

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

NATHALIA MODENESI FIORIO

**MORTALIDADE POR RAÇA/COR EM VITÓRIA/ES:
ANÁLISE DA INFORMAÇÃO E DAS
DESIGUALDES EM SAÚDE**

VITÓRIA

2009

NATHALIA MODENESI FIORIO

**MORTALIDADE POR RAÇA/COR EM VITÓRIA/ES:
ANÁLISE DA INFORMAÇÃO E DAS
DESIGUALDES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.
Orientadora: Prof^a Dra. Maria del Carmen Bisi Molina

VITÓRIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Fiorio, Nathalia Modenesi, 1984-
Mortalidade por raça/cor em Vitória/ES: análise da informação e das desigualdades em saúde./ Nathalia Modenesi Fiorio – Vitória: UFES / Centro de Ciências da Saúde, 2008. N de folhas f.109 : il.

Orientadora: Maria del Carmen Bisi Molina
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, 2008.

1. Sistemas de Informação. 2. Registros de Mortalidade. 3. Distribuição por Raça ou Cor. 4. Epidemiologia. I. Molina, Maria del Carmen Bisi. II. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva. III. Mortalidade por raça/cor em Vitória/ES: uma análise do Sistema de Informação sobre Mortalidade

NATHALIA MODENESI FIORIO

**MORTALIDADE POR RAÇA/COR EM VITÓRIA/ES:
ANÁLISE DA INFORMAÇÃO E DAS
DESIGUALDES EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Saúde.

Aprovada em 27 de janeiro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria del Carmen Bisi Molina
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a Dr^a Maria Helena de Prado Mello Jorge
Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Denise Silveira de Castro
Universidade Federal do Espírito Santo

**Dedico este trabalho ao meu marido, pelo apoio e compreensão a cada dia e aos meus pais, por confiarem em mim sempre.
Essas pessoas são minha fortaleza e refúgio nas horas mais difíceis da minha vida.**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, pela minha vida e por permitir que pessoas maravilhosas fizessem parte dela.

Como não poderia deixar de ser, agradeço à Prof^a Dr^a Maria del Carmen Bisi Molina pela dedicação, por acreditar no meu trabalho, por deixar-me buscar respostas ao mesmo tempo em que orientava-me fazer perguntas certas.

Sou grata também ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – PPGASC, a todos os funcionários que, por diversas vezes me ajudaram com gentileza, a todos os Professores do PPGASC que com desprendimento e atenção muito acrescentaram na minha formação e, pelas preciosas orientações no decorrer do meu estudo que, por alguns momentos exigiu amadurecimento e delicadeza na abordagem e discussão.

A realização deste projeto não haveria sido possível sem a ajuda dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, em especial, ao Dorian Schim Smarzaro, Fabiano José Pereira de Oliveira, Patrícia de Castro, Leão Borges (Coordenação dos Sistemas de Informações Epidemiológicas) e demais funcionários que solicitamente me ajudaram na coleta dos dados e aproximação com a linguagem do sistema. Obrigada a todos!

Devo acrescentar que nada seria o mesmo sem as contribuições da minha turma de mestrado. Durante as apresentações em sala e conversas desesperadas de corredor contribuíram muito, especialmente quando tudo parecia tão árduo.

Agradeço também a professora Maria Helena de Prado Mello Jorge, por tão gentil e solicitamente ter aceitado o convite para integrar essa banca.

Além disso, devo acrescentar as professoras Eliana Zandonade, Denise Silveira de Castro e Ethel Leonor Nóia Maciel, presentes nesta banca e em minha qualificação que, por meio de críticas e sugestões contribuíram para que meu projeto se concretizasse.

Não poderia esquecer das minhas grandes amigas, Lorena, Marcela e Mirian que, desde a graduação se fazem presentes em minha vida e ajudam-me a ser uma pessoa melhor. E a todos os demais amigos que alegam e colore a minha vida. Adoro vocês e os tenho em meu coração.

Gostaria de agradecer às pessoas especiais que muito contribuíram para que eu alcançasse meu objetivo. Aos meus queridos pais, Lourdes e Isaac e, ao meu irmão, Jardel, por confiarem em mim e por estarem incondicionalmente ao meu lado; e, à Marlene (Mada) minha “segunda mãe” pelo carinho e pelas palavras de estímulo. Por fim, não poderia deixar de declarar toda minha gratidão ao meu amor, Arles Júnior, cuja dedicação e compreensão sincera e gratuita no dia a dia foram, por diversas vezes, minha força nessa jornada. Amo muito vocês!

“As informações que você tem não são as que você quer, as informações que você quer não são as que você precisa e as informações que você precisa não existem.”

Ditado irlandês

RESUMO

A utilização de dados de mortalidade para análise das condições de saúde da população contribui para o planejamento e avaliação de ações políticas públicas bem como, auxilia na identificação e compreensão das desigualdades em saúde. Para tanto, é essencial que os dados sejam de qualidade garantindo a fidedignidade das informações. As desigualdades em saúde vêm sendo discutidas nas últimas décadas e destacam-se como um problema para a saúde pública, portanto, a identificação de indicadores e variáveis capazes de expor esse problema assume papel fundamental na pesquisa. Com objetivo de analisar as diferenças na mortalidade por causas entre os grupos de raça/cor nos anos de 2003 a 2006 em Vitória/ES foram coletados e analisados dados secundários a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O estudo abrange todos os óbitos de pessoas com idade igual ou maior de 15 anos residentes em Vitória/ES entre os anos de 2003 e 2006 (n=7.312). Foi realizada uma análise da completude da variável raça/cor de 1995, ano de sua implantação no sistema, até 2006. Em seguida, o período de 2003 a 2006 foi selecionado por apresentar linearidade em relação à completude da variável dependente. As demais variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária e causa básica do óbito. As análises bivariadas foram realizadas entre a variável dependente (raça/cor) e variáveis independentes (sexo, faixa etária e causa básica). Para a análise das desigualdades entre as categorias de raça/cor, foram compostos coeficientes de mortalidade proporcional por idade e por causa básica, tendo como denominador o valor estimado a partir do Censo de 2000, realizado pelo IBGE. Além disso, foram analisadas as idades médias e medianas de óbito por causa básica e raça/cor. Por fim, calculou-se o risco relativo por sexo, idade e causa básica. Para a análise das diferenças entre médias foi utilizado o teste ANOVA a uma via, seguido do teste de Tukey. Foi calculado ainda o risco relativo e em ambos o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e IC95%. Os resultados encontrados apontam aumento da completude da variável raça/cor no SIM desde sua implantação, passando de 99% (1996) a 16% em 2005. Quanto às causas básicas de óbitos, essas se apresentaram distintas tanto em relação à raça/cor, como entre os sexos e faixas etárias. Entre os negros, quando comparados aos brancos evidenciou-se maior risco relativo de morte para Transtornos mentais e

comportamentais, RR- 9,29 (2,14 – 40,38); Causas mal definidas, RR 8,71 (1,99 – 38,07); e Causas externas, RR – 5,71 (3,83 – 8,51). Para as mulheres negras, encontraram-se RR- 2,38 (1,15 – 4,94) para Causas externas e 0,52 (0,35 – 0,78) para as Neoplasias, sendo este um fator de proteção. Na análise da mortalidade por idade e raça/cor, encontramos uma variação de até 33 anos (Doenças do sistema nervoso). Conclui-se que houve aumento da completude da variável raça/cor no SIM do município de Vitória, entretanto esforços crescentes precisam ser realizados objetivando o aperfeiçoamento das informações de mortalidade, principalmente no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas. Foram detectadas desigualdades raciais/étnicas na mortalidade geral e por causas, destacando-se a mortalidade por Transtornos Mentais e Causas externas, além da mortalidade precoce que ocorre na população negra, mesmo quando a causa de óbito é a mesma.

Palavras-chave: Sistemas de Informação. Registros de Mortalidade. Distribuição por Raça ou Cor.

ABSTRACT

The use of mortality data for analysis of the health of the population contributes to the planning and evaluation of public policies and actions, assist in the identification and understanding of inequalities in health. For this it is essential that the data are of quality ensuring the reliability of information. Inequalities in health are being discussed in recent decades and stand out as a public health problem, therefore, the identification of indicators and variables that explain this problem is essential role in the search. In order to analyze the differences in mortality by cause among the race / color in the years 2003 to 2006 in Vitória / ES were collected and analyzed secondary data from the Mortality Information System (MIS). The study covers all the deaths over 15 years living in Vitória / ES between the years 2003 and 2006 (n = 7,312). We performed a review of the completeness of the race / color in 1995, the year of its implementation in the system, until 2006. Then, the period from 2003 to 2006 was selected to present linearity with respect to completeness of the dependent variable. The remaining variables were sex, age and cause of death. Bivariate analysis were performed between the dependent variable (race / color) and independent variables (gender, age and cause). For the analysis of inequalities between categories of race or color, were composed proportional mortality rates by age and cause, with the denominator the estimated value from the 2000 Census, conducted by IBGE. In addition, we analyzed the average and median age of death by cause and race. Finally, it was calculated the relative risk by sex, age and cause. For the analysis of differences between means was used in a way ANOVA, followed by Tukey test. It was also calculated the relative risk and in both the level of significance was of $p < 0.05$ and 95% CI. The results suggest increased completeness of race / color in SIM since their deployment, from 99% (1996) to 16% in 2005. As for the causes of deaths, these are presented both in relation to different race or color, and between sexes and ages. Among blacks, compared to whites showed a higher relative risk of death for mental and behavioral disorders, RR-9.29 (2.14 - 40.38); causes ill-defined, RR 8.71 (1.99 -- 38.07), and external causes, RR - 5.71 (3.83 - 8.51). For black women, we found RR-2.38 (1.15 - 4.94) for external causes and 0.52 (0.35 - 0.78) for neoplasms, which is a protective factor. In the analysis of mortality by age and race, we found a variation of up to 33 years

(diseases of the nervous system). It was concluded that there was an increase completeness of race / color SIM in the city of Vitoria, however need to be made increasing efforts aiming to improving the information of mortality, particularly with regard to socio-demographic variables. Were found racial inequalities / ethnic mortality in general and for causes, especially the mortality Mental Disorders and external causes, in addition to the early death that occurs in the black population, even when the cause of death is the same.

Keywords: Information Systems. Records of mortality. Distribution by Color or Race

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos de causa básica por capítulos e códigos segundo o CID 10.....	47
Tabela 2 - Distribuição de óbitos por local de ocorrência segundo completude de raça/cor, 2003 – 2006.....	56
Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) segundo raça/cor, 2006.....	57
Tabela 4 – Distribuição de óbitos de maiores de 15 anos por causa básica, 2003-2006	59
Tabela 5 – Coeficiente de mortalidade por causa básica, segundo raça/cor de 2003 a 2006, Vitória/ES... ..	61
Tabela 6 - Idade média, desvios-padrão e mediana de óbito masculino, segundo causa básica aglomerado 2003 a 2006.....	64
Tabela 7 - Idade média, desvios-padrão e mediana de óbito feminino, segundo causa básica aglomerado 2003 a 2006.....	65
Tabela 8 - Risco relativo para óbito segundo raça/cor, 2003 a 2006.	76
Tabela 9 - Risco relativo para homens negros segundo causa básica, 2006.....	77
Tabela 10 - Risco relativo para mulheres negras segundo causa básica, 2006.....	77
Tabela 11 - Risco relativo para homens negros segundo causa básica e faixa etária, 2006... ..	79
Tabela 12 - Risco relativo para mulheres negras segundo causa básica e faixa etária, 2006.....	80
Tabela 13 - Risco relativo de óbitos por causas externas para negros na faixa etária de 15 a 24 anos e segundo sexo, 2006.....	81
Tabela 14 - Risco relativo de mortalidade geral segundo raça/cor, 2006.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população, segundo raça/cor - Vitória/ES, 2006.	51
Figura 2 - Distribuição da população, segundo sexo e raça/cor - Vitória/ES, 2006.....	51
Figura 3 – Distribuição de óbitos com raça/cor e escolaridade ignorados de residentes em Vitória, ES para os anos de 1996 a 2005.....	52
Figura 4 - Evolução do percentual de óbitos cuja variável raça/cor apresenta-se como uma informação ignorada, nos anos de 1996 a 2005. Brasil, Região Sudeste, e nos estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.	53
Figura 5 - Evolução do percentual de óbitos cuja variável raça/cor apresenta-se como uma informação ignorada, nos anos de 1996 a 2005. Espírito Santo e Vitória.....	54
Figura 6 - Evolução do número de óbitos segundo raça/cor não informada nos anos de 1996 a 2005, em Vitória, ES.....	54
Figura 7 - Completitude da informação de variáveis sócio-demográficas para os anos 2003 a 2006....	55
Figura 8 - Coeficiente de Mortalidade por Capítulo do CID 10 segundo raça/cor, 2003-2006.....	58
Figura 9 - Coeficiente de mortalidade geral de 15 a 59 anos segundo raça/cor.....	62
Figura 10 - Coeficiente de mortalidade geral >60 anos segundo raça/cor.	63
Figura 11 - Idade Média de Óbito segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	68
Figura 12 - Idade Média de Óbito por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006	68
Figura 13 - Idade Média de Óbito por Neoplasias segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.	69
Figura 14 - Idade Média de Óbito por Doenças Endócrinas e Metabólicas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	69
Figura 15 - Idade Média de Óbito por Transtornos Mentais e Comportamentais segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	70
Figura 16 - Idade Média de Óbito por Doenças do Sistema Nervoso segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006....	70

Figura 17 - Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Circulatório segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006..	<u>71</u>
Figura 18 - Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Respiratório segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	<u>72</u>
Figura 19 - Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Digestivo segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006..	<u>72</u>
Figura 20 - Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Geniturinário segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	<u>73</u>
Figura 21 - Idade Média de Óbito por Causas Mal Definida segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006..	<u>73</u>
Figura 22 - Idade Média de Óbito por Causas Externas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	<u>74</u>
Figura 23 - Idade Média de Óbito por Outras causas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006.....	<u>74</u>
Figura 24 - Distribuição de óbitos por idade segundo raça/cor, agregado de 2003 a 2006.....	<u>75</u>

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CBCD	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFM	Conselho Federal de Medicina
CM	Coeficiente de Mortalidade
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
COMPEMI	Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DO	Declaração de Óbito
EUA	Estados Unidos da América
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTI	Gerência de Tecnologia da Informação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NE	Não Informado
NUPREVI	Núcleo de Prevenção da Violência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

PRO-AIM	Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade do Município de São Paulo
PRODAM	Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação
RR	Risco Relativo
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo
SFMSP	Serviço Funerário do Município de São Paulo
SIA/SUS	Sistema De Informação Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNIS	Sistemas Nacionais de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

• TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 RELEVÂNCIA DO TEMA.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 DESIGUALDADES E A SAÚDE.....	21
2.2 A VARIÁVEL RAÇA/COR NO ESTUDO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE.....	31
2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE.....	35
3 OBJETIVOS	42
4 METODOLOGIA.....	43
4.1 TIPO DE ESTUDO	43
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	43
4.3 POPULAÇÃO	43
4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	44
4.4.1. Causas básicas de óbito de acordo com o CID 10.....	44
4.4.2 Faixa etária.....	46
4.4.3 Idade.....	46
4.4.4 Sexo.....	46
4.4.5 Raça/cor.....	46
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
4.6 COLETA DE DADOS	47
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
5 RESULTADOS	49
5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE VITÓRIA.....	49

5.2 ANÁLISE DA COMPLETUDE DA VARIÁVEL RAÇA/COR NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE.....	49
5.3 DESIGUALDADES EM SAÚDE MEDIDAS SEGUNDO DA RAÇA/COR, SEXO, IDADE E CAUSA BÁSICA.....	54
6 DISCUSSÃO	80
6.1 A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	80
6.2 DESIGUALDADES EM SAÚDE.....	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
8 CONCLUSÕES.....	97
9 REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE A.....	106
APÊNDICE B.....	107

- TEMPORALIDADE DA AUTORA

Durante a realização do curso de graduação em enfermagem tive a oportunidade de realizar diferentes atividades, dentre as quais a iniciação em projetos de ensino e de pesquisa; despertando-me o interesse pelas atividades de investigação, especialmente na área da saúde coletiva.

Desde os primeiros anos de minha formação profissional apreciava e admirava essa área de atuação, por isso, busquei minha inserção na mesma como bolsista de iniciação científica no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Atenção Básica”, coordenado pela Prof^a Maria del Carmen Bisi Molina. Minha formação e interesse pela pesquisa em Saúde Coletiva consolidaram-se por meio de participação em eventos, congressos e grupos de pesquisa e estudo, nesse campo de atuação e investigação.

Nessa oportunidade, foi possível refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e como as desigualdades sociais estavam estritamente relacionados às condições de saúde da população, questionamentos esses que geraram inquietação e vontade de continuar meus estudos em nível de pós-graduação *stricto sensu*.

Pensando no SUS como um sistema de saúde universal, equânime e integral, as condições extremamente desiguais de adoecimento e morte da população demonstrada através de pesquisas e trabalhos na área (alguns citados durante esta dissertação) refletem que a determinação social dos agravos é extremamente relevante na compreensão desse cenário.

Durante a construção teórica e metodológica da dissertação, optamos por utilizar o Sistema de Informações sobre Mortalidade, visto que a análise das causas de óbito pode ser útil para compreender às desigualdades sociais, uma vez que, na maioria das causas de morte, há uma gradiente social envolvido nesse processo.

Entre as variáveis associadas às condições socioeconômicas da população identificamos a escolaridade, a ocupação e a variável raça/cor, visto ser esta no Brasil relacionada diretamente a condições sociais e econômicas. Entretanto, durante uma análise inicial e exploratória dos dados, nos deparamos com as questões relacionadas à qualidade dos dados contidos no sistema de informação.

Assim sendo, uma das questões abordadas neste estudo está relacionada com a análise da qualidade do sistema de informações em saúde no município de Vitória.

