 5,2%	9 3,8%	7 5,0%	4 2,9%	1 0,7%	2 1,6%	40 3,6%
Mal Definidas	133 40,6%	92 39,0%	51 36,7%	62 44,3%	75 55,2%	45 35,4%	458 41,4%
Causas Externas	48 14,6%	16 6,8%	11 7,9%	14 10,0%	11 8,1%	14 11,0%	114 10,3%
Total	328 100,0%	236 100,0%	139 100,0%	140 100,0%	136 100,0%	127 100,0%	1106 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

A maior causa de óbitos em ambos os sexos foram as doenças do aparelho circulatório (17,5% no sexo masculino e 18,2% no feminino). Porém, as duas distribuições são bem distintas quando consideramos apenas os óbitos por causas externas. Enquanto entre os homens essas causas representaram 15,5% do total de óbitos, entre as mulheres este percentual foi de 3,4%. Dos 114 óbitos registrados como causas externas, 72 (63,2%) foram homicídios e 5 (4,4%) foram suicídios.

Tabela 5.22: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Pernambuco, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	12 6,1%	8 5,9%	1 1,3%	3 3,6%	3 4,2%	3 4,5%	30 4,7%
Neoplasias (tumores)	2 1,0%	11 8,1%	3 3,9%	7 8,3%	3 4,2%	6 9,0%	32 5,1%
Endócrinas	5 2,6%	6 4,4%	4 5,1%	4 4,8%	3 4,2%	5 7,5%	27 4,3%
Aparelho Circulatório	35 17,9%	33 24,3%	17 21,8%	10 11,9%	7 9,7%	9 13,4%	111 17,5%
Aparelho Respiratório	10 5,1%	5 3,7%	5 6,4%	5 6,0%	3 4,2%	7 10,5%	35 5,5%
Aparelho Digestivo	13 6,6%	4 2,9%	5 6,4%	3 3,6%	0 0,0%	1 1,5%	26 4,1%
Mal Definidas	70 35,7%	47 34,6%	27 34,6%	35 41,7%	44 61,1%	19 28,4%	242 38,2%
Causas Externas	43 21,9%	14 10,3%	11 14,1%	11 13,1%	6 8,3%	13 19,4%	98 15,5%
Total	196 100,0%	136 100,0%	78 100,0%	84 100,0%	72 100,0%	67 100,0%	633 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.23: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Pernambuco, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	5 3,8%	2 2,0%	3 4,9%	2 3,6%	2 3,1%	2 3,3%	16 3,4%
Neoplasias (tumores)	9 6,8%	12 12,0%	3 4,9%	2 3,6%	4 6,3%	4 6,7%	34 7,2%
Endócrinas	9 6,8%	4 4,0%	7 11,5%	7 12,5%	6 9,4%	4 6,7%	37 7,8%
Aparelho Circulatório	25 18,9%	18 18,0%	15 24,6%	7 12,5%	11 17,2%	10 16,7%	86 18,2%
Aparelho Respiratório	10 7,6%	7 7,0%	3 4,9%	3 5,4%	2 3,1%	6 10,0%	31 6,6%
Aparelho Digestivo	4 3,0%	5 5,0%	2 3,3%	1 1,8%	1 1,6%	1 1,7%	14 3,0%
Afecções Perinatais	0 0,0%	3 3,0%	3 4,9%	3 5,4%	1 1,6%	1 1,7%	11 2,3%
Mal Definidas	63 47,7%	45 45,0%	24 39,3%	27 48,2%	31 48,4%	26 43,3%	216 45,7%
Causas Externas	5 3,8%	2 2,0%	0 0,0%	3 5,4%	5 7,8%	1 1,7%	16 3,4%
Total	132 100,0%	100 100,0%	61 100,0%	56 100,0%	64 100,0%	60 100,0%	473 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando a distribuição por faixas etárias, vemos que entre os menores de um ano as causas mais frequentes no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=9; 15,0%).

Dos 403 óbitos registrados nesse período, 264 (65,5%) foram de indígenas com mais de 50 anos de idade.

Roraima

No Estado de Roraima foram registrados no SIM um total de 965 óbitos de indígenas no período de 1998 a 2003. As principais causas definidas de óbitos observadas foram: causas externas (20,8%), doenças infecciosas (14,0%) e doenças do aparelho respiratório (10,9%).

Chama a atenção o grande número de óbitos por causas externas, especialmente no ano de 1999, quando foram registrados 79 óbitos.

Tabela 5.24: Principais causas de mortalidade da população indígena. Roraima, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	21 24,7%	41 15,7%	27 12,1%	10 10,4%	11 8,9%	25 14,4%	135 14,0%
Neoplasias (tumores)	3 3,5%	9 3,4%	11 4,9%	7 7,3%	13 10,5%	18 10,3%	61 6,3%
Endócrinas	3 3,5%	14 5,3%	14 6,3%	3 3,1%	5 4,0%	18 10,3%	57 5,9%
Aparelho Circulatório	6 7,1%	4 1,5%	18 8,0%	4 4,2%	12 9,7%	13 7,5%	57 5,9%
Aparelho Respiratório	9 10,6%	20 7,6%	30 13,4%	11 11,5%	11 8,9%	24 13,8%	105 10,9%
Aparelho Digestivo	2 2,4%	5 1,9%	9 4,0%	8 8,3%	16 12,9%	6 3,5%	46 4,8%
Afecções Perinatais	2 2,4%	11 4,2%	8 3,6%	5 5,2%	8 6,5%	4 2,3%	38 3,9%
Mal Definidas	7 8,2%	68 26,0%	56 25,0%	22 22,9%	15 12,1%	25 14,4%	193 20,0%
Causas Externas	25 29,4%	79 30,2%	37 16,5%	17 17,7%	17 13,7%	26 14,9%	201 20,8%
Total	85 100,0%	262 100,0%	224 100,0%	96 100,0%	124 100,0%	174 100,0%	965 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Analisando-se as causas de óbito segundo o sexo, observou-se que as distribuições de causas de óbitos são diferentes. Entre os homens, as três principais causas definidas de óbito foram: causas externas (28,9%), doenças infecciosas (12,7%) e doenças do aparelho respiratório (10,2%). Entre as mulheres, as três principais causas foram: doenças infecciosas (15,7%), doenças do aparelho respiratório (11,8%) e causas externas (10,1%) (Tabelas 5.25 e 5.26).