A resposta para a pergunta inicial que nos propusemos a responder foi a de que a completude das informações sócio-demográficas no Sistema de Informações sobre Mortalidade de Vitória não é satisfatória para a correta análise dessas informações. Assim sendo, foi necessário identificar que informações poderiam ser utilizadas para a discussão sobre as desigualdades em saúde, além de propor como mais uma ferramenta de análise um estudo de validação da informação que se mostrou mais adequada para seu uso nessa investigação.

Dentre as variáveis acima citadas, para o ano de 2005, a que apresentou melhor completude foi a variável raça/cor (cerca de 15% de informação faltante). No decorrer da análise dos resultados tais valores serão devidamente apresentados e discutidos. Visto ser a variável raça/cor a que apresentou melhor completude e, sendo ela uma variável marcadora das condições socioeconômicas, optou-se por utilizá-la para análise de determinação social das causas de óbitos em Vitória.

Assim sendo, nos propusemos a responder as seguintes questões: Qual a qualidade da variável raça/cor disponível no Sistema de Informações sobre Mortalidade de Vitória, ES? Há diferenças nas taxas de mortalidade entre os grupos de raça/cor neste município?

A realização de um estudo que proporcione conhecer as desigualdades em saúde através da análise da mortalidade entre os grupos de raça/cor, além de fundamental para o planejamento de ações com vistas ao fortalecimento do sistema de saúde do Estado, também se torna uma ferramenta relevante para a análise da qualidade dos dados de mortalidade, especialmente da variável raça/cor, disponíveis nos sistemas de informação utilizados para a coleta desses dados secundários.

Justifica-se, portanto, a investigação nesse campo do conhecimento por proporcionar um debate sobre a desigualdade em saúde no município de Vitória, bem como identificar condições que podem ser alteradas, caso sejam conhecidas. Faz-se urgente a redução das iniquidades na saúde, acreditando que uma das etapas deste processo são maior e melhor compreensão dessa temática.

1 INTRODUÇÃO

1.1 RELEVÂNCIA DO TEMA

A utilização das estatísticas vitais e de morbimortalidade são de muita importância na análise e compreensão das condições de vida, adoecimento e morte da população. Nesse sentido, os dados secundários, sistematizados e analisados a partir dos sistemas de Informações, contribuem substancialmente nesse cenário.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), essas informações servem como subsídio para gestores, profissionais e, além disso, para a concretização da participação e controle social ao permitirem o acesso aos dados processados, garantindo, sobretudo, os princípios constitucionais do SUS, a saber, universalidade, equidade e controle social¹².

Para tanto, faz-se necessário que as informações contidas nos sistemas de Informações sejam acessíveis e de qualidade, visto que as incoerências podem acarretar análises equivocadas e indevidas.

Neste trabalho, serão utilizadas as informações contidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, o qual agrupa todas as informações sobre óbitos ocorridos no Brasil e registrados através da Declaração de Óbito (DO). Neste documento, além das informações sobre a causa do óbito, encontram-se dados sócio-demográficos que são relevantes para compreender a distribuição desses eventos na população.

As estatísticas de mortalidade são valiosas fontes de Informações em saúde, e tradicionalmente, um método eficiente para avaliação do estado de saúde da população⁴⁸, também são muito eficientes na análise das desigualdades na saúde.

A qualidade da informação dos sistemas nacionais, particularmente, no que diz respeito à causa básica do óbito, vem sendo abordada em vários estudos,^{39,88,64,71,77}. Apesar desses esforços, visando melhorar a qualidade dos dados, muitos obstáculos ainda encontram-se presentes, sendo, a figura do médico (responsável

legal pelo preenchimento da DO) um dos problemas relativos ao preenchimento incompleto desse documento⁹².

Considerando esse fato, o Ministério da Saúde, vem investindo em publicações que abordem as questões relativas ao preenchimento correto da DO. Destacam-se duas dessas publicações: Uma da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), publicada em 2001, que é um Manual de Orientação quanto aos procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade¹² e a outra destinada aos médicos sobre a Declaração de Óbito. Esta última publicada em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) da Universidade de São Paulo (USP)⁹.

Apesar da grande preocupação quanto ao correto preenchimento das informações nos sistemas de Informações, a mesma, durante muito tempo, permaneceu restrita à declaração sobre a causa do óbito. As outras informações, como as sócio-demográficas, adquiriram certo destaque nos últimos anos devido à ampliação da discussão sobre os determinantes sociais das doenças e agravos à saúde no Brasil e no mundo.

Entretanto, a viabilidade da utilização desses registros tem como pressuposto o correto preenchimento dessas informações na declaração de óbito. Para detectar iniquidades em saúde a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade faz-se necessário que as informações sócio-demográficas como: renda, situação ocupacional, escolaridade e raça/cor estejam devidamente preenchidos⁷⁴.

Assim sendo, pretende-se nesse estudo, abordar duas questões: a qualidade da informação obtida no SIM e a desigualdade em saúde, analisada a partir da discussão sobre o perfil de mortalidade de maiores de 15 anos e a variável raça/cor no município de Vitória.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESIGUALDADES SOCIAIS E A SAÚDE

As desigualdades sociais configuram-se como um problema mundialmente apresentado e discutido na atualidade. Seja nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a questão da iniquidade é um tema que suscita um debate sobre os direitos essenciais, dentre os quais o direito à saúde e à vida plena.

Em 1982, o governo britânico publicou um relatório denominado “Black Report” baseado nos resultados de um estudo desenvolvido por um grupo de trabalho em desigualdades na saúde. O foco do estudo foi a relação entre as taxas de mortalidade e os indicadores sociais, demonstrando que os grupos populacionais que apresentavam condições de vida menos favoráveis apresentavam também maiores taxas de mortalidade e menor expectativa de vida⁹⁸.

No Brasil, vários estudos sobre essa temática já foram conduzidos e inúmeras iniciativas realizadas com objetivo de identificar características específicas de nossa população que possam subsidiar medidas de intervenção, tendo em vista as múltiplas facetas da determinação do processo de adoecimento e morte e a universalização da saúde prevista no Artigo 196 da Constituição Federal brasileira. Segundo a Lei 8.080, que dispõe sobre a “saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado”, as iniquidades em saúde, sejam relativas ao gênero, à etnia, à classe social, entre outras, são contrárias aos direitos de cidadania e dignidade do ser humano¹⁷.

O termo equidade tem origem no pensamento aristotélico e previa que pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente, segundo o princípio da proporcionalidade natural. Porém, para Aristóteles e seus seguidores, a diferenciação seria orientada pelo merecimento da pessoa frente à sociedade³⁵.

Para Amaral Neto (2004), a equidade é um princípio de justiça social, um conceito polissêmico. Na área do Direito, consiste na adaptação da regra existente à situação concreta, observando-se os critérios de justiça e igualdade, sem infringir o conteúdo expresso nessa regra¹.

Na área da saúde, a equidade possui outra aplicabilidade e consta como um dos princípios do SUS previsto na Constituição de 1988, artigo 196 e através da Lei Orgânica do SUS, nº 8.080¹⁷. Conceitualmente, a equidade distingue-se da igualdade como princípio de justiça social, pois esta última refere-se à ética e aos valores centrados nos direitos de cidadania. Entretanto, o termo, também engloba princípios de distribuição justa. Ambos fazem alusão ao princípio de diversidade social pautada nas diferenças e pluralidades concernentes ao ser humano e seu meio⁷⁴.

O termo oposto à equidade, a iniquidade, é apresentado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como as diferenças injustificadas entre os grupos humanos. Nesse contexto, a OPAS, por meio da Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano, utiliza a abordagem étnico-racial para analisar as iniquidades em saúde, por considerar que a discriminação étnico-racial se constitui como uma barreira de acesso aos serviços, à informação e ao tratamento igualitário, desencadeando diferenças na situação de saúde de sujeitos pertencentes a determinados grupos étnicos⁷⁴.

Para tanto, na área da saúde coletiva, através desse conceito sob uma perspectiva de “discriminação positiva”, estabelece-se como uma alternativa de abordagem das iniquidades em saúde, caracterizadas como desigualdades injustas que se configuram como um problema relevante de saúde, uma vez que são abismos sociais entre os indivíduos⁵⁶.

O termo equidade pode ser utilizado considerando as necessidades diferenciadas entre as pessoas, como por exemplo, as condições sociais ou o acesso desigual aos serviços de saúde. Assim, uma ação guiada por tal princípio deveria proporcionar a cada pessoa a satisfação das necessidades, que são diferentes para cada sujeito, família, sociedade, etc. Entretanto, as estratificações sociais e profundas desigualdades atuam no cenário de acesso a bens e serviços de saúde. Essa estratificação junto às redes de inserção social dos sujeitos são diretamente responsáveis pelo acesso desigual aos recursos materiais e aos bens e serviços de

saúde. Nesse ponto, faz-se necessário distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços, uma vez que os determinantes das desigualdades de morbimortalidade da população diferem daqueles das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, principalmente, as desigualdades sociais e mesmo que o acesso ao sistema seja garantido de forma eficiente, não se torna suficiente no que tange as desigualdades existentes entre os estratos sociais no que se refere ao adoecimento e morte⁹⁴.

Segundo Travassos (1997)⁹⁴ esse fator ou gradiente social no morrer reproduz-se em diferentes países, independentemente de seu sistema de saúde. Em países onde o sistema de saúde é definido por princípios igualitários como, por exemplo, a Suécia, ainda assim, encontra-se variação entre as taxas de mortalidade, apesar de apresentar-se menos marcante do que em países cujo sistema não proporciona o acesso igualitário, por exemplo, nos Estados Unidos da América.

A mesma autora faz também uma análise em relação à proporcionalidade desse fato. Segundo ela, existe forte relação direta e positiva entre indicadores sanitários e renda per capita, ou seja, o aumento da renda tende a ser acompanhado de melhoria dos indicadores sanitários. Isso, entretanto, é mais marcante para as populações mais pobres, na medida em que a renda ultrapassa determinado valor, esse efeito não é tão fortemente observado. Tal fato pode ser observado devido à forte relação entre a aquisição de bens básicos como alimentos e moradia, além da estreita relação com os níveis de escolaridade, como no caso da mortalidade infantil em que a escolaridade materna é um reconhecido fator associado às menores taxas.

Outro fato relacionado às desigualdades consiste nas demandas diferenciadas. Os grupos sociais apresentam necessidades diferenciadas e conseqüentemente, buscam por serviços diferenciados de acordo com suas necessidades. Nesse aspecto, incorpora-se a distribuição equânime desses serviços, de forma a garantir que a oferta seja condizente com as reais necessidades de cada território.

— À que equidade de que estamos nos referindo?

Há duas dimensões tradicionalmente utilizadas na abordagem dessa questão. A primeira refere-se às condições de saúde, na qual se faz uma análise da distribuição de riscos de adoecer e morrer e, de acordo com a distribuição desigual do perfil de

morbimortalidade entre as camadas das populações é possível compreender as dimensões da desigualdade. Todavia, é preciso considerar as variações biológicas existentes (sexo, idade e outras) entre os indivíduos, sendo que:

a maior parte das diferenças de condições de saúde são socialmente determinadas e não decorrem de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupos social e economicamente vulneráveis pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosas, sejam crônico-degenerativas ou ainda as originadas por causas externas⁷⁴.

A segunda dimensão refere-se ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, através da análise do consumo de serviços de saúde de acordo com os graus de complexidade, por indivíduos com “iguais necessidades de saúde”⁷⁴.

Nesse trabalho abordaremos apenas a primeira dimensão e, sem a pretensão de esgotá-la como discussão da equidade em saúde.

Em relação às iniquidades, essas se configuram como desigualdades solucionáveis, que agem como obstáculos que dificultam o acesso pleno do sujeito ao bem-estar e a liberdade de escolha. A discussão no entorno dessa questão é reconhecida mundialmente, tanto que, em 1995, a Organização Mundial de Saúde (OMS), proporcionou um encontro de vários países do mundo em Genebra e apresentou como temática a *Equidade e Atenção à Saúde*. Seus desdobramentos culminaram no reconhecimento da construção de indicadores para monitoramento da equidade na saúde, tanto em países desenvolvidos com os ainda em desenvolvimento⁵⁶.

No Brasil, em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com objetivo de conhecer as iniquidades sociais por meio de pesquisas científicas para elaborar intervenções sociais baseadas no conhecimento científico e por meio de política de modo a combater o problema⁸.

A redução das desigualdades consiste em um objetivo primordial do SUS, pautada no princípio constitucional de igualdade a todos os cidadãos, e de universalidade de acesso a bens e serviços de saúde como as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, a equidade, como um princípio do SUS, busca

reduzir essas diferenças através da priorização de grupos menos favorecidos, em condição de risco, seja social, ou de adoecimento e morte⁷³.

Em 2002, o governo brasileiro, por meio da Fundação Nacional de Saúde /Centro Nacional de Epidemiologia e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), publicou um estudo denominado *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: um Estudo Exploratório*, cujo objetivo era mensurar e analisar as desigualdades segundo aspectos socioeconômicos e geográficos, além dos relacionados à composição populacional, por sexo e idade e à prestação de serviços de saúde. As principais conclusões desse estudo apontaram a polarização da desigualdade em saúde no Brasil nos níveis nacional e intra-regional, a assimetria no padrão da desigualdade, tanto a relacionada à morbimortalidade, quanto a associada à organização dos serviços de saúde, aí inclusos os sistemas de informação em saúde, bem como a necessidade de maior investigação no que diz respeito a processos de justaposição de doenças ligadas ao atraso com aquelas relacionadas ao desenvolvimento (dupla carga de doenças)⁷³.

Após intensa mobilização e ação de setores de trabalhadores da saúde e educação, dos serviços e da sociedade civil organizada, foi criada em 2006, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) a partir do Decreto Presidencial de 13/3/2006. Essa comissão é formada por especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país e visa propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fincadas na realidade para combater as desigualdades sociais e mobilizar a sociedade nesse sentido⁸.

A influência das condições sociais está além do acesso aos serviços de saúde, uma vez que estas são determinantes das escolhas do sujeito. Como por exemplo, a baixa escolaridade a qual influencia as decisões familiares sobre alimentação, cuidados com o corpo e prevenção de doenças com forte impacto nas condições de saúde. Além disso, podemos citar os riscos ocupacionais, seja por esforço físico ou emocional, que estão associados ao estresse e ao surgimento de problemas cardiovasculares, ou até mesmo o desemprego como fator de comprometimento na renda, auto-estima e interação social⁵⁶.

Richard Wilkinson e Michael Marmot, por meio de um relatório publicado pela OMS (Social Determinants in the Health), destacam que vários são os aspectos relacionados à determinação social das doenças como: circunstâncias sociais e

econômicas ao longo da vida; estresse; desenvolvimento da infância; exclusão social; condições de trabalho; redes sociais; uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e uso de drogas, álcool, entre outras; alimentação e transporte saudáveis⁹⁸.

A partir dos dados desse relatório, concluiu-se que os determinantes da saúde afetam de forma distinta as classes sociais e atingem de forma mais importante as classes socioeconômicas menos favorecidas. Além disso, a própria dinâmica do ciclo de vida do sujeito pode atuar como um condicionante da situação de saúde. Analisando as fases de transição no ciclo vital, inexoravelmente vivenciadas por cada sujeito, podemos destacar durante a passagem dos estágios elos de fragilização. Por exemplo, o nascimento dos filhos, a adolescência, a maturidade, a saída dos filhos de casa e, conseqüente, mudanças de papéis sociais e a chegada da velhice e viuvez, consistem em estágios de desequilíbrio que exigem uma adaptação. A falha nesse enfrentamento pode ocasionar um desajuste e alterar o equilíbrio dinâmico do organismo desencadeando um processo de adoecimento^{72, 59}.

Dessa forma, no Brasil, por meio da equidade na distribuição de recursos e financiamentos do SUS, previstos em lei, é possível priorizar municípios ou regiões geograficamente desfavorecidos, apesar de reconhecer que uma região, até mesmo um bairro, apresenta desigualdade interna dificultando, por vezes detectar a dimensão real dessas iniquidades.

Pensar no princípio de igualdade e na cidadania no Brasil é algo extremamente complexo, uma vez que somos uma “democracia excludente” a exemplo de outros países da América Latina. Nosso processo democrático amplia a fragmentação e as desigualdades, colaborando com a consolidação das iniquidades, sejam elas relativas à saúde ou a outros componentes da cidadania. Nesse contexto, as políticas em geral e as de saúde, em particular, cujo escopo apóia-se no princípio da equidade, podem se articular utilizando como subsídios os dados epidemiológicos e as análises sociais e econômicas a fim de identificar grupos vulneráveis que serão priorizados, sem, entretanto, abdicar da universalidade. Para Escorel (2001)⁷⁴, a priorização baseia-se não somente nos rendimentos econômicos, mas, deve-se utilizar a análise das capacidades e potencialidades que podem compor vulnerabilidades sociais e econômicas.

Dessa forma, a equidade passa a destacar-se como uma tentativa de universalidade de direitos visando amenizar desigualdades injustificadas pautadas em diferenças humanas essenciais, o que configuram as discriminações relacionadas, por exemplo, ao gênero, origem étnica, cor da pele, etc. Tais discriminações priorizam indivíduos em detrimento de outros alçando sempre uma corrida desigual, uma vez que, seu ponto de partida raramente é o mesmo. Portanto, a discriminação, seja ela qual for, permite que indivíduos diferentes tenham chances de desenvolver suas capacidades e potencialidades de forma desigual, caracterizando um ciclo contínuo de iniquidades sociais, estas, por sua vez, afetam diretamente as condições de vida, adoecimento, morte e saúde das populações ⁴¹.

As dificuldades de acesso ao serviço público de saúde, aliada às desigualdades socioeconômicas (condições precárias de alimentação, moradia, saneamento, educação), originam um perfil de morbimortalidade também desigual. No Brasil, há uma relação direta entre escolaridade e renda, confirmada por resultados da Pesquisa Nacional por Domicílios (PNAD) de 1998, os quais mostraram que negros apresentam menor escolaridade que brancos. Além disso, a discriminação apresenta-se como um perpetuador dessas diferenças de escolaridade, renda e acesso ao serviço de saúde⁴¹.

Quadro semelhante foi mostrado mais recentemente, por meio dos resultados da PNAD de 2007. Segundo essa pesquisa, o hiato existente na diferença de escolaridade entre brancos e negros aumentou desde 1998. A frequência de estudantes de 18 a 25 anos no ensino superior para população branca foi quase três vezes maior do que para a população negra (19,4% e 6,8%, respectivamente).

Em 1997, 9,6% dos brancos e 2,2% dos pretos e pardos tinham ensino superior completo, já em 2007 esse indicador alcançou respectivamente, 13,4% e 4%, aumentou a distância entre os dois grupos, que era de 7,4 pontos percentuais em 1997, passando para 9,4 em 2007. Nessa mesma pesquisa, em relação ao analfabetismo funcional, notou-se que apesar da diminuição deste para pardos e pretos, em relação ao ano de 1997, manteve-se a diferença destes para os brancos (para pessoas de 15 anos ou mais, (14% e 6,1%, respectivamente). A média de anos de estudo também é desigual entre os grupos, 8,1 anos para os brancos e 6,3 anos para pretos e pardos. Outro dado apresentado foi o rendimento médio dos

grupos. Entre as pessoas que possuem 12 anos ou mais de estudo, os brancos possuem rendimento até 40% mais elevado do que pretos e pardos ¹⁶.

Além disso, a distribuição da variável raça/cor nos estratos sociais também é muito desigual. Marcadamente os brancos novamente apresentam situações privilegiadas. Em relação à distribuição de riqueza, entre os 10% mais pobres, os brancos são apenas 25% dessa faixa, já entre o 1% mais rico eles compõem 86% desse estrato. Por sua vez, os negros, são quase 74% entre os mais pobres e somente 12% dos mais ricos, embora haja variação entre as regiões do Brasil, esses valores mantêm esse padrão de desigualdade ¹⁶.

A variável raça/cor constitui-se uma ferramenta de orientação para análise das desigualdades em saúde, tendo em vista a associação entre a desigual distribuição de rendimentos e escolaridade a um perfil característico de causas de óbitos, seja devido ao acesso a serviços de saúde, à informação, às condições de vida (alimentação, hábitos saudáveis) ou às condições de trabalho, lazer, entre outros. Portanto, ela pode ser utilizada como um eficiente marcador resumo da desigualdade social. Algumas causas de óbitos entre as categorias de raça/cor podem expressar as iniquidades socioeconômicas e de acesso ao serviço de saúde de qualidade e, assim, a análise da distribuição dos óbitos segundo raça/cor e causa de óbito pode contribuir para compreensão desse padrão. Entretanto, algumas doenças podem, devido a características genéticas, acometer um determinado grupo étnico, como por exemplo, as doenças do aparelho circulatório ³².

Ainda que a morte seja um evento inevitável e esperado, o fato marcante é a forma como esse ocorre independente de classe socioeconômica, sexo e idade. O evento fatal em indivíduos jovens ou na fase adulta, assim como a morte por causas evitáveis, gera prejuízos sociais e econômicos para as famílias e toda a sociedade.

As desigualdades, além de apresentarem uma distribuição particular no tempo e espaço, agravam em função de determinantes demográficos, ambientais, de acesso à saúde e a políticas sociais. De forma semelhante, os dados existentes e divulgados em âmbito nacional, também são desiguais. A qualidade das informações não é igualmente produzida em todos os Estados e municípios do país. Portanto, a elaboração e utilização de indicadores, a comparação de taxas, ou mesmo a utilização desses dados para orientação de estratégias de atuação por parte dos gestores, pode não corresponder à realidade devido ao prejuízo ocasionado por

dados não confiáveis ou mesmo incompletos. Essa limitação, por si só, pode ser entendida como um indicador indireto da desigualdade em saúde, uma vez que reflete as deficiências na organização dos serviços de vigilância à saúde ⁷³.

Em relação às desigualdades entre as categorias de raça/cor, essas não estão restritas às questões socioeconômicas, visto que os grupos étnicos apresentam um perfil diferente de mortalidade. Estudo realizado com dados de mortalidade por homicídio na região metropolitana de São Paulo concluiu que a chance de ser vítima de homicídio é 1,7 vezes maior entre os negros e, mesmo ajustado por escolaridade, a chance continua mais alta (1,3 chances). Concluíram, ainda, que há uma sobre-representação dos negros entre homens, pobres e jovens ⁴⁵.

De acordo com Peres e Santos (2005) no Brasil, durante a década de 90, os homicídios se destacaram como uma importante causa de morte da população brasileira, situando-se em primeiro lugar entre as mortes por causas externas ⁷⁸. Um estudo realizado na cidade de Salvador/BA, utilizando dados agregados referentes aos anos de 1991 e 1994 de 75 zonas de informação e a classificação de sua população em quatro estratos de condições de vida, composta por informações de renda e escolaridade, concluiu que, possivelmente, há relação entre as taxas de mortalidade por homicídios e as desigualdades sociais ⁷⁸.

Portanto, a permanência e o agravamento das desigualdades sociais na sociedade brasileira, contribuem para a permanência da violência e, se constitui num grande desafio para os gestores públicos. O enfrentamento dessa situação pede a criação de ações intersetoriais e políticas públicas integradas. Além disso, a melhoria da qualidade das informações é uma estratégia para o conhecimento mais aprofundado do problema.

A diferença entre as categorias de raça/cor apresenta-se também entre outras causas de óbito. Um estudo sobre mortalidade materna em mulheres negras concluiu que existe grande disparidade na mortalidade materna entre negras (100/100mil nascidos vivos) e brancas (39/100mil nascidos vivos), sendo 2,3 vezes maior no primeiro grupo. Segundo seus autores, esse fato pode estar relacionado às condições de acesso à saúde, classe social mais baixa e baixa escolaridade ⁶¹.

Outro importante fato a ser considerado é ocorrência dessa disparidade na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). A mortalidade infantil registrada para crianças pretas superou em 30% a 80% a TMI de crianças brancas dependendo do local analisado. Entre as crianças indígenas esse percentual chegou a 90%. Esse estudo foi feito a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos para o Brasil e Grandes Regiões do período de 1999 a 2002 ²⁰.

Outro estudo com o objetivo de identificar as desigualdades em saúde está sendo realizado no Rio de Janeiro – Estudo Pró Saúde - tendo como corte os funcionários técnico-administrativos da Universidade do Rio de Janeiro. Os primeiros resultados já identificaram a existência de associação entre as desigualdades sociais e raciais e as condições de saúde ³¹.

A análise de alguns indicadores vem revelando a dimensão das desigualdades raciais no Brasil. Segundo Heringer (2002) ⁴¹, essas desigualdades são reforçadas ao afetarem a capacidade de inserção dos negros na sociedade, gerando disparidades que mantêm cada vez mais longe a construção de um país democrático. Estas iniquidades estão presentes em todos os momentos da vida do indivíduo, desde a infância, passando pelo acesso à educação e, mercado de trabalho, o que contribui na geração de renda e condições de vida do sujeito.

Outras discussões presentes em nossa sociedade são as que fundamentam esta proposição em análises sobre as repercussões do racismo na produção das desigualdades em saúde e, a relevância da caracterização de doenças étnico/raciais, seja em relação à sua determinação genética, seja em termos da sua dimensão socioeconômica. Portanto, determinação social da saúde e adoecimento da população configura-se como um desafio às políticas públicas e ações de saúde.

As interfaces culturais, econômicas e sociais apresentam-se como um sistema extremamente complexo que exige ações intersetoriais através da integração e atuação conjunta dos vários setores governamentais e sociedade civil. Embora previsto na legislação do SUS, através da integralidade, ainda hoje tais ações apresentam-se como um ideal não completamente alcançado.

Nesse contexto, os estudos cujo objetivo é retratar e mapear essas desigualdades, tendo como fonte as informações existentes nos sistemas oficiais de informação,

pode contribuir significativamente para a compreensão desses fenômenos. O perfil epidemiológico das doenças e óbitos de uma população associa-se fortemente às condições econômicas e sociais^{78, 55, 41}, embora o seu estudo ainda apresente limitações e dificuldades relativas à complexidade do objeto, à escolha de variáveis consistentes e dados de qualidade capazes de retratar fidedignamente as dimensões das iniquidades em saúde nos diferentes contextos sociais.

Portanto, entender os diferentes perfis de doença e suas causas sociais vai além das dimensões biologicamente estabelecidas. Faz-se necessário, ainda, incorporar suas dimensões sociais através da compreensão das vulnerabilidades e dos complexos mecanismos envolvidos nas relações entre as desigualdades sociais e condições de saúde.

2.2 A VARIÁVEL RAÇA/COR NO ESTUDO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Apesar de a busca pela equidade ser um princípio do SUS e um ideal a ser alcançado para muitos pesquisadores da área e profissionais de saúde e, considerando-se que os aspectos étnico-raciais, especificamente no Brasil, serem um importante enfoque para as análises em desigualdades sociais ou em saúde, não há consenso quanto à abordagem dessas questões.

Tanto o conceito como a classificação ou categorização de raça/cor são questões complexas e de difícil definição. É certo que os aspectos puramente biológicos e genéticos não são suficientes para compreender tantas facetas, ao menos no Brasil, onde as relações e classificações raciais são carregadas de significados sócio-culturais. Durante algum tempo a abordagem étnico-racial parece ter caído em desuso, justificada por aspectos de caráter moral em oposição às práticas racistas e discriminatórias, trazendo ao Brasil a idéia de uma “Democracia Racial”, como se não existisse iniquidade entre grupos étnicos. Entretanto, nos últimos anos, a abordagem racial, pautada nas características culturais e históricas, vem ganhando força. Essa construção institui a raça/cor como uma característica identitária, sendo assumida pelo sujeito de forma voluntária, visando reduzir as iniquidades entre os grupos étnicos.

Essa nova faceta é justificada pela existência de desigualdades na sociedade brasileira evidenciada pelos recursos distribuídos de forma inequânime a essa população. As desigualdades na distribuição de riqueza, poder político, recursos propulsores da qualidade de vida, bem-estar, alocação social, ao longo da história, trouxe características peculiares e próprias justificando essa nova forma de compreender tal conceito. A complexidade leva a uma nova discussão reconhecidamente válida: qual é a melhor abordagem: raça, cor ou etnia?

Por certo, as análises de risco de morte, por determinadas causas de morte, necessitam considerar a raça como uma ferramenta de apoio que, através de inúmeras interações sociais, pode alocar os sujeitos em posições desvantajosas, seja em relação à saúde, adoecimento e morte ou às desiguais chances na vida ².

Ayres (2007) ² traz uma nova e importante abordagem ao sugerir que a polêmica da racialização (utilização ou não da raça?) é algo estéril e pode ser deixado para traz em detrimento da idealizada equidade e, por fim, assumir que a vulnerabilidade pode não ser somente atribuída aos recursos técnicos, mas, a uma complexa rede de relações interpessoais pautadas em questões culturais, sociais, econômicas e, relacionadas à raça/cor.

A análise da historicidade da variável raça demonstra que, no século XIX, a discussão estabelecia-se entre duas correntes de pensamentos. Por um lado, estavam aqueles que defendiam a inferioridade do negro e utilizavam o *status* biológico para justificar a escravidão; de outro, estavam aqueles que apesar de aceitarem inferioridade cognitiva dos negros, defendiam que a educação no padrão europeu seria suficiente para amenizar e diluir essa diferença, não deixando de admitir que a “raça branca” européia fosse superior. A “raça branca”, portanto, estaria como um ideal a ser alcançado. Esses conceitos subsidiaram a formação de uma concepção racista e discriminatória, somando-se a isso a precariedade do acesso a serviços de saúde, tem-se um quadro de desigualdades na saúde da população negra, seja através das determinações genéticas, ou na sua dimensão socioeconômica ⁴⁰.

Quanto ao processo de migração, o Brasil está entre o que apresenta maior contingente de afro-descendentes fora do continente africano. Tal fato colabora com a estrutura social atual mesmo após sucessivas gerações da “raça negra” e a miscigenação da população brasileira. A escravidão, apoiada a séculos de

discriminação, principalmente relacionada à cor da pele, são as principais responsáveis pela configuração das desigualdades em relação à raça/cor existente no país ⁹³.

No contexto mundial, a discussão sobre as desigualdades sociais e as étnico-raciais vem adquirindo relevância, devido a sua interferência na produção de diferentes perfis de doença. No passado, a escravidão e a forma de colonização desenvolveram o contexto de surgimento dessas desigualdades, através da implementação de medidas políticas favoráveis a uma minoria populacional. Nas últimas décadas, evidencia-se a ocorrência de fenômenos migratórios causados principalmente por guerras étnicas, religiosas e territoriais, assim como mudanças político-econômicas radicais. Esses milhões de pessoas precisam recomeçar suas vidas como estrangeiros e dessa forma, enfrentar os diversos inconvenientes gerados por tal situação ⁵⁸.

A discussão sobre racismo no Brasil vem se intensificando e, nesse contexto, surge a preocupação em analisar as implicações das disparidades raciais na ocorrência dos agravos à saúde. Tal debate relaciona-se com a ascensão do movimento social negro e com a preocupação na elaboração de políticas contra o racismo, assumida por instituições intergovernamentais (Organização das Nações Unidas - ONU, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS), fundações filantrópicas e agências nacionais de fomento à pesquisa, que, apóiam diversas investigações e/ou iniciativas sociais e políticas com objetivo de reduzir as desigualdades raciais na sociedade brasileira ⁵⁷.

Neste cenário, a 'raça' emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil. A utilização da abordagem étnico-racial apresenta-se essencial para compreensão da desigualdade estabelecida historicamente entre os diferentes grupos raciais. Através do detalhamento dos fatores envolvidos nesse processo de iniquidade no acesso ao serviço de saúde, torna-se possível compreender as relações entre eles e abordá-los de forma mais precisa ⁹³.

No Brasil, a marginalidade socioeconômica sofrida por populações no passado se perpetua através da migração dessa população para as grandes cidades, fenômeno

esse que contribui para o crescimento de periferias e amplia as desigualdades sociais existentes. Ao relacionar a variável raça/cor com outros marcadores de posição social como gênero, escolaridade, renda; evidenciam-se essas desigualdades.

As dificuldades existentes na determinação da raça/etnia como variável de estudo encontram-se relacionadas a limitações metodológicas, uma vez que há uma diversidade de classificações e termos utilizados para determinação da raça ou cor da pele. No Brasil, essa diversidade é compreendida na classificação da cor pela combinação entre aspectos do fenótipo e de atributos sociais, educacionais e de classe social ²³. É, portanto, de caráter subjetivo e diverso de acordo com as interpretações dos sujeitos.

Em relação à categorização étnico-racial no Brasil e, considerando ser este um conceito sociocultural, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) utiliza a auto-classificação para a designação da raça/etnia nos censos demográficos e disponibiliza as seguintes categorias de respostas: branca, preta, amarela, parda e indígena. O presente estudo adotará também as mesmas categorias para fins de análise, embora a informação do SIM seja a preenchida por médicos ⁹. Quanto a essas questões, alguns estudos desenvolvidos no Brasil podem contribuir para uma melhor compreensão dessas limitações ^{5, 65, 47}.

Em estudo de comparação entre dois métodos de classificação racial, sendo um método composto por perguntas fechadas com as categorias do IBGE e o outro com a mesma pergunta, embora aberta (permitindo ao sujeito escolher a designação que lhe agradasse), os autores concluíram que a tendência do branqueamento é mais comum entre os segmentos de maior poder aquisitivo. Isso ocorreria devido à menor expectativa de ascensão social entre os segmentos de menor escolaridade e renda ⁵⁷, evidenciando a raça/cor como uma característica socialmente determinada.

Uma questão que traz dúvidas em relação à validade na informação de raça/cor contida na DO gira em torno da hetero-classificação do sujeito por parte do médico uma vez que a metodologia do IBGE adota a classificação desse quesito por parte do entrevistado (auto-classificação). Portanto, pode haver alguma incoerência entre a informação de raça/cor feita pelo sujeito (auto-classificação) e aquela feita por outrem.

Estudo realizado em Pelotas, no qual se objetivou avaliar a correspondência entre auto-classificação por parte do indivíduo e hetero-classificação por parte do entrevistador, foi demonstrado que as respostas apresentavam alta reprodutibilidade (93,5%, $p < 0,05$). Todavia, verificou-se tendência de branqueamento dos entrevistados. Os auto-classificados pardos e pretos tiveram 1,4 e 1,5 vezes mais chance de serem classificados como brancos do que os brancos se definirem como pretos e pardos. Os valores de kappa foram mais altos nos grupos socialmente desfavorecidos. Nesse estudo, foram evidenciadas desigualdades étnico-raciais associadas à renda e às condições socioeconômicas, as quais foram ligeiramente maiores com cor/raça determinada por entrevistador⁵.

Diante do exposto, sugerimos que a raça/cor é uma variável que, apesar da complexidade e das diversas abordagens, destaca-se como uma importante ferramenta para compreensão das desigualdades sociais e de mortalidade. Para tanto, a utilização e discussão desse quesito é essencial não somente para aprofundar a discussão de tais diferenças, mas contribuir para o aperfeiçoamento da qualidade dessa informação nos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde.

2.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

Desde 1662, em sua publicação *Bills of Mortality*, John Graunt ocupava-se em analisar as estatísticas oficiais de mortalidade, geradas por meio dos dados coletados nas fichas de mortalidade escritas pelos médicos⁷⁰.

Alguns países encontra-se em situação privilegiada no que diz respeito ao sistema de informação da saúde, como na Austrália, Canadá, Cuba, Inglaterra, Estados Unidos, México e Venezuela⁶². Atualmente, no Brasil, todas as informações referentes à mortalidade são tabuladas e compiladas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este, por sua vez, foi estabelecido em 1975 pelo Ministério da Saúde e, desde então, vem sendo aperfeiçoado.

Considerando que um dos fins da informação em saúde é formular políticas e ações adequadas para a população, os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde possuem um papel fundamental para o planejamento e gestão dos serviços de saúde. No entanto, a qualidade dessas informações constitui-se ainda uma das principais limitações na consolidação do sistema de informação e na utilização desses dados. No Brasil, os dados de mortalidade são coletados por meio de ficha específica padronizada pelo Ministério da Saúde e distribuída em todo o território nacional, denominada Declaração de Óbito. Após a digitação nos municípios, os dados são processados e compilados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados em rede por meio do portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) ¹⁰.