Tabela 5.25: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Roraima, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	12 21,8%	19 12,3%	12 10,5%	9 14,5%	7 10,1%	11 11,5%	70 12,7%
Neoplasias (tumores)	2 3,6%	5 3,2%	3 2,6%	2 3,2%	3 4,4%	11 11,5%	26 4,7%
Endócrinas	0 0,0%	8 5,2%	4 3,5%	0 0,0%	3 4,4%	8 8,3%	23 4,2%
Aparelho Circulatório	4 7,3%	2 1,3%	13 11,4%	4 6,5%	8 11,6%	4 4,2%	35 6,4%
Aparelho Respiratório	5 9,1%	8 5,2%	15 13,2%	6 9,7%	5 7,3%	17 17,7%	56 10,2%
Aparelho Digestivo	1 1,8%	4 2,6%	4 3,5%	6 9,7%	6 8,7%	3 3,1%	24 4,4%
Afecções Perinatais	1 1,8%	5 3,2%	5 4,4%	4 6,5%	6 8,7%	1 1,0%	22 4,0%
Mal Definidas	2 3,6%	39 25,2%	28 24,6%	14 22,6%	10 14,5%	13 13,5%	106 19,2%
Causas Externas	21 38,2%	62 40,0%	25 21,9%	15 24,2%	16 23,2%	20 20,8%	159 28,9%
Total	55 100,0%	155 100,0%	114 100,0%	62 100,0%	69 100,0%	96 100,0%	551 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.26: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Roraima, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	9 30,0%	22 20,6%	15 13,6%	1 2,9%	4 7,3%	14 18,0%	65 15,7%
Neoplasias (tumores)	1 3,3%	4 3,7%	8 7,3%	5 14,7%	10 18,2%	7 9,0%	35 8,5%
Endócrinas	3 10,0%	6 5,6%	10 9,1%	3 8,8%	2 3,6%	10 12,8%	34 8,2%
Sistema Nervoso	0 0,0%	5 4,7%	2 1,8%	1 2,9%	4 7,3%	1 1,3%	13 3,1%
Aparelho Circulatório	2 6,7%	2 1,9%	5 4,6%	0 0,0%	4 7,3%	9 11,5%	22 5,3%
Aparelho Respiratório	4 13,3%	12 11,2%	15 13,6%	5 14,7%	6 10,9%	7 9,0%	49 11,8%
Aparelho Digestivo	1 3,3%	1 0,9%	5 4,6%	2 5,9%	10 18,2%	3 3,9%	22 5,3%
Afecções Perinatais	1 3,3%	6 5,6%	3 2,7%	1 2,9%	2 3,6%	3 3,9%	16 3,9%
Mal Definidas	5 16,7%	29 27,1%	28 25,5%	8 23,5%	5 9,1%	12 15,4%	87 21,0%
Causas Externas	4 13,3%	17 15,9%	12 10,9%	2 5,9%	1 1,8%	6 7,7%	42 10,1%
Total	30 100,0%	107 100,0%	110 100,0%	34 100,0%	55 100,0%	78 100,0%	414 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando a distribuição por faixas etárias, vemos que entre os menores de um ano no período do 2001 a 2003 ocorreram quinze (15,5%) óbitos por pneumonias, treze (13,4%) por diarreias, seis (6,2%) por desnutrição. As maiores responsáveis por óbitos nessa faixa etária foram as doenças do aparelho respiratório (n= 23; 23,7%).

Entre as crianças indígenas de um a quatro anos, as principais causas de óbitos foram as doenças infecciosas (n=8; 26,7%). Dos oito óbitos por essa causa, sete foram por diarreias.

Na faixa etária de 15 a 49 anos as principais causas de morte foram os homicídios (n=24; 23,3%).

São Paulo

Em São Paulo, as principais causas definidas de óbito na população indígena registradas no SIM no período de 1998 a 2003 foram: doenças do aparelho circulatório (28,3%), causas externas (14,4%), neoplasias (12,0%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%) (Tabela 5.27).

Tabela 5.27: Principais causas de mortalidade da população indígena. São Paulo, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	6 5,7%	8 5,3%	38 10,3%	10 7,6%	6 8,6%	1 2,2%	69 7,9%
Neoplasias (tumores)	10 9,4%	24 15,8%	48 13,0%	12 9,1%	4 5,7%	7 15,2%	105 12,0%
Endócrinas	8 7,6%	8 5,3%	15 4,1%	6 4,6%	5 7,1%	6 13,0%	48 5,5%
Aparelho Circulatório	28 26,4%	38 25,0%	102 27,7%	47 35,6%	19 27,1%	13 28,3%	247 28,3%
Aparelho Respiratório	17 16,0%	15 9,9%	39 10,6%	17 12,9%	5 7,1%	5 10,9%	98 11,2%
Aparelho Digestivo	8 7,6%	11 7,2%	15 4,1%	6 4,6%	2 2,9%	2 4,4%	44 5,0%
Causas Externas	14 13,2%	19 12,5%	64 17,4%	16 12,1%	9 12,9%	4 8,7%	126 14,4%
Total	106 100,0%	152 100,0%	368 100,0%	132 100,0%	70 100,0%	46 100,0%	874 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Observou-se que a mortalidade se distribui de maneira diferente segundo o sexo. As três principais causas definidas de óbito entre os homens foram: doenças do aparelho circulatório (25,8%), causas externas (21,2%) e as doenças do aparelho respiratório (10,7%). Entre as mulheres, as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório (32,2%), as neoplasias (16,4%) e as doenças do aparelho respiratório (12,1%) (Tabelas 5.28 e 5.29).

Tabela 5.28: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. São Paulo, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	4	5	25	5	3	0	42
	6,9%	5,2%	10,7%	6,6%	8,3%	0,0%	8,0%
Neoplasias (tumores)	4	13	26	3	1	1	48
	6,9%	13,4%	11,1%	4,0%	2,8%	4,4%	9,2%
Endócrinas	1	5	7	3	2	5	23
	1,7%	5,2%	3,0%	4,0%	5,6%	21,7%	4,4%
Aparelho Circulatório	15	23	59	23	9	6	135
	25,9%	23,7%	25,2%	30,3%	25,0%	26,1%	25,8%
Aparelho Respiratório	10	10	23	9	2	2	56
	17,2%	10,3%	9,8%	11,8%	5,6%	8,7%	10,7%
Aparelho Digestivo	4	6	8	5	1	2	26
	6,9%	6,2%	3,4%	6,6%	2,8%	8,7%	5,0%
Mal Definidas	4	10	17	4	7	3	45
	6,9%	10,3%	7,3%	5,3%	19,4%	13,0%	8,6%
Causas Externas	12	16	57	14	9	3	111
	20,7%	16,5%	24,4%	18,4%	25,0%	13,0%	21,2%
Total	58	97	234	76	36	23	524
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.29: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. São Paulo, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	2 4,2%	3 5,5%	13 9,7%	5 9,3%	3 8,8%	1 4,4%	27 7,8%
Neoplasias (tumores)	6 12,5%	11 20,0%	22 16,4%	9 16,7%	3 8,8%	6 26,1%	57 16,4%
Endócrinas	7 14,6%	3 5,5%	8 6,0%	3 5,6%	3 8,8%	1 4,4%	25 7,2%
Aparelho Circulatório	13 27,1%	15 27,3%	43 32,1%	24 44,4%	10 29,4%	7 30,4%	112 32,2%
Aparelho Respiratório	7 14,6%	5 9,1%	16 11,9%	8 14,8%	3 8,8%	3 13,0%	42 12,1%
Aparelho Digestivo	4 8,3%	5 9,1%	7 5,2%	1 1,9%	1 2,9%	0 0,0%	18 5,2%
Mal Definidas	4 8,3%	8 14,6%	9 6,7%	3 5,6%	6 17,7%	1 4,4%	31 8,9%
Causas Externas	2 4,2%	3 5,5%	7 5,2%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,4%	13 3,7%
Total	48 100,0%	55 100,0%	134 100,0%	54 100,0%	34 100,0%	23 100,0%	348 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias, observou-se que no período de 2001 a 2003 a principal causa de óbitos de crianças indígenas menores de um ano foram as afecções perinatais (n=10; 55,6%).

Dos 29 óbitos por causas externas ocorridos nesse período, 10 foram por homicídios e 8 desses dez ocorreram na faixa etária de 15 a 49 anos de idade.

Minas Gerais

No Estado de Minas Gerais, o número total de óbitos de indígenas registrados pelo SIM foi de 589. As principais causas definidas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório. Este grupo de causa é o que apresenta a maior mortalidade proporcional na população total (30,2%) e para ambos os sexos (27,5% do masculino e 33,3% do feminino).

Os óbitos por causas externas ocorreram mais frequentemente entre os homens (n=38; 11,5%) que entre as mulheres (n=4; 1,6%) (Tabelas 5.31 e 5.32).

Analisando toda a série histórica percebe-se que o número total de óbitos indígenas vem diminuindo ao longo do tempo, mas as causas de óbitos parecem ter permanecido relativamente estáveis.