Desde sua implantação, esse instrumento passou por algumas modificações, visando à adequação às necessidades do sistema de saúde. Inicialmente, a DO contava com apenas duas vias, porém atualmente apresenta três vias de cores diferentes e possui fluxos distintos de acordo com o tipo de óbito e ocorrência do evento. A implantação do SIM está regulamentada através da Portaria Nº20, de 3-10-2003, que estabeleceu a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio das informações para o nível central. As DO são numeradas e impressas pelo Ministério da Saúde, o qual distribui às Secretarias do DATASUS. É de competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) o controle e distribuição das DO para evitar fraudes ⁶⁶.

A qualidade da informação está sendo amplamente discutida, prova disso é o envolvimento mundial de nações e organizações internacionais com vistas a discutir e encontrar possíveis alternativas para garantir a qualidade e acessibilidade das informações.

Um Boletim publicado pela OMS e denominado *“Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data”* por meio da análise de registros de dados de mortalidade observou que dos 115 países em questão, apenas 64 estavam essencialmente completos. Entretanto, por exemplo, na continente africano, apenas 10% dos registros apresentavam o código da Classificação Internacional de Doenças - CID. Ainda, segundo o relatório, poucos países apresentaram dados de boa qualidade, sugerindo ainda medidas urgentes visando melhorar a informação disponível (ou não disponível). O estudo também

classificou os países quanto à qualidade em três grupos: alta, média e baixa. O Brasil ficou classificado no segundo grupo ⁶².

Ainda que o Brasil não tenha sido classificado dentre os de melhor qualidade no que diz respeito aos dados, a estrutura do SIM o coloca entre os melhores sistemas de informações, visto a ampliação de sua cobertura em relação aos óbitos (aumentou de 750.000, em 1980, para mais de um milhão de mortes, em 2003). Em comparação com as informações de óbito, o SIM alcança cerca de 80% do número estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁴⁸. Apesar disso, o número de óbitos com causas mal definidas ainda é alto para que o Brasil alcance o grupo dos países de alta qualidade (média de 12% para o Brasil, mas chegando a quase 37% no Estado do Maranhão) ⁷⁶.

Levando em consideração que a informação é um instrumento necessário aos gestores para o planejamento de ações, tanto para elaboração de políticas públicas efetivas como para abordagem de problemas coletivos de determinada população, conhecer os aspectos demográficos, a oferta e demanda dos serviços de saúde, o perfil de morbidade e mortalidade, bem como os fatores de risco associados a esse perfil, são estratégias essenciais para a tomada de decisão.

Nesse contexto, os Sistemas Nacionais de Informações em Saúde (SNIS) têm um papel fundamental, uma vez que consolidam e processam as informações e disponibilizam os dados em rede nacional. Esses dados secundários são importantes para o conhecimento epidemiológico, pois permitem calcular indicadores e coeficientes, os quais são utilizados para estabelecimento de políticas específicas, formulação de programas, implementação e avaliação de estratégias de saúde.

Desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, cujo tema central foi *O Acesso, a Qualidade e a Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*, o Ministério da Saúde reconheceu que, para alcançar a equidade no SUS, faz-se necessário conhecer as diferenças sociais existentes para ajustar às ações de saúde às diferentes necessidades ainda presentes em nosso meio. Para tanto, admite-se que os SNIS são os principais componentes para atingir tal meta, já que permite a avaliação e o monitoramento das desigualdades, qualidade dos serviços de saúde e controle social ⁷⁶. Seu potencial deve-se à amplitude de tais sistemas por contemplar variáveis socioeconômicas e demográficas entre suas questões ⁸².

Entretanto, o conjunto de dados obtidos a partir da DO pode, eventualmente, não corresponder à realidade por apresentarem falhas relacionadas tanto ao preenchimento inadequado como à incompletude de informações. Alguns autores atribuem esse problema ao desconhecimento ou aceitação da DO como ferramenta de relevância para a epidemiologia, o que determina o descaso dado a esse documento. Esse fato poderia ser explicado pela falta de atenção, por parte das escolas médicas, ao ensino do preenchimento adequado da DO e à sua importância como ferramenta para a saúde pública ^{34, 92}.

Dentre os SNIS, destacamos os do SUS que, conta com diversos sistemas de Informações como o de mortalidade (SIM), assistência ambulatorial (SIA/SUS), hospitalar (SIH/SUS), além de outros da vigilância epidemiológica e sanitária. O DATASUS junto com outros órgãos como as secretarias de saúde, secretaria executiva, a FUNASA, entre outros, são responsáveis pelo desenvolvimento, gestão e manutenção desses sistemas. Os SNIS estão regulamentados através da Lei 8.080 de 1990, a qual estabelece o papel das informações em saúde e o desenvolvimento dos sistemas de Informações ¹⁸.

Considerando a importância dos SNIS para conhecer a fidedignamente as condições de vida e saúde da população para melhor atender às suas reais necessidades, faz-se necessário abordar a evolução desses sistemas, especialmente o Sistema de Informações de Mortalidade, o qual será utilizado extensivamente neste trabalho.

O SIM foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1975 e promulgado através da Lei Nº 6.229 de 30/10 que estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Para tanto, foi necessário elaborar um subsistema que contemplasse as informações sobre a mortalidade e elaborar um instrumento padrão para a coleta de dados, denominado DO. Além disso, estabeleceu-se um fluxo também padronizado para os dados e a distribuição e impressão do material ficaram como responsabilidade do nível central, assim como o processamento dos dados. Essas medidas foram muito importantes para a uniformidade dos dados e para utilização das informações pelo setor saúde ⁶⁶.

O preenchimento da DO foi estabelecido através desse fluxograma padronizado. No caso de óbitos hospitalares seu preenchimento é responsabilidade do estabelecimento de saúde em questão. Se o óbito ocorre em domicílio, o preenchimento é feito pelo cartório de registro civil. Os casos de óbito sem

assistência médica, em vias públicas ou por causas externas são encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML) e, os há investigação quando necessário por parte do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Todos os óbitos devem ser registrados, inclusive os fetais. As informações contidas na DO referem-se às características do sujeito, tempo e local, condições do óbito, assistência prestada ao paciente, causa básica do óbito de acordo com a CID. O correto preenchimento da DO é essencial à qualidade dos dados disponíveis no SIM²¹.

As informações seguem um fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde. Após o preenchimento, as DO são encaminhadas aos órgãos responsáveis das secretarias de saúde, cabendo a esse nível a codificação, crítica e processamento dos dados. Após o processamento, os dados são consolidados e disponibilizados na internet e em CD-ROM⁸³.

Nos últimos anos a DO passou por algumas modificações objetivando adequar-se e responder às novas questões da população. Dentre elas, destaca-se a introdução do campo raça/cor, o qual foi introduzido a partir do ano de 1995. A recente incorporação desse campo aliada à insuficiente conscientização por parte dos responsáveis pelo preenchimento da DO, sobre a importância da mesma, podem ser fatores importantes na determinação do preenchimento inadequado desse campo, culminando no alto percentual de óbitos com raça/cor ignorada⁶⁶.

No entanto, observa-se uma melhora crescente nessa informação. Segundo os dados disponibilizados no DATASUS para o ano de 1996, o percentual de óbitos com raça/cor ignorada atingiu cerca de 97% do total de DO no Brasil. Para o ano de 2005, esse percentual aproximou-se de 9%. No entanto, devido às disparidades intra e interestaduais esse número pode variar muito entre os Estados, fato que pode ser expresso a partir do estudo dessa variável na região Sudeste, onde esse número apresenta uma variação entre menos de 1% (São Paulo) até 25% (Espírito Santo)^{15,33}.

A variável raça/cor tem sido utilizada em diversos trabalhos com objetivo de averiguar a existência de perfis de mortalidade diferentes entre os grupos étnicos^{45,61,20,6,31}. Além disso, tal variável constitui-se também como um instrumento de análise das desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde, existentes entre a população. Isso ocorre devido ao processo histórico de desorganização

social e conseqüente distribuição geográfica desigual que, ao longo dos anos, culminou em uma 'racialização da pobreza'⁵⁷.

Dessa forma, a utilização da abordagem étnico-racial constitui-se como uma ferramenta acessível visto que, a variável raça/cor é, relativamente de fácil preenchimento (se comparada à escolaridade, por exemplo) e sua análise pode contribuir para o planejamento de ações equânimes por parte dos gestores e profissionais de saúde envolvidos nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças, no contexto coletivo em que estão inseridos.

Além disso, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos SNIS são essenciais para o conhecimento do perfil epidemiológico e de outros dados populacionais, facilitando assim, a tomada de decisão por parte dos gestores e, permitindo a participação da população no SUS através do controle social.

A análise de alguns indicadores vem revelando a dimensão das desigualdades raciais no Brasil, essa desigualdade é reforçada ao afetar a capacidade de inserção dos negros na sociedade, gerando disparidades que mantêm cada vez mais longe a construção de um país livre e democrático, pois estão presentes em todos os momentos da vida do indivíduo, desde a infância, passando pelo acesso à educação, e mercado de trabalho, o que contribui na geração de renda e condições de vida do sujeito⁴¹.

Dentre as informações disponíveis no SIM, a variável raça/cor é de melhor (completude) preenchimento, quando comparada com as demais variáveis socioeconômicas, como escolaridade e ocupação. Além disso, no Brasil, a definição da cor da pele está diretamente associada ao nível socioeconômico do sujeito, sendo, portanto, uma construção cultural e não apenas geneticamente determinada⁵⁷.

A análise dos dados de mortalidade possibilita conhecer o perfil de mortalidade da população, além de subsidiar o planejamento de ações de saúde voltadas para as carências e demandas da população. Dessa forma, os SNIS são ferramentas importantes para o setor saúde, tanto para os profissionais que atuam na assistência imediata ao sujeito como para os gestores.

Visto o importante papel que os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade representam para o contexto da saúde e conhecendo a potencialidade desse

instrumento para a análise dos determinantes sociais em saúde, eles serão utilizados como fonte de dados neste estudo. Optou-se, ainda, pela variável raça/cor, visto que as desigualdades raciais no Brasil estão presentes como marcadores das desigualdades sociais em estudos epidemiológicos.

As informações advindas das análises desse estudo, além de subsidiar o planejamento de estratégias e ações com vistas a promover a equidade nos serviços de saúde, poderão contribuir para a avaliação da qualidade dos dados disponíveis nos SIM, que se constituem como instrumentos fundamentais para uma gestão que contemple as reais demandas da população. Além disso, ao suscitar uma discussão sobre as possíveis desigualdades de raça/cor, espera-se sensibilizar os leitores para a existência dessas disparidades, não só quanto às causas de óbito, mas à garantia de cidadania e dignidade inerentes a todo ser humano.

3 OBJETIVOS

- Analisar a completude da informação sobre a variável raça/cor disponível no Sistema de Informações sobre Mortalidade por causa básica de óbito entre os anos de 1995 a 2006, no município de Vitória/ES.
- Identificar e analisar as desigualdades na mortalidade por causa básica, sexo e idade entre os grupos de raça/cor nos anos de 2003 a 2006 em Vitória/ES.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e, de abordagem quantitativa ⁶³, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade e dados do IBGE.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, situada na região Sudeste do Brasil. Segundo a Contagem populacional do IBGE de 2007, Vitória possui 314.042 habitantes distribuídos em 93,38 km². A cidade está dividida em oito regiões administrativas. Em relação aos indicadores, a expectativa média de vida ao nascer na capital foi de 70,74 anos, o Índice de Gini de 0,61 e, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,856, para o ano 2000⁹⁵.

Foram utilizados como unidade de análise desse estudo os dados secundários de mortalidade de pessoas maiores de 15 anos ocorridos entre os anos de 2003 a 2006 residentes no município de Vitória obtidos junto à Secretaria de Saúde do Município após aprovação por parte dos setores envolvidos na pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO

Trata-se dos óbitos da população residente em Vitória, ES e registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade, segundo as causas básicas de óbitos selecionadas e descritas posteriormente, ocorridos entre os anos de 2003 a 2006.

A população da cidade de Vitória foi obtida a partir de estimativas a partir da contagem populacional de 2000 e 2007 para os anos em questão. A proporção

populacional para raça/cor considerada foi de: 52% branca, 38% parda, 7% preta e 2% outras (amarela, indígena, ignorada). Essa proporção foi obtida a partir do censo 2000, por tratar-se da informação mais recente disponível para tal variável na população de Vitória ¹⁶.

4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Analisando-se os perfis de mortalidade, é possível concluir que determinadas causas de óbitos relacionam-se diretamente às condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde, cujas causas relacionam-se a piores condições de vida da população. Em contrapartida, causas que levariam ao óbito mais tardiamente, relacionam-se a maior possibilidade de acessar o serviço de saúde e melhores condições de vida, como por exemplo, as relacionadas ao aparelho circulatório, neoplasias. Dessa forma, foram construídas e analisadas as seguintes variáveis para o município de Vitória:

4.4.1. Causas básicas de óbito de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

A seleção das causas levou em consideração a magnitude de ocorrência na população de Vitória, sendo selecionadas as mais importantes causas de óbito. As causas abaixo descritas corresponderam no ano de 2005, a 95,6% de todos os óbitos de residentes no município de Vitória¹¹.

TABELA 1: GRUPOS DE CAUSA BÁSICA POR CAPÍTULOS E CÓDIGOS
SEGUNDO O CID 10

GRUPO DE CAUSAS	CAPÍTULOS E CÓDIGOS NA CID-10
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	I: A00-B99
Neoplasias	II: C00-D48
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	IV: E00-E90
Transtornos mentais e comportamentais	V: F00-F99
Doenças do sistema nervoso	VI: G00-G99
Doenças do aparelho circulatório	IX: I00-I99
Doenças do aparelho respiratório	X: J00-J99
Doenças do aparelho digestivo	XI: K00-K93
Doenças do aparelho geniturinário	XIV: N00-N99
Sintomas e sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais*	XVIII: R00-R99
Causas externas	XX: V01-Y98
Outros*	III; VIII; XII; XIII; XV; XVI

* ou Causas Mal Definidas.

** A categoria outros corresponde aos capítulos citados acima sendo responsáveis por 1,5% do total de óbitos. As causas diretamente relacionadas ao óbito Peri natal não serão abordadas neste trabalho, visto sua complexidade e peculiaridades.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. CID 10.

São classificados na categoria “Outros” as seguintes causas: III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; VII. Doenças do olho e anexos; VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide; XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XV. Gravidez, parto e puerpério; XVI. Algumas afecções originadas no período Peri natal; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

4.4.2 Faixa etária

Foram analisadas as seguintes faixas etárias, segundo a distribuição do Sistema de Informações sobre Mortalidade:

- 15 a 19 anos
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 anos ou mais

Em algumas análises as faixas etárias foram agrupadas objetivando analisar determinadas vulnerabilidades associadas a essa variável.

4.4.3 Idade

A variável idade também foi analisada como uma variável contínua por meio de médias e medianas de idade para cada categoria de raça/cor.

4.4.4 Sexo

Foi analisado de acordo com o registro segundo gênero masculino e feminino.

4.4.5 Raça/cor

Segundo as categorias do IBGE, sendo o critério de classificação o registro do campo realizado pelo médico responsável pelo registro da Declaração de Óbito (DO):

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Ignorada

Na discussão apresentada eventualmente serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo” e “negro”, representando as categorias de análise da população. A denominação “negra” representa a junção da raça/cor preta com a raça/cor parda. As categorias “amarelas” e indígenas” foram desconsideradas em algumas análises visto sua pequena freqüência na população de Vitória (menor que 1%). Além disso, o não preenchimento do campo “raça/cor” da DO será utilizado como categoria de análise da qualidade da informação.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo em 28/05/2008 sob número de registro no CEP/UFES 0016/08 (APÊNDICE A).

A realização do estudo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória em 15/04/2008, número de registro 190/2008 (APÊNDICE B).

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados secundários foi realizada no banco de dados do SIM. As informações populacionais e socioeconômicas foram obtidas a partir dos dados do IBGE projetados para o período de análise.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados relativos à completude da informação raça/cor no Sistema de Informações sobre Mortalidade, foram considerados todos os óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade cujo município de residência fora registrado como Vitória/ES. Para tanto, calculou-se as freqüências relativas em relação à incompletude da variável raça/cor para o Brasil, Região Sudeste e seus Estados, além da capital do Espírito Santo – Vitória. Para a análise da completude da variável raça/cor no município de Vitória foi realizada a regressão linear, obtendo-se o coeficiente de determinação (r^2). Tal coeficiente permite estabelecer a fração da variância entre as duas variáveis analisadas.

Para análise da mortalidade por raça/cor, foi calculado o coeficiente geral de mortalidade por faixa etária e o coeficiente de mortalidade proporcional por sexo, idade e causa, segundo a variável raça/cor. Foram utilizados os dados populacionais do IBGE como denominadores. Para tanto, a população foi calculada por proporção, segundo a distribuição dessas variáveis por categoria de raça/cor divulgadas pelo IBGE em 2000, visto serem esses os dados mais recentes encontrados para o município de análise.

Foi realizada a estatística descritiva para demonstrar o comportamento das variáveis através de freqüências relativas e intervalos de confiança. Além disso, analisamos as idades médias (e desvio-padrão) e medianas por causa básica e sexo para brancos, pretos e pardos. Para verificar a significância entre as diferenças de idade média por causa básica do óbito segundo sexo e raça/cor, foi utilizado o teste de variância a uma via (ANOVA). Para estabelecer entre quais categorias de raça/cor apresentava diferença significativa foi realizado o teste *Post hoc* de *Tukey*, sendo estabelecidas tais diferenças a partir da raça/cor.