Tabela 5.30: Principais causas de mortalidade da população indígena. Minas Gerais, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	8 6,5%	9 6,8%	6 6,3%	1 1,3%	5 5,4%	4 6,0%	33 5,6%
Neoplasias (tumores)	13 10,5%	10 7,5%	12 12,6%	4 5,1%	10 10,9%	9 13,4%	58 9,9%
Endócrinas	9 7,3%	5 3,8%	1 1,1%	2 2,6%	7 7,6%	2 3,0%	26 4,4%
Aparelho Circulatório	34 27,4%	40 30,1%	29 30,5%	27 34,6%	27 29,4%	21 31,3%	178 30,2%
Aparelho Respiratório	11 8,9%	12 9,0%	7 7,4%	8 10,3%	5 5,4%	3 4,5%	46 7,8%
Afecções Perinatais	4 3,2%	2 1,5%	2 2,1%	6 7,7%	0 0,0%	1 1,5%	15 2,6%
Mal Definidas	31 25,0%	31 23,3%	27 28,4%	22 28,2%	16 17,4%	9 13,4%	136 23,1%
Causas Externas	10 8,1%	8 6,0%	3 3,2%	5 6,4%	10 10,9%	6 9,0%	42 7,1%
Total	124 100,0%	133 100,0%	95 100,0%	78 100,0%	92 100,0%	67 100,0%	589 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.31: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Minas Gerais, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	3 4,4%	4 5,7%	3 5,8%	1 2,1%	4 7,0%	2 5,4%	17 5,1%
Neoplasias (tumores)	5 7,4%	6 8,6%	8 15,4%	2 4,3%	6 10,5%	6 16,2%	33 10,0%
Endócrinas	2 2,9%	2 2,9%	0 0,0%	0 0,0%	3 5,3%	1 2,7%	8 2,4%
Transtornos Mentais	0 0,0%	5 7,1%	2 3,9%	1 2,1%	3 5,3%	3 8,1%	14 4,2%
Aparelho Circulatório	20 29,4%	18 25,7%	16 30,8%	15 31,9%	16 28,1%	6 16,2%	91 27,5%
Aparelho Respiratório	7 10,3%	5 7,1%	2 3,9%	4 8,5%	2 3,5%	1 2,7%	21 6,3%
Aparelho Digestivo	2 2,9%	3 4,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,8%	4 10,8%	10 3,0%
Aparelho geniturinário	0 0,0%	1 1,4%	3 5,8%	1 2,1%	2 3,5%	0 0,0%	7 2,1%
Afecções Perinatais	3 4,4%	1 1,4%	0 0,0%	5 10,6%	0 0,0%	1 2,7%	10 3,0%
Mal Definidas	16 23,5%	16 22,9%	15 28,9%	12 25,5%	8 14,0%	5 13,5%	72 21,8%
Causas Externas	9 13,2%	7 10,0%	2 3,9%	5 10,6%	9 15,8%	6 16,2%	38 11,5%
Total	68 100,0%	70 100,0%	52 100,0%	47 100,0%	57 100,0%	37 100,0%	331 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.32: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Minas Gerais, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	5 8,9%	5 8,2%	3 7,1%	0 0,0%	1 2,9%	2 6,7%	16 6,3%
Neoplasias (tumores)	8 14,3%	3 4,9%	4 9,5%	2 6,5%	4 11,4%	3 10,0%	24 9,4%
Endócrinas	7 12,5%	3 4,9%	1 2,4%	2 6,5%	4 11,4%	1 3,3%	18 7,1%
Aparelho Circulatório	14 25,0%	21 34,4%	12 28,6%	12 38,7%	11 31,4%	15 50,0%	85 33,3%
Aparelho Respiratório	4 7,1%	7 11,5%	5 11,9%	4 12,9%	3 8,6%	2 6,7%	25 9,8%
Afecções Perinatais	1 1,8%	1 1,6%	2 4,8%	1 3,2%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,0%
Mal Definidas	15 26,8%	15 24,6%	12 28,6%	10 32,3%	8 22,9%	4 13,3%	64 25,1%
Causas Externas	1 1,8%	1 1,6%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,9%	0 0,0%	4 1,6%
Total	56 100,0%	61 100,0%	42 100,0%	31 100,0%	35 100,0%	30 100,0%	255 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias, observou-se que entre os menores de um ano a causa mais freqüente no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=7).

Entre as crianças indígenas de um a quatro anos ocorreram apenas dois óbitos durante esse período.

Bahia

No Estado da Bahia, as principais causas definidas de óbitos na população indígena no período de 1998 a 2003 foram: doenças do aparelho circulatório (21,2%) e causas externas (8,4%).

Comparando-se os anos, em 2000 ocorreu o maior número de óbitos (n=149), que se deram principalmente por causas mal-definidas (n=60; 40,3%) (Tabela 5.33).

Tabela 5.33: Principais causas de mortalidade da população indígena. Bahia, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	0 0,0%	5 5,9%	5 3,4%	1 1,1%	3 3,0%	8 8,6%	22 3,8%
Neoplasias (tumores)	5 7,9%	5 5,9%	6 4,0%	6 6,4%	6 5,9%	4 4,3%	32 5,5%
Endócrinas	4 6,4%	3 3,5%	8 5,4%	5 5,3%	3 3,0%	3 3,2%	26 4,4%
Aparelho Circulatório	22 34,9%	20 23,5%	33 22,2%	19 20,2%	19 18,8%	11 11,8%	124 21,2%
Aparelho Respiratório	2 3,2%	7 8,2%	8 5,4%	5 5,3%	6 5,9%	6 6,5%	34 5,8%
Aparelho Digestivo	3 4,8%	3 3,5%	7 4,7%	4 4,3%	3 3,0%	6 6,5%	26 4,4%
Afecções Perinatais	0 0,0%	1 1,2%	3 2,0%	5 5,3%	2 2,0%	4 4,3%	15 2,6%
Mal Definidas	19 30,2%	30 35,3%	60 40,3%	31 33,0%	43 42,6%	41 44,1%	224 38,3%
Causas Externas	3 4,8%	8 9,4%	11 7,4%	12 12,8%	12 11,9%	3 3,2%	49 8,4%
Total	63 100,0%	85 100,0%	149 100,0%	94 100,0%	101 100,0%	93 100,0%	585 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas definidas de óbitos tanto nos homens (17,8%) como entre as mulheres (25,2%). No entanto, a segunda maior causa de óbitos entre os homens foram as causas externas (12,2%). Já entre as mulheres, a segunda maior causa de óbitos foram as doenças endócrinas e as neoplasias, ambas com 6,1% do total (Tabelas 5.34 e 5.35).

Tabela 5.34: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Bahia, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	0 0,0%	3 7,3%	4 5,0%	1 2,3%	3 5,1%	4 8,9%	15 5,0%
Neoplasias (tumores)	4 11,4%	3 7,3%	1 1,3%	2 4,7%	4 6,8%	1 2,2%	15 5,0%
Endócrinas	2 5,7%	1 2,4%	3 3,8%	2 4,7%	0 0,0%	1 2,2%	9 3,0%
Aparelho Circulatório	13 37,1%	7 17,1%	16 20,0%	4 9,3%	9 15,3%	5 11,1%	54 17,8%
Aparelho Respiratório	0 0,0%	3 7,3%	5 6,3%	4 9,3%	2 3,4%	4 8,9%	18 5,9%
Aparelho Digestivo	2 5,7%	1 2,4%	5 6,3%	2 4,7%	2 3,4%	4 8,9%	16 5,3%
Afecções Perinatais	0 0,0%	1 2,4%	2 2,5%	3 7,0%	2 3,4%	2 4,4%	10 3,3%
Mal Definidas	10 28,6%	14 34,2%	30 37,5%	16 37,2%	25 42,4%	19 42,2%	114 37,6%
Causas Externas	2 5,7%	7 17,1%	10 12,5%	7 16,3%	9 15,3%	2 4,4%	37 12,2%
Total	35 100,0%	41 100,0%	80 100,0%	43 100,0%	59 100,0%	45 100,0%	303 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.35: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Bahia, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	0 0,0%	2 4,6%	1 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	4 8,5%	7 2,5%
Neoplasias (tumores)	1 3,6%	2 4,6%	5 7,4%	4 8,0%	2 4,9%	3 6,4%	17 6,1%
Endócrinas	2 7,1%	2 4,6%	5 7,4%	3 6,0%	3 7,3%	2 4,3%	17 6,1%
Aparelho Circulatório	9 32,1%	13 29,6%	17 25,0%	15 30,0%	10 24,4%	6 12,8%	70 25,2%
Aparelho Respiratório	2 7,1%	4 9,1%	3 4,4%	1 2,0%	4 9,8%	2 4,3%	16 5,8%
Aparelho Digestivo	1 3,6%	2 4,6%	2 2,9%	2 4,0%	1 2,4%	2 4,3%	10 3,6%
Afecções Perinatais	0 0,0%	0 0,0%	1 1,5%	1 2,0%	0 0,0%	2 4,3%	4 1,4%
Mal Definidas	9 32,1%	16 36,4%	29 42,7%	15 30,0%	18 43,9%	21 44,7%	108 38,9%
Causas Externas	1 3,6%	1 2,3%	1 1,5%	5 10,0%	2 4,9%	1 2,1%	11 4,0%
Total	28 100,0%	44 100,0%	68 100,0%	50 100,0%	41 100,0%	47 100,0%	278 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias, observou-se que entre os menores de um ano a causa mais freqüente no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=11; 36,7%) seguidas das doenças infecciosas (n=6; 20,0%).

Entre as crianças indígenas de um a cinco anos de idade observaram-se apenas 6 óbitos registrados no período considerado, sendo três desses por causas mal-definidas.

Pará

As principais causas definidas de óbito registradas no SIM no período de 1998 a 2003 na população do Pará foram doenças infecciosas (14,0%), doenças do aparelho circulatório (11,6%) e doenças do aparelho respiratório (11,3%).

Analisando-se as causas de óbito segundo o ano, observou-se que existe alguma flutuação ao longo dos anos, mas existe praticamente uma estabilidade das causas ao longo do período analisado (Tabela 5.36).

Tabela 5.36: Principais causas de mortalidade da população indígena. Pará, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	6 10,2%	8 8,5%	21 20,0%	13 16,1%	16 15,2%	13 12,3%	77 14,0%
Endócrinas	1 1,7%	5 5,3%	4 3,8%	2 2,5%	5 4,8%	2 1,9%	19 3,5%
Aparelho Circulatório	9 15,3%	13 13,8%	14 13,3%	9 11,1%	8 7,6%	11 10,4%	64 11,6%
Aparelho Respiratório	8 13,6%	4 4,3%	10 9,5%	14 17,3%	10 9,5%	16 15,1%	62 11,3%
Afecções Perinatais	3 5,1%	6 6,4%	7 6,7%	11 13,6%	9 8,6%	6 5,7%	42 7,6%
Mal Definidas	22 37,3%	40 42,6%	37 35,2%	19 23,5%	42 40,0%	40 37,7%	200 36,4%
Causas Externas	2 3,4%	10 10,6%	3 2,9%	2 2,5%	7 6,7%	8 7,6%	32 5,8%
Total	59 100,0%	94 100,0%	105 100,0%	81 100,0%	105 100,0%	106 100,0%	550 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

A mortalidade indígena no Estado do Pará não se modifica quando é analisada segundo sexo. As três principais causas de óbitos são as mesmas para ambos os sexos, alterando apenas as porcentagens de cada causa: doenças infecciosas com 15,9% no sexo masculino e 11,6% no feminino, doenças do aparelho respiratório com 12,0% no sexo masculino e 10,3% no feminino e doenças do aparelho circulatório com 10,4% no sexo masculino e 13,2% no feminino (Tabelas 5.37 e 5.38). Chama a atenção o alto percentual de causas mal-definidas ao longo dos anos.