Além disso, foi calculado o Risco Relativo (RR) e o intervalo de confiança com índice de confiança de 95% e $p < 0,05$ para as categorias de raça/cor branca, preta e parda e segundo sexo, causa básica e faixa etária.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE VITÓRIA

A Figura 1 apresenta a distribuição percentual da população, segundo raça/cor em Vitória. A maior proporção é de indivíduos brancos, seguida da de pardos e pretos. Apenas 0,5% da população é formada de índios e 0,3% se declararam amarelos.

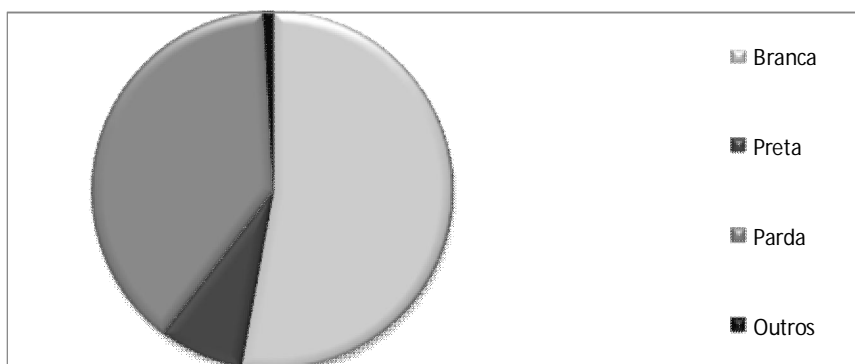


Figura 1: Distribuição da população, segundo raça/cor - Vitória/ES, 2006.
Fonte: IBGE

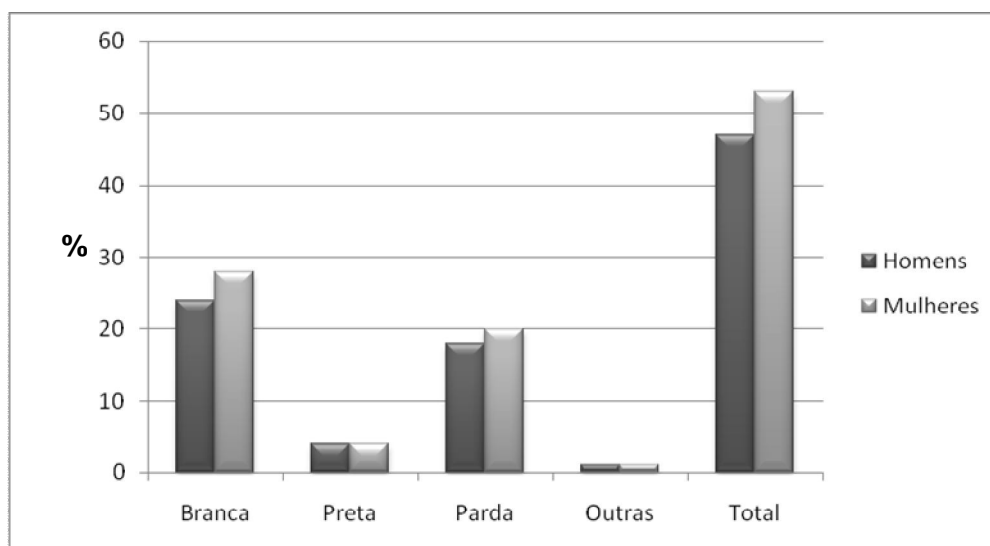


Figura 2: Distribuição da população, segundo sexo e raça/cor - Vitória/ES, 2006.
Fonte: IBGE

A Figura 2 apresenta a distribuição da população de Vitória para o ano de 2006, segundo sexo e raça/cor. O percentual de mulheres é maior que o dos homens para a população total (Mulheres: 53% e Homens: 47%) e nas categorias branca (28%) e parda (20%).

5.2 ANÁLISE DA COMPLETUDE DA VARIÁVEL RAÇA/COR NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

A Figura 3 apresenta o comportamento das variáveis escolaridade e raça/cor em relação à completude no SIM, entre os anos 1996 e 2005, no município de Vitória. Para o último ano dessa série, a variável escolaridade ainda apresentou um percentual elevado de não informação (aproximadamente 50%), impossibilitando análises utilizando tal variável, enquanto que o percentual de não informação da variável raça/cor foi diminuindo até aproximadamente 15%.

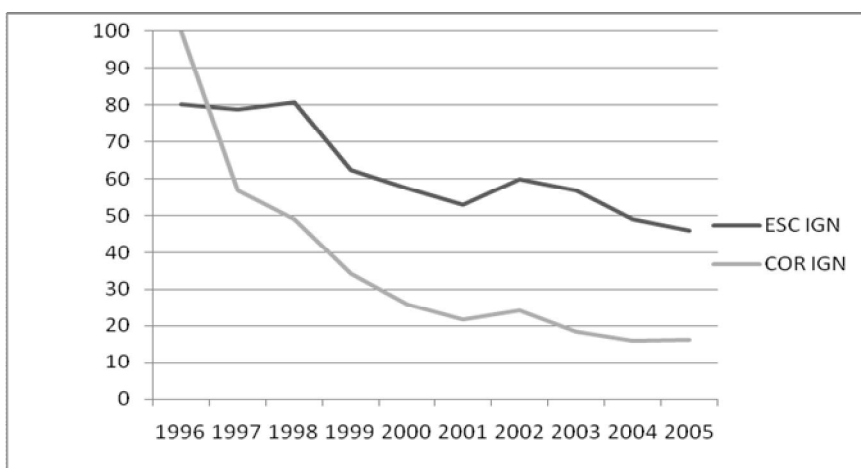


Figura 3: Distribuição de óbitos com raça/cor e escolaridade ignorados de residentes em Vitória, ES para os anos de 1996 a 2005.
Fonte: DATASUS

A Figura 4 apresenta os dados de preenchimento da variável raça/cor tanto no Brasil como entre os Estados da Região Sudeste, do ano de 1996 ao ano de 2005. A partir do ano 2000, observa-se uma queda mais acentuada para todas as localidades analisadas. No Brasil, o valor alcança 8% no último ano. Na Região Sudeste, observamos 11% para o ano 2000 e 6% para 2005, sendo que, para o ano de 2005, em São Paulo e no Rio de Janeiro, esses percentuais apresentaram,

respectivamente, 1% e 5%. Em Minas Gerais o percentual foi de 15% e, no Espírito Santo, foi de 25%, para esse mesmo ano.

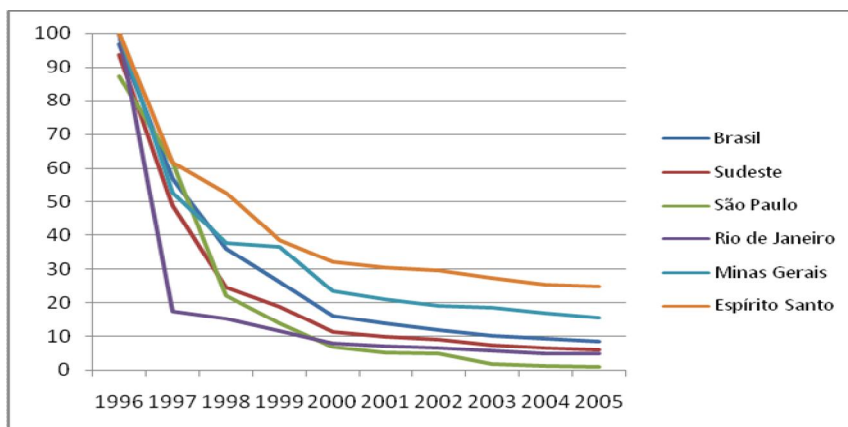


Figura 4: Evolução do percentual de óbitos cuja variável raça/cor apresenta-se como uma informação ignorada, nos anos de 1996 a 2005. Brasil, Região Sudeste, e nos estados Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Fonte: DATASUS

Conforme se pode observar na Figura 5, Vitória apresenta menor percentual de não informação, quando comparada com o Estado do Espírito Santo, respectivamente 16% e 25%, para 2005. Observa-se, ainda, que em Vitória não foi observada diferença significativa desses percentuais a partir de 2003 (18,4%) até 2005 (16%). Tal fato influenciou a escolha desses anos para uma análise mais minuciosa que será apresentada mais adiante.

A Figura 6 apresenta a regressão ($r^2= 0,98$) da curva de óbitos com raça/cor ignorada ao longo dos anos analisados, confirmando a queda considerável desses eventos para os anos analisados.

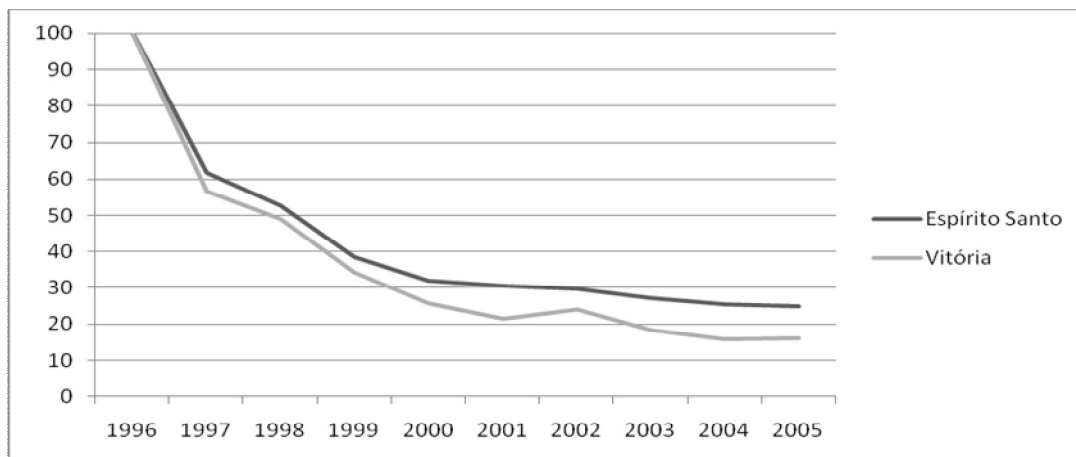


Figura 5: Evolução do percentual de óbitos cuja variável raça/cor apresenta-se como uma informação ignorada, nos anos de 1996 a 2005. Espírito Santo e Vitória.
Fonte: DATASUS

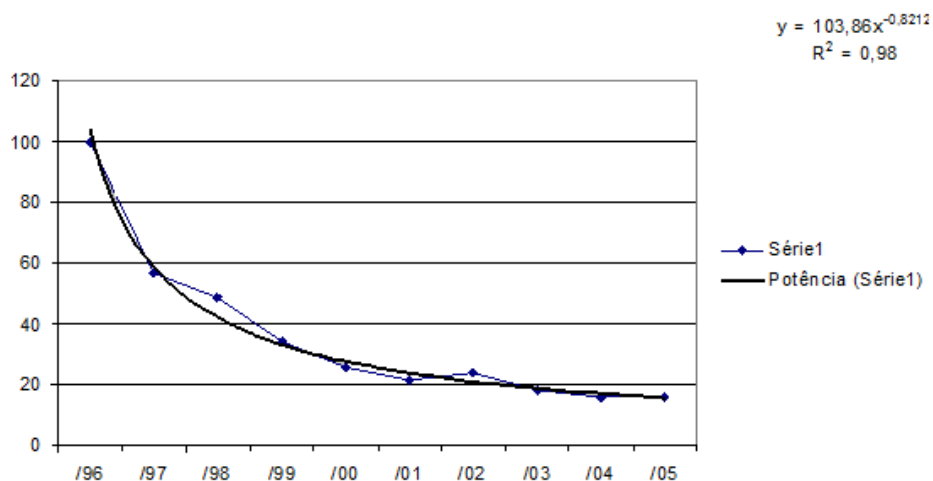


Figura 6: Evolução do número de óbitos segundo raça/cor não informada nos anos de 1996 a 2005, em Vitória, ES

Ainda comparando a completude da informação no SIM, a Figura 7 apresenta a frequência relativa para o não-preenchimento, segundo as variáveis raça/cor, escolaridade e ocupação para os anos de 2003 a 2006. Para a variável escolaridade destacamos que os valores, em todos os anos analisados, permanecem em aproximadamente 50%. Para a variável raça/cor, os valores apresentam-se de 15 a 20% e, ocupação apresenta uma grande variação no ano de 2006, ainda que até 2005 os valores apresentaram-se muito baixo (em torno de 5%). Esse fato sugere cautela na utilização dessa informação, pois parece que há algum problema não identificado no sistema, cuja análise não será objeto desse estudo. Portanto, devido

ao comportamento das variáveis acima, neste trabalho apenas a raça/cor foi adotada como variável de análise.

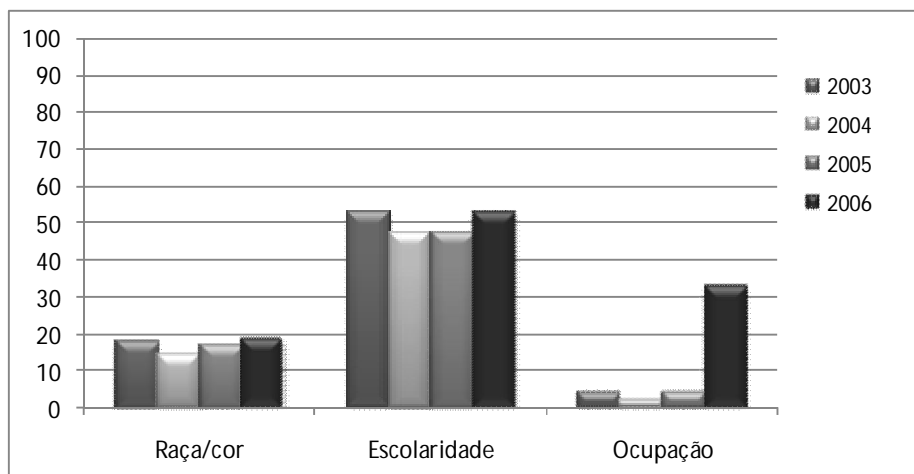


Figura 7: Completude da informação de variáveis sócio-demográficas para os anos 2003 a 2006. Vitória/ES.

Durante as análises dos dados, uma questão apresentou-se relevante e, assim, foi realizado também um estudo dos dados a partir de 2006 para compreender a relação entre a não informação para raça/cor e o local de ocorrência do óbito.

Tal fato surgiu a partir de informações relativas às Causas Externas que, para os homicídios apresentaram cerca de 30% de não informação. Visto que esses óbitos ocorrem principalmente em vias públicas, apresentamos os dados relativos a não informação e local de ocorrência do óbito na Tabela 2. Entretanto, o percentual de completude para “Via Pública” (82%) está bem próximo ao encontrado em “Hospital e outros estabelecimentos de saúde” (80%). No entanto, o percentual de não informação da raça/cor dos óbitos cujo local de ocorrência é ignorado é mais alto (38%). No entanto, esses óbitos correspondem a apenas cinco casos.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA SEGUNDO COMPLETUDE DE RAÇA/COR, 2003 – 2006. VITÓRIA/ES

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO	INFORMAÇÃO RAÇA/COR					
	TOTAL		SIM		NÃO	
	n	%	n	%	n	%
Hospital e outros estabelecimentos de saúde	5407	73,9	4437	82,1	970	17,9
Domicílio	1174	16,1	1045	89,0	129	11,0
Via Pública	521	7,1	416	79,8	105	20,8
Outros	197	2,7	168	85,3	29	14,9
Ignorado	13	0,2	8	61,5	5	38,5
Total	7312	100	6074	83,1	1238	16,9

Teste qui-quadrado de Pearson $p= 0,000$

5.3 DESIGUALDADES EM SAÚDE MEDIDAS SEGUNDO RAÇA/COR, SEXO, IDADE E CAUSA BÁSICA

A Tabela 3 apresenta o coeficiente de mortalidade geral, segundo raça/cor em dois grupos etários: de 15 a 64 anos e maior de 65 anos, o objetivo dessa tabela é discutir a mortalidade precoce segundo raça/cor. Observamos que cada grupo de raça/cor apresenta um comportamento particular. As pessoas de raça/cor preta apresentam os maiores coeficientes em ambos os grupos etários, demonstrando, dessa forma, que os pretos morrem mais em todas as idades. Pode-se observar, ainda, que os óbitos de raça/cor parda apresentam um elevado coeficiente para o grupo etário até 64 anos, quando comparado aos brancos. Por outro lado, os brancos apresentam o menor coeficiente de mortalidade para idade inferior a 65 anos.

Em relação aos pardos, apesar de apresentarem coeficientes inferiores ao dos pretos, ainda assim apresentam coeficiente de mortalidade até 64 anos cerca de duas vezes mais elevado do que o de brancos.

TABELA 3: COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL (CMG) SEGUNDO RAÇA/COR E FAIXA ETÁRIA, 2006. VITÓRIA/ES.

	Faixa etária	População	Óbitos	CM
Branco	15 a 64 anos	107.380	203	1,9
	≥65 anos	11.500	518	45,0
Pretos	15 a 64 anos	15.847	86	5,4
	≥65 anos	1.042	82	78,7
Pardos	15 a 64 anos	76.333	365	4,8
	≥65 anos	5.302	188	35,5
Total		217.404	1.442	6,6

Fonte: SEMUS e IBGE.

“O termo causa básica de óbito é definido a partir da doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (CID-10). Este termo foi definido pelo OMS e a partir da CID-6 foi adotado, também como modelo internacional para a declaração da causa da morte⁴⁶.

A partir desse conceito, a Figura 8 apresenta a distribuição de óbitos segundo causa básica para as categorias de raça/cor branca, preta e parda. Observa-se que a categoria “preta” apresentou coeficiente de mortalidade mais elevado para todas as causas analisadas, exceto para as Doenças do Sistema Nervoso (maior em brancos) e Causas Externas (mais elevado em pardos).