Tabela 5.37: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Pará, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	4	6	10	10	10	9	49
	14,8%	10,3%	17,9%	21,7%	15,9%	15,5%	15,9%
Aparelho Circulatório	5	9	8	5	3	2	32
	18,5%	15,5%	14,3%	10,9%	4,8%	3,5%	10,4%
Aparelho Respiratório	4	4	6	8	5	10	37
	14,8%	6,9%	10,7%	17,4%	7,9%	17,2%	12,0%
Afecções Perinatais	2	2	5	4	5	3	21
	7,4%	3,5%	8,9%	8,7%	7,9%	5,2%	6,8%
Mal Definidas	7	22	22	14	27	17	109
	25,9%	37,9%	39,3%	30,4%	42,9%	29,3%	35,4%
Causas Externas	1	9	2	1	7	7	27
	3,7%	15,5%	3,6%	2,2%	11,1%	12,1%	8,8%
Total	27	58	56	46	63	58	308
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.38: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Pará, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	2 6,3%	2 5,6%	11 22,5%	3 8,6%	6 14,3%	4 8,3%	28 11,6%
Neoplasias (tumores)	3 9,4%	2 5,6%	2 4,1%	1 2,9%	2 4,8%	1 2,1%	11 4,6%
Endócrinas	1 3,1%	3 8,3%	4 8,2%	2 5,7%	4 9,5%	0 0,0%	14 5,8%
Aparelho Circulatório	4 12,5%	4 11,1%	6 12,2%	4 11,4%	5 11,9%	9 18,8%	32 13,2%
Aparelho Respiratório	4 12,5%	0 0,0%	4 8,2%	6 17,1%	5 11,9%	6 12,5%	25 10,3%
Afecções Perinatais	1 3,1%	4 11,1%	2 4,1%	7 20,0%	4 9,5%	3 6,3%	21 8,7%
Mal Definidas	15 46,9%	18 50,0%	15 30,6%	5 14,3%	15 35,7%	23 47,9%	91 37,6%
Total	32 100,0%	36 100,0%	49 100,0%	35 100,0%	42 100,0%	48 100,0%	242 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias, observou-se que entre os menores de um ano a causa mais freqüente no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=26; 32,1%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (n=24; 29,6%) e doenças infecciosas (n=11; 13,6%). Dos 24 óbitos por doenças do aparelho respiratório, 22 foram por pneumonia.

Entre as crianças indígenas de um a cinco anos de idade as principais causas de óbito no período de 2001 a 2003 foram as doenças infecciosas (n=4; 26,7%). Desses quatro óbitos, dois foram causados por diarreias.

Mato Grosso

As principais causas definidas de óbito registradas pelo SIM na população indígena do Mato Grosso foram doenças infecciosas (22,8%), doenças do aparelho respiratório (13,1%), afecções perinatais (11,8%), doenças endócrinas (10,9%), doenças do aparelho circulatório (10,3%) e causas externas (7,4%) (Tabela 5.39).

Tabela 5.39: Principais causas de mortalidade da população indígena. Mato Grosso, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	6 18,2%	12 29,3%	22 29,0%	13 16,3%	26 24,8%	25 20,5%	104 22,8%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	3 7,3%	2 2,6%	7 8,8%	8 7,6%	5 4,1%	25 5,5%
Endócrinas	2 6,1%	5 12,2%	5 6,6%	8 10,0%	13 12,4%	17 13,9%	50 10,9%
Aparelho Circulatório	11 33,3%	8 19,5%	4 5,3%	6 7,5%	9 8,6%	9 7,4%	47 10,3%
Aparelho Respiratório	6 18,2%	4 9,8%	7 9,2%	10 12,5%	11 10,5%	22 18,0%	60 13,1%
Aparelho Digestivo	0 0,0%	2 4,9%	4 5,3%	3 3,8%	3 2,9%	9 7,4%	21 4,6%
Afecções Perinatais	4 12,1%	1 2,4%	10 13,2%	12 15,0%	12 11,4%	15 12,3%	54 11,8%
Mal Definidas	1 3,0%	1 2,4%	4 5,3%	3 3,8%	8 7,6%	7 5,7%	24 5,3%
Causas Externas	2 6,1%	2 4,9%	8 10,5%	9 11,3%	8 7,6%	5 4,1%	34 7,4%
Total	33 100,0%	41 100,0%	76 100,0%	80 100,0%	105 100,0%	122 100,0%	457 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Observou-se que a mortalidade se distribui de maneira diferente segundo o sexo. As três principais causas definidas de óbito entre as mulheres foram: doenças infecciosas (24,4%), doenças do aparelho respiratório (16,4%) e doenças endócrinas (12,7%). Entre os homens foram doenças infecciosas (21,5%), afecções perinatais (12,8%) e doenças do aparelho circulatório (12,0%) (Tabelas 5.40 e 5.41).

Tabela 5.40: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Mato Grosso, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	4 22,2%	3 17,7%	13 28,9%	4 10,0%	13 22,0%	15 23,8%	52 21,5%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	1 5,9%	1 2,2%	2 5,0%	6 10,2%	3 4,8%	13 5,4%
Endócrinas	1 5,6%	2 11,8%	1 2,2%	5 12,5%	6 10,2%	8 12,7%	23 9,5%
Aparelho Circulatório	7 38,9%	5 29,4%	2 4,4%	2 5,0%	6 10,2%	7 11,1%	29 12,0%
Aparelho Respiratório	3 16,7%	1 5,9%	3 6,7%	6 15,0%	4 6,8%	8 12,7%	25 10,3%
Aparelho Digestivo	0 0,0%	2 11,8%	4 8,9%	1 2,5%	2 3,4%	5 7,9%	14 5,8%
Afecções Perinatais	2 11,1%	0 0,0%	8 17,8%	6 15,0%	9 15,3%	6 9,5%	31 12,8%
Mal Definidas	0 0,0%	1 5,9%	3 6,7%	1 2,5%	5 8,5%	6 9,5%	16 6,6%
Causas Externas	1 5,6%	2 11,8%	6 13,3%	8 20,0%	4 6,8%	3 4,8%	24 9,9%
Total	18 100,0%	17 100,0%	45 100,0%	40 100,0%	59 100,0%	63 100,0%	242 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.41: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Mato Grosso, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	2 13,3%	9 37,5%	9 30,0%	9 22,5%	13 28,3%	10 17,2%	52 24,4%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	2 8,3%	1 3,3%	5 12,5%	2 4,4%	2 3,5%	12 5,6%
Endócrinas	1 6,7%	3 12,5%	4 13,3%	3 7,5%	7 15,2%	9 15,5%	27 12,7%
Aparelho Circulatório	4 26,7%	3 12,5%	2 6,7%	4 10,0%	3 6,5%	2 3,5%	18 8,5%
Aparelho Respiratório	3 20,0%	3 12,5%	4 13,3%	4 10,0%	7 15,2%	14 24,1%	35 16,4%
Aparelho Digestivo	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 5,0%	1 2,2%	4 6,9%	7 3,3%
Gravidez	0 0,0%	1 4,2%	3 10,0%	3 7,5%	1 2,2%	0 0,0%	8 3,8%
Afecções Perinatais	2 13,3%	1 4,2%	2 6,7%	6 15,0%	3 6,5%	8 13,8%	22 10,3%
Mal Definidas	1 6,7%	0 0,0%	1 3,3%	2 5,0%	3 6,5%	1 1,7%	8 3,8%
Causas Externas	1 6,7%	0 0,0%	2 6,7%	1 2,5%	4 8,7%	2 3,5%	10 4,7%
Total	15 100,0%	24 100,0%	30 100,0%	40 100,0%	46 100,0%	58 100,0%	213 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias, observou-se que entre os menores de um ano a causa mais freqüente no período de 2001 a 2003 foram as afecções perinatais (n=39; 38,2%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (n=19; 18,6%) e doenças infecciosas (n=17; 16,7%). Dentro das doenças infecciosas foi a diarreia a principal causa (n=14), correspondendo a 82% das infecciosas no período de 2001 a 2003.

Entre as crianças indígenas de um a cinco anos de idade observaram-se como principais causas de morte: doenças infecciosas (n=32; 42,1%), doenças endócrinas (n=23; 30,3%) e doenças do aparelho respiratório (n=12; 15,8%). Dentro das doenças infecciosas foi a diarreia a principal causa (n=21), correspondendo a 66% das causas infecciosas no período de 2001 a 2003.

Os óbitos cuja causa de morte, na declaração de óbito, foi desnutrição foram nove entre os menores de um ano e 23 entre os de um a quatro anos, no Mato Grosso, no período de 2001 a 2003.

Maranhão

As principais causas definidas de óbito na população indígena do Maranhão no período de 1998 a 2003 foram: doenças do aparelho circulatório (11,3%), doenças do aparelho respiratório (9,8%) e doenças infecciosas (9,5%).

Tabela 5.42: Principais causas de mortalidade da população indígena. Maranhão, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infecciosas e parasitárias	7 11,9%	3 4,6%	5 5,8%	5 4,9%	13 19,4%	10 14,3%	43 9,5%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	3 4,6%	3 3,5%	3 2,9%	3 4,5%	3 4,3%	15 3,3%
Endócrinas	2 3,4%	0 0,0%	3 3,5%	2 2,0%	3 4,5%	9 12,9%	19 4,2%
Aparelho Circulatório	9 15,3%	5 7,6%	11 12,6%	13 12,8%	5 7,5%	8 11,4%	51 11,3%
Aparelho Respiratório	3 5,1%	2 3,0%	8 9,2%	10 9,8%	6 9,0%	15 21,4%	44 9,8%
Aparelho Digestivo	4 6,8%	3 4,6%	4 4,6%	3 2,9%	3 4,5%	1 1,4%	18 4,0%
Afecções Perinatais	6 10,2%	1 1,5%	1 1,2%	5 4,9%	11 16,4%	2 2,9%	26 5,8%
Mal Definidas	23 39,0%	41 62,1%	44 50,6%	51 50,0%	13 19,4%	13 18,6%	185 41,0%
Causas Externas	4 6,8%	6 9,1%	6 6,9%	7 6,9%	5 7,5%	4 5,7%	32 7,1%
Total	59 100,0%	66 100,0%	87 100,0%	102 100,0%	67 100,0%	70 100,0%	451 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

O ano com maior quantidade de óbitos de indígenas nesse período considerado foi 2001, quando foram registrados 102 óbitos, mas com 50,0% das causas mal-definidas. No entanto, o número de causas mal-definidas foi relativamente baixo nos últimos dois anos em relação aos anos anteriores, o que indica uma melhora na qualidade da informação.