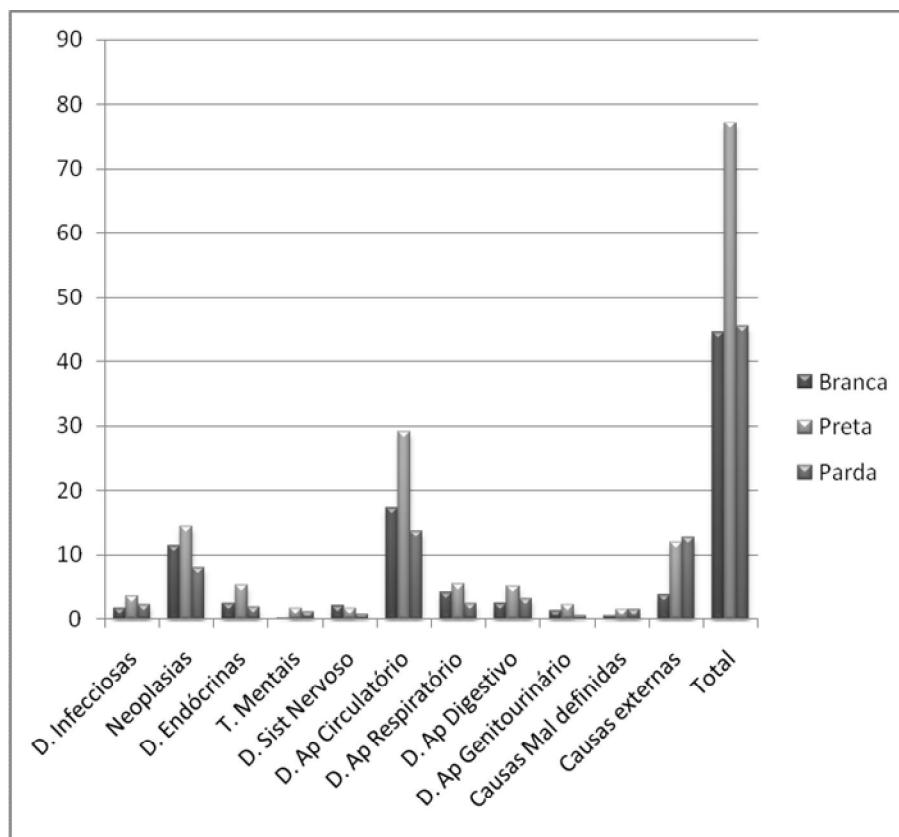


Figura 8: Coeficiente de Mortalidade por Capítulo do CID 10 segundo raça/cor, 2003-2006. Vitória/ES.

Observa-se na Tabela 4 que em quase todas as causas, a categoria raça/cor branca é a mais representativa. Entretanto, ao compararmos esses valores com a frequência de cada uma das categorias de raça/cor, segundo a população descrita pelo IBGE (brancos 52%, pretos 7% e pardos 39%), percebemos que em praticamente todas as causas os pretos estão sobre-representados. Destacamos, especialmente, os óbitos por Transtornos Mentais e Comportamentais; as Causas Mal Definidas; e as Causas Externas, nos quais a porcentagem apresenta-se cerca de duas vezes maior do que a frequência desse grupo na população em geral.

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MAIORES DE 15 ANOS POR CAUSA BÁSICA SEGUNDO RAÇA/COR, 2003-2006. VITÓRIA/ES.

		RAÇA/COR			
		Branco	Pretos	Pardos	Total
D. Infeciosas	N	107	30	102	239
	% Causa	35,4	9,9	33,8	79,1
Neoplasias	N	727	123	386	1236
	% Causa	48,8	8,3	25,9	83
D. Endócrinas	N	152	45	87	284
	% Causa	45,4	13,4	26	84,8
T. Mentais	N	11	14	52	77
	% Causa	12,5	15,9	59,1	87,5
D. Sistema Nervoso	N	133	15	36	184
	% Causa	62,7	7,1	17	86,8
D. Aparelho Circulatório	N	1108	249	647	2004
	% Causa	46,6	10,5	27,2	84,3
D. Aparelho Respiratório	N	258	46	111	415
	% Causa	51,6	9,2	22,2	83
D. Aparelho Digestivo	N	158	43	146	347
	% Causa	38,8	10,6	35,9	85,3
D. Aparelho Geniturinário	N	77	19	25	121
	% Causa	53,8	13,3	17,5	84,6
Causas Mal Definidas	N	32	13	67	112
	% Causa	23,4	9,5	48,9	81,8
Causas Externas	N	240	101	603	944
	% Causa	20	8,4	50,2	78,6
Outras	N	50	7	33	90
	% Causa	40,7	5,7	26,8	73,2
Total	N	3053	705	2295	6053
	% Causa	41,8	9,6	31,4	82,8

Em relação aos brancos, as causas mais relevantes apresentam-se como as Doenças do Sistema Nervoso, do Aparelho Geniturinário e do Aparelho Respiratório. Já os pardos apresentam padrão mais próximo ao dos pretos, destacando-se em primeiro lugar no ranking de causas os Transtornos Mentais, seguido pelas Causas Externas e em terceira posição as Causas Mal Definidas.

A Tabela 5 mostra o Coeficiente de Mortalidade por Causa Básica para os anos analisados, ainda que o período seja apenas de quatro anos. Apesar de pouca diferença entre as causas ao longo dos anos, destacamos o coeficiente por Causas Mal Definidas que apresentou queda para todas as categorias de raça/cor durante os anos analisados. Tal fato sugere aperfeiçoamento da informação relativa à causa básica de óbito.

TABELA 5: COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSA BÁSICA, SEGUNDO RAÇA/COR DE 2003 A 2006, VITÓRIA/ES.

	2003			2004			2005			2006	
	CMB	CMP	CMPa	CMB	CMP	CMPa	CMB	CMP	CMPa	CMB	CMP
D. Infeciosas	2,3	2,84	3,15	1,26	5,16	1,94	1,5	2,79	1,75	1,67	3,22
Neoplasias	14,1	19,43	11,49	11,24	14,54	6,91	10,44	12,54	7,83	9,96	11,03
D. Endócrinas	2,36	6,16	2,21	1,77	4,69	1,26	2,75	2,32	1,75	2,66	7,81
T. Mentais	0,13	1,9	1,19	0,19	1,41	0,93	0,25	1,86	1	0,12	1,38
D. Sistema Nervoso	1,98	2,37	0,34	1,77	2,82	0,93	2,19	0	1	2,41	1,84
D. Aparelho Circulatório	20,04	32,23	14,8	16,61	30,5	11,96	16,94	24,61	14,59	16,09	28,96
D. Aparelho Respiratório	5,49	5,69	3,66	2,91	6,1	1,68	3,31	3,25	1,58	4,52	6,43
D. Aparelho Digestivo	3,06	5,21	4,34	2,53	4,22	2,19	2,13	4,64	2,92	2,23	5,98
D. Aparelho Genitourinário	1,28	2,37	0,34	0,95	2,35	0,34	1,19	2,79	0,25	1,42	1,38
Causas Mal Definidas	1,08	3,32	2,72	0,25	0,47	0,51	0,25	0,46	0,75	0,43	1,84
Causas externas	4,98	20,86	12,34	1,234	11,26	12,04	4,25	8,36	13,84	2,47	6,89
Outras	0,83	0,47	0,51	0,051	0,47	1,01	0,94	1,86	0,08	0,62	0,46
TOTAL	2,3	2,84	3,15	1,26	5,16	1,94	1,5	2,79	1,75	1,67	3,22

CMB, Coeficiente de mortalidade para brancos; CMP, Coeficiente de mortalidade para pretos; CMPa, Coeficiente de mortalidade para pardos.

Além disso, a análise do coeficiente por causa permitiu identificar entre as categorias de raça/cor as que apresentaram maior coeficiente segundo causa básica do óbito. Para as Doenças Infecciosas e Parasitárias, o maior coeficiente de mortalidade foi encontrado no ano de 2004 para a raça/cor preta (5,2), sendo que estes apresentaram maior coeficiente para esta causa em todos os anos, exceto em 2003 (nesse ano, os pardos foram o destaque – 3,1).

A análise da distribuição de óbitos por idade entre os grupos de raça/cor apresenta características particulares para cada um dos grupos. Analisando o coeficiente de mortalidade geral por idade, construímos dois indicadores: mortalidade entre 15 e 59 anos (considerado como mortalidade precoce) e mortalidade entre 60 anos ou mais. Essas informações visam esclarecer as diferenças existentes entre idade de óbito para cada categoria de raça/cor. Há realmente uma associação entre morte precoce e raça/cor?

Observa-se que houve um descenso da mortalidade para todas as categorias analisadas para os óbitos entre 15 e 59 anos entre os anos analisados, entretanto, em todos os anos, os pretos, seguidos pelos pardos, apresentaram coeficiente muito superior aos brancos para mortalidade precoce (Figura 9).

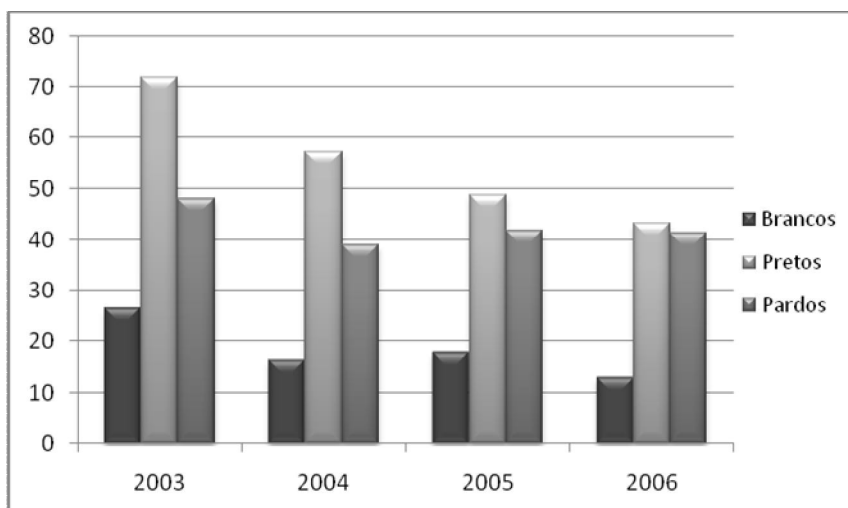


Figura 9: Coeficiente de mortalidade geral de 15 a 59 anos segundo raça/cor. Vitória/ES.

Para mortalidade de maiores de 60 anos (Figura 10) podemos observar que ainda há uma elevação do coeficiente para os brancos, todavia ainda assim o coeficiente permanece mais elevado para pardos e pretos, sendo, nesse caso mais elevado para os pardos em todos os anos analisados.

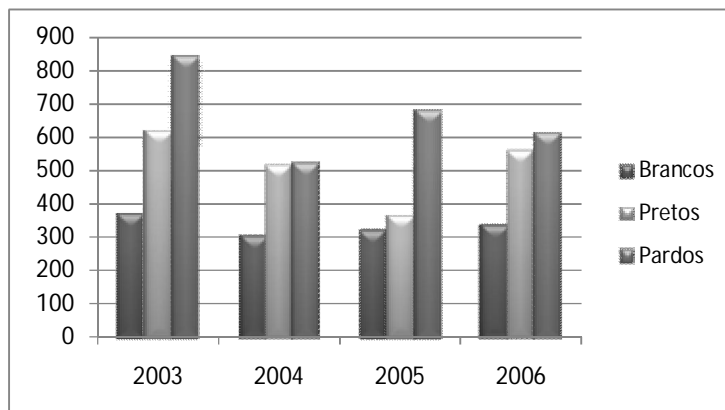


Figura 10: Coeficiente de mortalidade geral >60 anos segundo raça/cor. Vitória/ES

As Tabelas de 6 e 7 apresentam as médias, medianas e desvios-padrão para a idade de óbito segundo sexo e raça/cor. Em quase todas as causas os pretos e pardos apresentaram idade média ou mediana de idade menor do que os brancos.

Para o sexo masculino, os resultados evidenciam que as diferenças para algumas causas são superiores a 10 anos. As maiores diferenças apresentadas ocorrem entre brancos e pardos ou entre brancos e pretos. Somente para os Transtornos Mentais e Comportamentais o contrário é verificado, tais valores serão detalhados mais adiante.

As diferenças mais importantes encontradas entre as idades de óbitos, segundo causa, aparecem entre brancos e pardos ou brancos e pretos, sendo, que em todas as causas, exceto nos Transtornos Mentais e Comportamentais, os brancos apresentam idades mais baixas. Optou-se por descrever separadamente as diferenças entre média e mediana segundo causa básica e raça/cor, uma vez que, para o sexo masculino, especialmente, os valores apresentaram divergência, sendo sugestivo de maior variabilidade entre as idades de óbito por grupo de causa.

TABELA 6: IDADE MÉDIA, DESVIOS-PADRÃO E MEDIANA DE ÓBITOS MASCULINO, SEGUNDO CAUSA BÁSICA RAÇA/COR, 2003-2006. VITÓRIA/ES.

Causa Básica	Branca			Preta			Parda			p**
	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	
Doenças Infeciosas	67	52±17	50	23	41±11*	39	66	46±14	44	0,01
Neoplasias	345	67±15	69	64	65±15	66	227	63±15*	63	0,00
Doenças Endócrinas	60	69±13	71	17	74±16	77	39	66±16	65	0,33
Transtornos Mentais	7	50±20	42	13	47±13	44	47	46±11	47	0,85
D. Sistema Nervoso	54	71±21	79	9	49±23*	46	18	50±20*	49	0,02
D. Aparelho Circulatório	551	71±14	73	134	61±14*	61	356	63±14*	65	0,00
D. Aparelho Respiratório	129	77±17	50	26	65±16*	66	63	65±17*	68	0,00
D. Aparelho Digestivo	95	65±17	68	25	53±16*	48	103	53±14*	51	0,00
D. Aparelho Geniturinário	34	74±12	75	10	63±17	65	13	64±23	74	0,99
Causas Mal Definidas	16	62±18	62	8	45±27	38	43	50±19	47	0,96
Causas Externas	166	45±21	41	87	45±21*	41	538	31±14*	26	0,00
Média	1524	66±18*	71	416	54±20*	53	1513	49±21*	50	0,00

n, número de óbitos; $\bar{X}\pm DP$; média± número de desvios-padrão; Md, mediana.

*Associação encontrada em relação à categoria "branca"

**ANOVA one way e Teste Post hoc . Nível de significância adotado $p<0,05$.

TABELA 7: IDADE MÉDIA, DESVIOS-PADRÃO E MEDIANA DE ÓBITOS FEMININO, SEGUNDO CAUSA BÁSICA RAÇA/COR, 2003-2006. VITÓRIA/ES.

Causa Básica	Branca			Preta			Parda			P**
	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	n	$\bar{X}\pm DP$	Md	
D. Infeciosas	40	64±22	65	7	38±20*	34	36	46±20*	42	0,01
Neoplasias	382	67±16	69	59	64±16*	64	159	59±17*	59	0,00
D. Endócrinas	92	75±14	78	28	63±13*	64	48	64±17*	65	0,00
Transtornos Mentais	4	49±25	43	1	47	47	5	43±7	41	0,15
D. Sistema Nervoso	1	86	86	-	-	-	-	-	-	-
D. Aparelho Circulatório	557	76±14	78	115	67±16*	69	291	70±16*	71	0,00
D. Aparelho Respiratório	129	81±14	83	20	69±16*	68	48	73±18*	78	0,01
D. Aparelho Digestivo	63	74±15	76	18	56±19*	54	43	63±16*	66	0,00
D. Aparelho Geniturinário	43	79±17	82	9	64±21	63	12	59±24*	66	0,01
Causas Mal Definidas	16	78±16	80	5	78±10	78	24	65±17	68	0,11
Causas Externas	74	56±26	51	14	50±26	44	65	42±18*	41	0,04
Média	1401	73±17	77	276	64±18	66	731	63±19	65	0,00

n, número de óbitos; $\bar{X}\pm DP$, média± número de desvios-padrão, Md, mediana.

*Associação encontrada em relação à categoria "branca"

**ANOVA one way e Teste Post hoc. Nível de significância adotado $p<0,05$.

Para o sexo masculino, as maiores diferenças entre as idades médias para brancos e pretos foram encontradas para as Doenças do Sistema Nervoso (23 anos); Causas Mal Definidas (18 anos); Causas Externas (14 anos). Entre brancos e pardos, as diferenças mais importantes foram encontradas nas Doenças do Aparelho Respiratório (11 anos); Neoplasias (5 anos) e Transtornos Mentais (3 anos). Em relação à mediana, para brancos e pretos, as maiores diferenças foram em relação às Doenças do Sistema Nervoso (33 anos), Causas Mal Definidas (24) e Doenças do Aparelho Digestivo (20). E, entre brancos e pardos, foram para as Doenças do Aparelho Respiratório (18 anos); Neoplasias (6 anos) e, Transtornos Mentais (5 anos).

Em relação ao sexo feminino, a diferença das médias e medianas foi menor quando comparadas as categorias de raça/cor. No entanto, como no caso dos homens, é possível observar variações importantes. As maiores diferenças entre as idades médias para brancas e pretas foram encontradas para as Doenças Infecciosas (26 anos); Doenças do Aparelho Digestivo (18 anos) e Causas Mal Definidas (13 anos). Entre brancas e pardas, destacam-se as Doenças do Aparelho Geniturinário (19,8 anos); Causas Mal Definidas (13 anos) e Neoplasias (7 anos).

Em relação às Doenças do Sistema Nervoso, que apresentou amplo destaque para o sexo masculino, não há registro de óbitos para outra raça/cor senão a branca e, mesmo assim, há apenas dois registros, sendo um de raça/cor branca e o outro não apresenta informação de raça/cor (não informado).

Importante observar que para o sexo masculino, as diferenças foram estatisticamente significativas para quase todas as causas analisadas, exceto Doenças Endócrinas, Transtornos Mentais D. Aparelho Geniturinário e Causas Mal Definidas. Em algumas causas a diferença foi significativa para todas as categorias de raça/cor, são elas: D. Aparelho Circulatório, D. Aparelho Respiratório, D. Aparelho Digestivo. As outras causas apresentarem diferenças significativas, porém não entre todas as categorias, sendo: D. Infecciosas (branca e preta), Neoplasias (branca e parda), D. Sistema Nervoso (branca e preta; branca e parda) e, por fim, Causas Externas (branca e preta; branca e parda; os óbitos cuja raça/cor não fora informada apresentaram significância estatística para com as categorias branca, preta e parda).

No sexo feminino, só não houve diferença significativa para as seguintes causas: Transtornos Mentais e Causas Mal Definidas. Todas as outras causas

demonstraram alguma diferença significativa entre pelo menos duas categorias de raça/cor: D. Infeciosas (branca e preta; branca e parda), D. Endócrinas (branca e preta; branca e parda), as Neoplasias (branca e preta; branca e parda), D. Aparelho Digestivo (branca e preta; branca e parda), D. Sistema Nervoso (branca e preta); D. Aparelho Circulatório (branca e preta; branca e parda); D. Aparelho Respiratório (branca e preta; branca e parda); D. Aparelho Geniturinário (branca e parda); Causas Externas (branca e parda).

As Figuras 11 a 23 apresentam a idade média de óbito segundo causa básica para cada categoria de raça/cor dos anos de 2003 a 2006. A Figura 11 apresenta a idade média para mortalidade geral. Essa primeira figura agrega os pretos e pardos em um único grupo (negros) e apresenta também a idade média para os óbitos que apresentaram a raça/cor não-informada (NE). Pode-se observar que a idade média para os brancos aproximou-se da expectativa de vida média do brasileiro, em torno de 74 anos. Semelhante resultado observamos para as outras categorias de raça/cor (amarela e indígena) o que pode não ser próximo da realidade visto a sub-representação dessas categorias no município de Vitória. Curiosamente, os óbitos com raça/cor não-informada apresentaram idade média em torno de 65 anos, o que a coloca entre brancos e negros; estes apresentaram a menor idade média, inferior a 60 anos de idade.

A análise segundo causa básica foi realizada de acordo com as seguintes categorias de raça/cor: branca, preta e parda. A Figura 12 apresenta essa distribuição para a causa “Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias”. Observa-se que os pretos apresentaram idade média mais baixa em torno de 40 anos de idade, seguido pelos pardos (pouco acima de 40) e brancos (pouco mais de 50 anos).

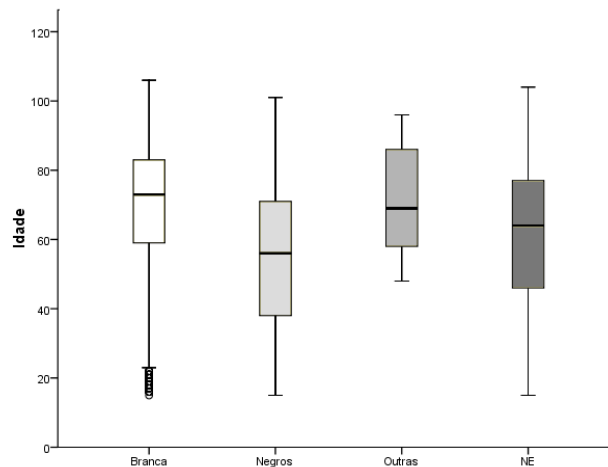


Figura 11: Idade Média de Óbito segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

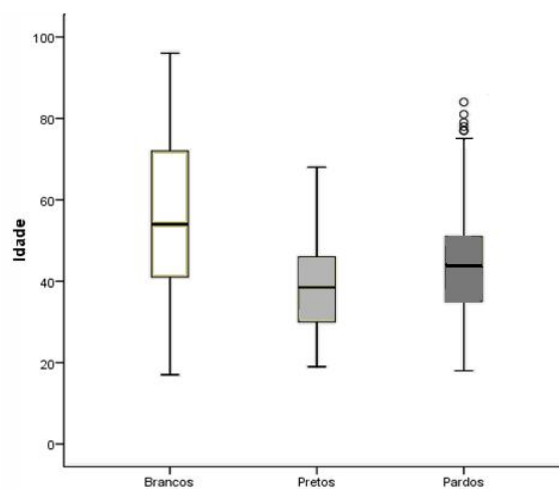


Figura 12: Idade Média de Óbito por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Para as Neoplasias (Figura 13), encontramos idades médias próximas, entre 60 e 70 anos, sendo, nesse caso, a idade mais baixa encontrada para a raça/cor parda.

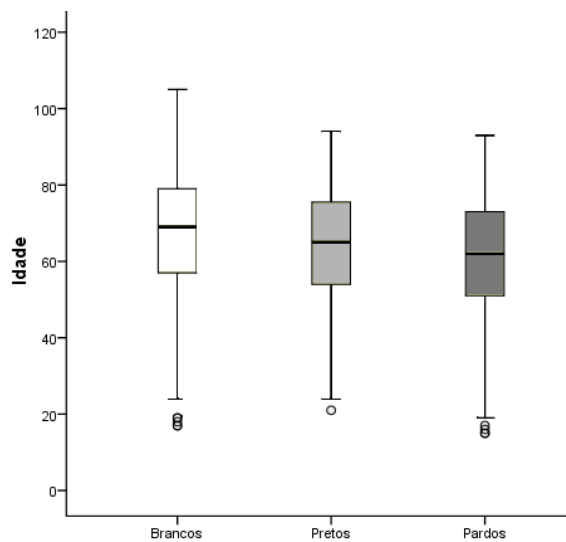


Figura 13: Idade Média de Óbito por Neoplasias segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

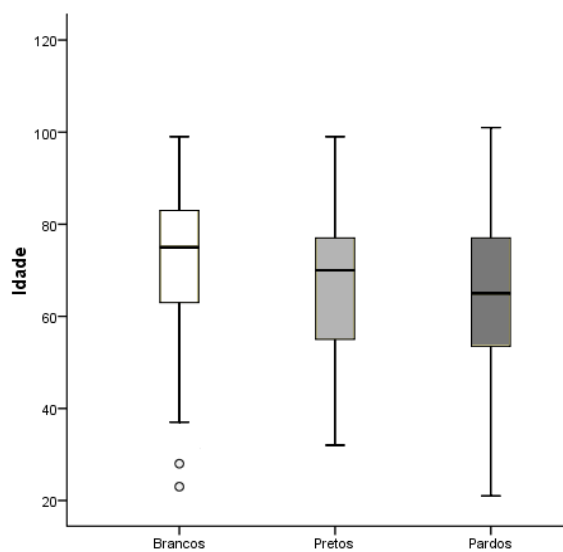


Figura 14: Idade Média de Óbito por Doenças Endócrinas e Metabólicas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Para as Doenças Endócrinas e Metabólicas (Figura 14) observamos que a idade média novamente é menor para os pardos, seguida pelos pretos e brancos.

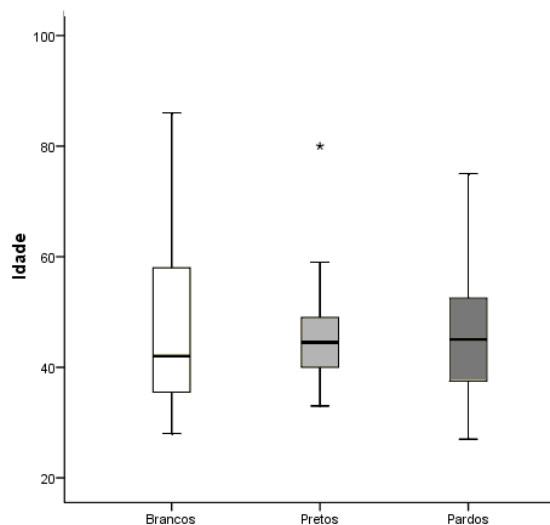


Figura 15: Idade Média de Óbito por Transtornos Mentais e Comportamentais segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Para os óbitos cuja causa básica fora os Transtornos Mentais e Comportamentais (Figura 15), a idade média para todas as categorias de raça/cor são baixos (cerca de 40 anos). Sendo, nesse caso em particular, a idade registrada para os pretos e pardos é mais elevada do que nos brancos. Entretanto, discutiremos adiante que o impacto maior para essa causa é observado para os pretos e pardos, visto que a frequência com que tal causa é registrada é muito superior nestes dois grupos.

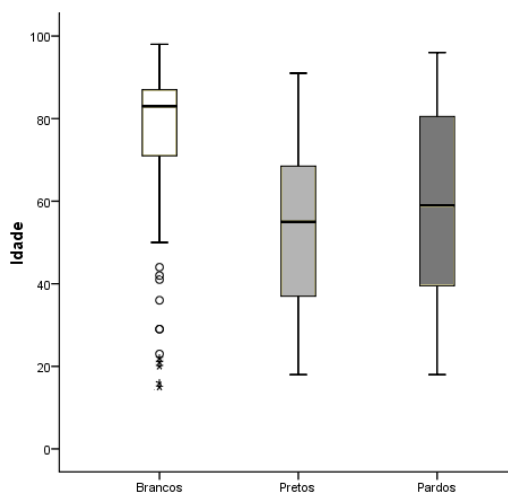


Figura 16: Idade Média de Óbito por Doenças do Sistema Nervoso segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Para as Doenças do Sistema Nervoso (Figura 16), observa-se uma diferença importante entre os grupos analisados. Para os brancos, a idade é maior que 80 anos, já no outro extremo, os pretos não alcançam os 60 anos, e, os pardos aproximam-se dos 60 anos.

A análise da Figura 17 nos revela que, para as Doenças do Aparelho Circulatório, os pretos e pardos apresentam idade média semelhante, em torno de 65 anos. Já os brancos, aproximam-se dos 80 anos.

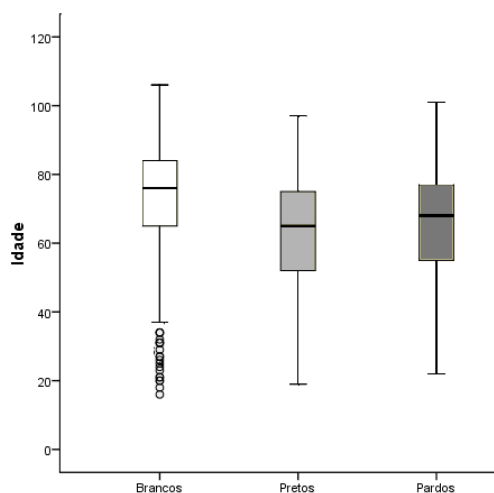


Figura 17: Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Circulatório segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Em relação às Doenças do Aparelho Respiratório (Figura 18), observamos que novamente a categoria branca apresenta idade média mais elevada (em torno de 80 anos) enquanto os pretos e pardos apresentam médias menores (em torno, respectivamente, de 60 e 70 anos).

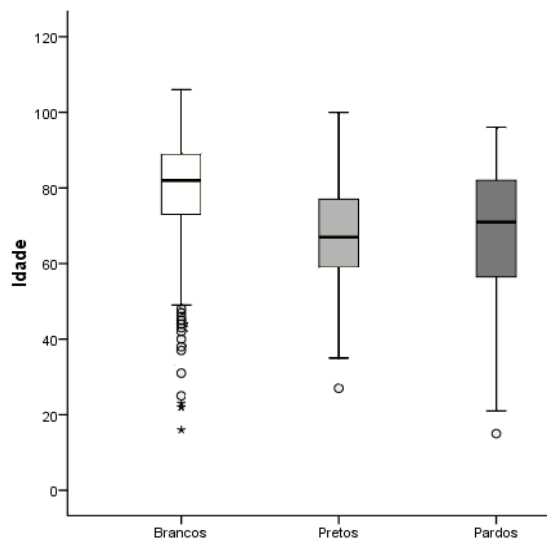


Figura 18: Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Respiratório segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

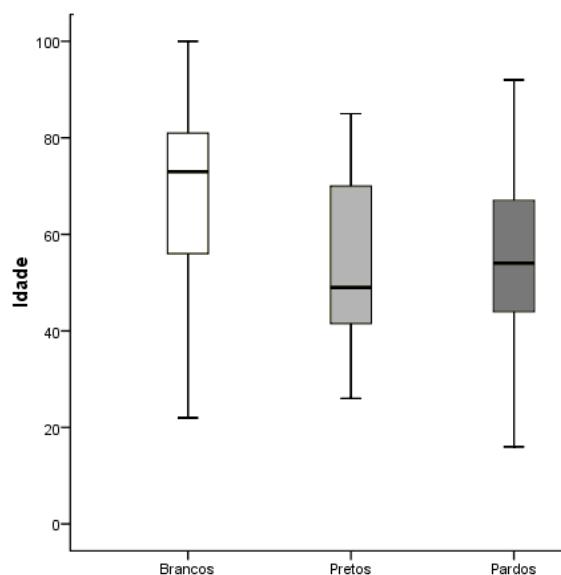


Figura 19: Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Digestivo segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Na Figura 19 observa-se a idade média para as Doenças do Aparelho Digestivo. A análise dessas informações nos permite inferir que há um comportamento semelhante às Doenças do Aparelho Circulatória, entretanto, com médias inferiores para todas as categorias de raça/cor.

Quadro semelhante encontramos para as Doenças do Aparelho Geniturinário (Figura 20), entretanto, as médias de idade aproximadamente, são: 80 anos, para os brancos; 70 anos, para os pardos e, 60 anos, para os pretos.

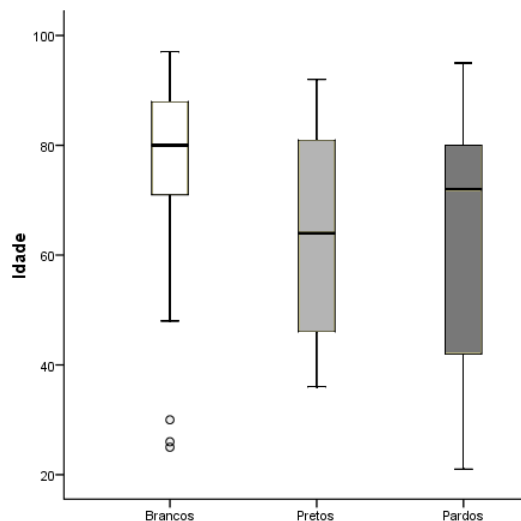


Figura 20: Idade Média de Óbito por Doenças do Aparelho Geniturinário segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Observamos que a menor média de idade para as causas Mal definidas é encontrada para os pardos (50 anos, aproximadamente). Já os pretos e brancos apresentam uma média semelhante (em torno de 70 anos).

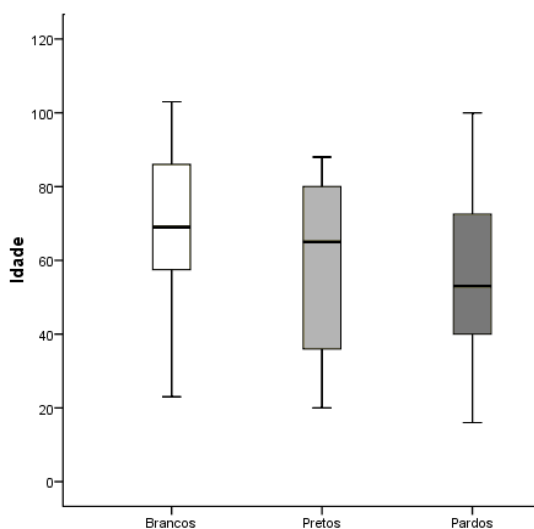


Figura 21: Idade Média de Óbito por Causas Mal Definidas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

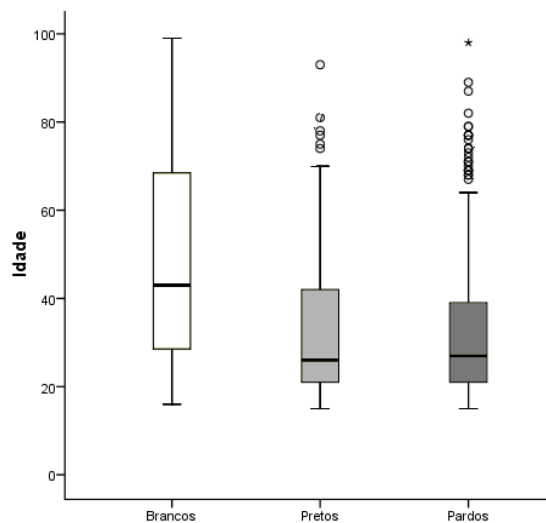


Figura 22: Idade Média de Óbito por Causas Externas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

As Causas Externas apresentaram destaque nos últimos anos em relação à mortalidade de jovens, principalmente para os homens. A Figura 22 apresenta dados que corroboram com esse perfil. Encontramos uma idade média bastante próxima para pretos e pardos (em torno de 25 anos) e bem diferentes para os brancos que apresentam idade média de óbito por essa causa em torno de 40 anos.

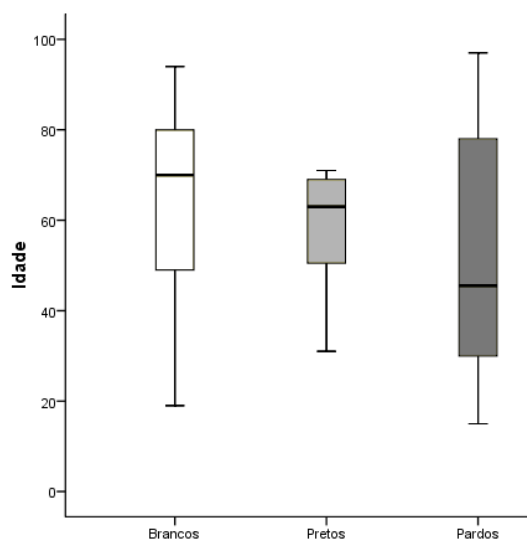


Figura 23: Idade Média de Óbito por Outras causas segundo raça/cor agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

Por fim, a Figura 23 apresenta a idade média por outras causas que já foram descritas na metodologia. Para essas causas, observamos que os pardos apresentaram menor idade média (cerca de 45 anos) enquanto os brancos foram de aproximadamente 70 anos e pretos de 60 anos.

A Figura 24 apresenta a distribuição de óbitos por idade segundo raça/cor. Para as pessoas declaradas como "branca" observamos uma elevação entre 70 e 90 anos de idade, o que é característico de uma população com expectativa média de vida mais elevada, chegando a ultrapassar a média do brasileiro. Para a raça/cor preta, todavia, observamos que a mortalidade é mais elevação por volta dos 60 anos de idade, caracterizando uma alta mortalidade em idade precoce.