Comparando-se as distribuições segundo sexo, nota-se que os óbitos por causas externas ocorreram em número bem maior entre os homens (n=27; 10,0%) que entre as mulheres (n=5; 2,8%). Nas demais causas, as distribuições seguiram parecidas entre os dois sexos (Tabelas 5.43 e 5.44).

Tabela 5.43: Principais causas de mortalidade na população indígena masculina. Maranhão, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	6 14,3%	2 6,1%	2 4,3%	3 4,8%	10 23,8%	6 14,0%	29 10,8%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	1 3,0%	0 0,0%	2 3,2%	1 2,4%	2 4,7%	6 2,2%
Endócrinas	1 2,4%	0 0,0%	1 2,1%	0 0,0%	1 2,4%	5 11,6%	8 3,0%
Aparelho Circulatório	5 11,9%	2 6,1%	5 10,6%	8 12,9%	4 9,5%	4 9,3%	28 10,4%
Aparelho Respiratório	2 4,8%	1 3,0%	4 8,5%	7 11,3%	4 9,5%	9 20,9%	27 10,0%
Aparelho Digestivo	3 7,1%	2 6,1%	2 4,3%	2 3,2%	3 7,1%	1 2,3%	13 4,8%
Afecções Perinatais	4 9,5%	0 0,0%	0 0,0%	4 6,5%	7 16,7%	2 4,7%	17 6,3%
Mal Definidas	16 38,1%	20 60,6%	27 57,5%	30 48,4%	6 14,3%	6 14,0%	105 39,0%
Causas Externas	4 9,5%	5 15,2%	6 12,8%	5 8,1%	3 7,1%	4 9,3%	27 10,0%
Total	42 100,0%	33 100,0%	47 100,0%	62 100,0%	42 100,0%	43 100,0%	269 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Tabela 5.44: Principais causas de mortalidade na população indígena feminina. Maranhão, 1998 a 2003.

Principais Causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Infeciosas e parasitárias	1 5,9%	1 3,0%	3 7,5%	2 5,0%	3 12,0%	4 14,8%	14 7,7%
Neoplasias (tumores)	0 0,0%	2 6,1%	3 7,5%	1 2,5%	2 8,0%	1 3,7%	9 5,0%
Endócrinas	1 5,9%	0 0,0%	2 5,0%	2 5,0%	2 8,0%	4 14,8%	11 6,0%
Aparelho Circulatório	4 23,5%	3 9,1%	6 15,0%	5 12,5%	1 4,0%	4 14,8%	23 12,6%
Aparelho Respiratório	1 5,9%	1 3,0%	4 10,0%	3 7,5%	2 8,0%	6 22,2%	17 9,3%
Aparelho Digestivo	1 5,9%	1 3,0%	2 5,0%	1 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,8%
Gravidez	0 0,0%	1 3,0%	1 2,5%	1 2,5%	1 4,0%	0 0,0%	4 2,2%
Afecções Perinatais	2 11,8%	1 3,0%	1 2,5%	1 2,5%	4 16,0%	0 0,0%	9 5,0%
Mal Definidas	7 41,2%	21 63,6%	17 42,5%	21 52,5%	7 28,0%	7 25,9%	80 44,0%
Causas Externas	0 0,0%	1 3,0%	0 0,0%	2 5,0%	2 8,0%	0 0,0%	5 2,8%
Total	17 100,0%	33 100,0%	40 100,0%	40 100,0%	25 100,0%	27 100,0%	182 100,0%

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Obs: Total considerando todas as causas.

Considerando-se a distribuição por faixas etárias no período de 2001 a 2003, observa-se que, dos óbitos ocorridos em crianças menores de um ano de idade, 31,0% (n=18) foram causados por afecções perinatais, 22,4% (n=13) por doenças infecciosas, sendo 13 por diarreias e 20,7% (n=12) causados por doenças do aparelho respiratório. Foram registrados 4 óbitos em crianças com menos de um ano causados por desnutrição.

Entre as crianças indígenas de um a 4 anos de idade, a principal causa de óbitos foram as diarreias, com 8 ocorrências.

Conclusões

Os dois sistemas de informações considerados (SIASI e SIM), apesar de apresentarem resultados diferentes por razões já mencionadas, apresentam informações complementares.

A análise da mortalidade proporcional por idade mostrou a acentuada proporção de óbitos de pessoas de 0 a 5 anos quando comparada à população geral das mesmas regiões em que vivem os povos indígenas, o que suscita a urgência de desenvolvimento de ações, programas e políticas de saúde direcionadas a esta população.

Com relação à idade e sexo, chama a atenção a predominância dos óbitos femininos na faixa etária de 0 a 1 ano, a maior mortalidade dos homens nas faixas etárias de adultos jovens e maior proporção de óbitos femininos nas mulheres acima de 65 anos de idade.

O perfil de causas de mortalidade para a população indígena apresenta especificidades marcantes. As causas mal definidas são a principal causa de óbitos e entre as definidas as causas externas são as mais importantes, destacando-se o suicídio com números crescentes a partir de 1999, localizado principalmente na Região Centro-Oeste.

Outras causas mais frequentes estão ligadas às doenças do aparelho circulatório, às doenças infecciosas e parasitárias e às endócrinas nutricionais e metabólicas. Chama a atenção o grande peso das doenças infecciosas e parasitárias com percentuais de óbitos muito altos nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Referência bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília: ministério da Saúde, 2004.