Ainda analisando a distribuição de óbitos segundo idade e raça/cor, as pessoas designadas como "parda" apresentam outro padrão, distinto dos brancos e pretos. Aparentemente, a distribuição de óbitos é mais próxima à observada nos pretos, entretanto, há dois picos que diferenciam o comportamento da variável. Observamos uma elevação em torno dos 20 anos de idade e outra próxima aos 80 anos.

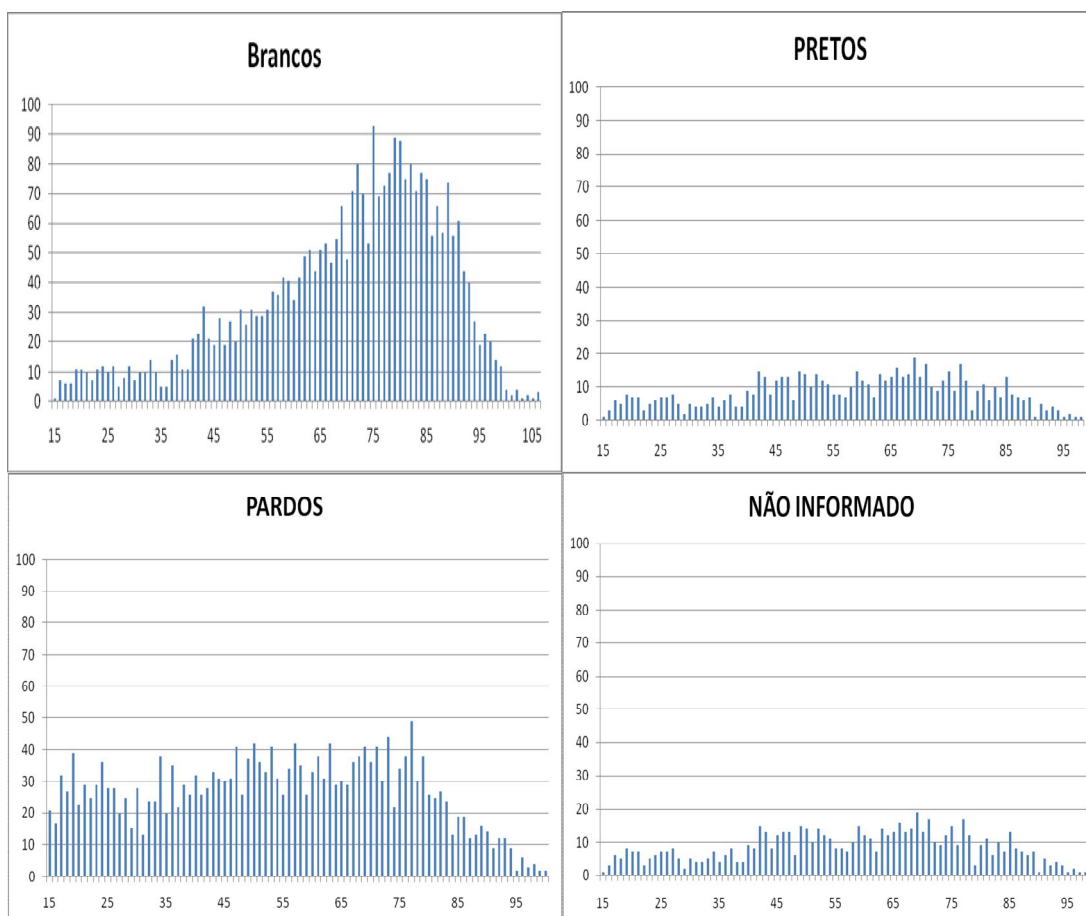


Figura 24: Distribuição de óbitos por idade segundo raça/cor, agregado de 2003 a 2006. Vitória/ES.

A Tabela 8 apresenta o risco relativo para homens e mulheres, segundo algumas faixas etárias específicas. Para os homens, a faixa selecionada fora a de 15-24 anos, visto ser essa uma idade de risco elevado de óbito entre os homens. Já para as mulheres utilizamos a mais comumente faixa que abrange as mulheres em idade fértil (15-49 anos). A análise desses dados demonstra que, para as mulheres, o maior risco relativo encontrado fora na raça/cor preta, sendo de 3,88 em relação às mulheres brancas. Entretanto, para o sexo masculino, o risco relativo mais elevado deu-se entre os pardos, 9,79. Ou seja, mulheres pretas em idade fértil, apresentam risco de morrer quase quatro vezes mais do que as brancas. E, homens pardos entre 15-24 anos chegam a alcançar um risco de morrer quase 10 vezes maior do que os brancos.

TABELA 8: RISCO RELATIVO (RR) PARA ÓBITO SEGUNDO RAÇA/COR, 2003 A 2006. VITÓRIA/ES.

	RR	IC	p
Mulheres 15-49 anos			
Preta	3.88	2.07 – 7.25	0.00
Parda	2.41	1.52 – 3.82	0.00
Branca	1.00	-	-
Homens 15-24 anos			
Preto	6.65	2.42 – 18.32	0.00
Pardos	9.79	4.47 – 21.46	0.00
Branco	1.00	-	-

Nas Tabelas 9 e 10 é apresentados o RR, Intervalo de Confiança e valor de P para homens e mulheres negras, segundo causa básica. As causas que apresentaram diferenças significativas em relação ao risco relativo foram para os homens: Transtornos Mentais 9,29 (2,14 – 40,38); Doenças do Sistema Nervoso 0,31 (0,10 – 0,93); Doenças do Aparelho Respiratório 0,54 (0,31 - 0,94); Doenças do Aparelho Digestivo 2,25 (1,23 – 4,11); Causas Mal Definidas 8,71 (1,99 – 38,07); Causas Externas 5,71 (3,83 – 8,51). Para as mulheres, as causas que apresentaram

diferença significativa foram: Neoplasias 0,52 (0,38 – 0,78) e Causas Externas 2,38 (1,15 – 4,94).

TABELA 9: RISCO RELATIVO (RR) PARA HOMENS NEGROS, SEGUNDO CAUSA BÁSICA, 2006. VITÓRIA/ES.

Causa	RR	IC	p
D. Infeciosas e parasitárias	0,96	0,50 – 1,84	0,89
Neoplasias	1,02	0,72 – 1,42	0,93
D. Endócrinas	1,58	0,79 – 3,14	0,19
Transtornos Mentais	9,29	2,14 – 40,38	0,00
D. Sistema Nervoso	0,31	0,10 – 0,93	0,03
D. Aparelho Circulatório	1,02	0,80 – 1,31	0,85
D. Aparelho Respiratório	0,54	0,31 – 0,94	0,03
D. Aparelho Digestivo	2,25	1,23 – 4,11	0,00
D. Aparelho Genitourinário	0,83	0,37 – 1,87	0,65
Causas Mal Definidas	8,71	1,99 – 38,07	0,00
Causas Externas	5,71	3,83 – 8,51	0,00

TABELA 10: RISCO RELATIVO (RR) PARA MULHERES NEGRAS, SEGUNDO CAUSA BÁSICA - VITÓRIA, 2006.

Causa	RR	IC	p
D. Infecciosas e parasitárias	1,39	0,56 – 3,41	0,47
Neoplasias	0,52	0,35 – 0,78	0,00
D. Endócrinas	0,99	0,57 – 1,71	0,97
Transtornos Mentais	-	-	-
D. Sistema Nervoso	0,61	0,27 – 1,38	0,23
D. Aparelho Circulatório	1,00	0,76 – 1,30	0,97
D. Aparelho Respiratório	0,92	0,55 – 1,54	0,74
D. Aparelho Digestivo	1,00	0,52 – 1,92	0,99
D. Aparelho Genitourinário	0,97	0,36 – 2,60	0,95
Causas Mal Definidas	0,61	0,20 – 1,81	0,36
Causas Externas	2,38	1,15 – 4,94	0,01

Entretanto, como a idade média do óbito foi significativamente diferente entre as categorias de raça/cor, foi calculado o risco relativo incluindo apenas duas faixas etárias: menor de 50 anos e maior ou igual a 50 anos, para ambos os sexos. Tal análise demonstrou que o risco comportou-se de forma diferente dos dados anteriores. A Tabela 11 apresenta tais informações relativas ao sexo masculino. O risco de morrer com menos de 50 anos é mais elevado nos negros do que nos brancos, por exemplo para as Doenças Infecciosas (RR=2,91, p=0,02); Transtornos Mentais (RR=12,00, p=0,00); Doenças do Aparelho Circulatório (RR=3,55, p=0,00); Doenças do Aparelho Digestivo (RR=9,28, p=0,00); Causas Mal Definidas (RR=9,97, p=0,00) e Causas Externas (RR=7,68, p=0,00).

Continuando a análise, na Tabela 12 são apresentadas as mesmas informações comentadas acima, mas, para o sexo feminino. De forma semelhante, foram encontradas diferenças significativas. As causas nas quais encontramos risco relativo elevado para mulheres abaixo de 50 anos foram: Doenças Infecciosas (RR=4,55, p=0,03); Doenças Endócrinas (RR=6,82, p=0,04); Doenças do Aparelho Circulatório (RR=2,73, p=0,00) e Causas Externas (RR=2,60, p=0,00).

TABELA 11: RISCO RELATIVO DE ÓBITOS PARA HOMENS NEGROS SEGUNDO CAUSA BÁSICA E FAIXA ETÁRIA, 2006. VITÓRIA/ES.

Causa	Faixa etária	RR	IC	p
D. Infecciosas e parasitárias	< 50 a	2,91	1,14 – 7,44	0,02
	≥ 50 a	0,80	0,18 – 3,59	0,77
Neoplasias	< 50 a	1,23	0,47 – 3,18	0,67
	≥ 50 a	1,11	0,78 – 1,58	0,57
D. Endócrinas	< 50 a	4,37	0,49 – 39,06	0,15
	≥ 50 a	1,69	0,76 – 3,56	0,16
Transtornos Mentais	< 50 a	12,00	1,55 – 92,92	0,00
	≥ 50 a	7,34	0,86 – 62,78	0,03
D. Sistema Nervoso	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	0,45	0,15 – 1,39	0,15
D. Aparelho Circulatório	< 50 a	3,55	1,61 – 7,83	0,00
	≥ 50 a	1,08	0,83 – 1,40	0,58
D. Aparelho Respiratório	< 50 a	0,82	0,18 – 3,66	0,79
	≥ 50 a	0,63	0,34 – 1,15	0,13
D. Aparelho Digestivo	< 50 a	9,28	2,14 – 40,14	0,00
	≥ 50 a	1,47	0,70 – 3,08	0,31
D. Aparelho Genitourinário	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	0,63	0,24 – 1,64	0,34
Causas Mal Definidas	< 50 a	9,97	1,23 – 81,01	0,00
	≥ 50 a	11,73	1,47 – 93,80	0,00
Causas Externas	< 50 a	7,68	4,75 – 12,41	0,00
	≥ 50 a	1,32	0,54 – 3,25	0,54

TABELA 12: RISCO RELATIVO DE ÓBITOS PARA MULHERES NEGRAS SEGUNDO CAUSA BÁSICA E FAIXA ETÁRIA, 2006. VITÓRIAS/ES.

Causa	Faixa etária	RR	IC	p
D. Infecciosas e parasitárias	< 50 a	4,55	0,97 – 21,42	0,03
	≥ 50 a	0,34	0,07 – 1,65	0,16
Neoplasias	< 50 a	1,30	0,47 – 3,58	0,61
	≥ 50 a	0,74	0,48 – 1,14	0,17
D. Endócrinas	< 50 a	6,82	0,82 – 56,68	0,04
	≥ 50 a	1,02	0,56 – 1,87	0,94
Transtornos Mentais	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	-	-	-
D. Sistema Nervoso	< 50 a	0,57	0,05 – 6,27	0,64
	≥ 50 a	0,46	0,19 – 1,13	0,08
D. Aparelho Circulatório	< 50 a	2,73	0,96 – 7,75	0,04
	≥ 50 a	1,49	1,13 – 1,96	0,00
D. Aparelho Respiratório	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	0,70	0,41 – 1,21	0,20
D. Aparelho Digestivo	< 50 a	3,41	0,69 – 16,91	0,12
	≥ 50 a	0,94	0,43 – 2,03	0,87
D. Aparelho Genitourinário	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	0,94	0,31 – 2,79	0,90
Causas Mal Definidas	< 50 a	-	-	-
	≥ 50 a	2,36	0,75 – 7,43	0,13
Causas Externas	< 50 a	2,60	1,07 – 6,32	0,02
	≥ 50 a	2,11	0,57 – 7,84	0,25

A Tabela 13 apresenta um recorte para faixa etária de 15 a 24 anos para ambos os sexos por Causas Externas para os negros. Utilizamos tal recorte visto ser esta uma causa de óbito que atinge principalmente os jovens nessa faixa etária. Para os homens o risco relativo encontrado atingiu 6,98 (IC: 3,15–15,41) e, para as mulheres não foi significativo (RR: 2,57 IC: 0,50–13,22).

TABELA 13: RISCO RELATIVO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS PARA NEGROS NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 24 ANOS E SEGUNDO SEXO, 2006. VITÓRIA/ES.

Sexo	Faixa etária	RR	IC	p
M	15-24 a	6,98	3,15 – 15,41	0,00
F	15-24 a	2,57	0,50 – 13,22	0,24

Por fim, a Tabela 14 apresenta o risco relativo para mortalidade geral e para toda a população (homens e mulheres com 15 anos ou mais) segundo raça/cor. Nessa tabela optou-se por separar novamente pretos e pardos (e não negros). Os resultados mostram que os pretos têm 1,69 vezes risco maior de morrer por qualquer causa e em qualquer faixa etária tanto em relação aos brancos como em relação aos pardos.

TABELA 14: RISCO RELATIVO DE MORTALIDADE GERAL SEGUNDO RAÇA/COR, 2006. VITÓRIA/ES.

Raça/cor	RR	IC*	P
Branco	1.0	-	-
Pretos	1.69	1.56 – 1.83	0.00
Pardos	1.0	0.95 – 1.06	0,94

*IC de 95% de significância

6 DISCUSSÃO

6.1 A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Houaiss (2007)²⁸, qualidade é um substantivo feminino e possui significados diversos. Genericamente, trata-se de uma propriedade que determina a essência ou a natureza de um ser ou coisa. Além disso, podemos utilizar o mesmo termo para designar o conjunto de traços psicológicos e/ou morais de um indivíduo; caráter, índole. E, talvez o que mais se aproxime do significado abordado neste trabalho seja inferir um grau negativo ou positivo de excelência de um determinado produto, no caso, a informação.

Obviamente nosso estudo não tem a pretensão de abordar e discutir a qualidade em todas as dimensões e, tal fato traduz-se como limitações tanto relativas ao desenho do estudo como em relação aos dados disponíveis. Nesse trabalho, nosso objetivo em relação à análise da qualidade, restringe-se à de completude dos dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade, visto ser este um fator essencial e inicialmente um obstáculo para realização de análises consistentes. Além disso, destacamos que essa dimensão foi avaliada especialmente para a variável raça/cor.

As análises relativas à qualidade das informações de mortalidade há muito vem sendo realizadas no país e no mundo. Diversos estudos foram realizados com objetivo de analisar a certificação médica em relação à causa de óbito^{34,25,64,88,65,71,77,62}.

Entretanto, sabe-se que outras informações, além da causa básica, são de extrema importância para o setor saúde, uma vez que fornecem informações as quais servem de subsídio para ações específicas em cada área. Os registros contidos nos sistemas de informação dispõem de dados sobre os eventos e suas características tendo em vista a aproximação da real situação de saúde de determinada população⁶⁶. Dessa forma, outras informações que não somente a causa básica e os campos relacionados com ela são importantes para a epidemiologia, já que os

determinantes sociais estão sendo amplamente utilizados para compreender e atuar nos agravos que atingem a população.

A utilização de outros indicadores é importante para a discussão dos determinantes da saúde, uma vez que as insuficiências e as desigualdades se manifestam no espaço geográfico do País, como reflexo da história social, econômica e cultural de cada Região, Estado ou Município. Grupos sociais mais vulneráveis (população rural, mulheres, negros e índios) são alvos dessa desigualdade, perpetuada pela exclusão histórica existente ainda hoje na sociedade brasileira¹³.

Ao analisar a completude dos dados de raça/cor, escolaridade e ocupação do município de Vitória, observamos que esta se encontra em estágio menos avançado de preenchimento quando comparado com outros municípios da mesma região do país. As variáveis escolaridade e ocupação não foram incluídas na análise devido à elevada incompletude (respectivamente 53% e 33%, em 2006). Em relação à variável raça/cor, os dados apresentam melhor completude, 19% (2006), o que a classifica como de qualidade regular⁸².

Estudo realizado em Vitória, com objetivo de analisar a qualidade do preenchimento da causa básica de óbito por causas externas no município de Vitória, ES, concluiu que o preenchimento ainda não está adequado. Segundo Smarzaro (2005), diversos são os fatores envolvidos em relação aos médicos que preenchem a DO entre eles destaca a ausência de informações, condições precárias de trabalho e, até mesmo o desconhecimento de determinadas atribuições (por exemplo, declarar como causa básica atropelamento ou queda, mas sim como ação contundente)⁸⁹.

A análise da evolução da variável raça/cor, quanto ao seu preenchimento no Brasil, Região Sudeste e nos Estados que a compõem, permite inferir que, embora a percentagem de não preenchimento (raça/cor ignorada) ainda seja relativamente elevada, essa informação vem sendo disponibilizada ao longo dos últimos oito anos de forma crescente. Entretanto, ao observamos cada Estado isoladamente, é possível destacar que esse processo não se apresenta homogêneo.

No ano de 2005, os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram um percentual menor de dados ignorados (1% e 5%, respectivamente) em relação aos Estados de Minas Gerais (15%) e Espírito Santo (25%). É possível que essa situação seja semelhante em outras Regiões do Brasil. Portanto, a percentagem

média de óbitos com raça/cor ignorada no Brasil, que para o ano de 2005 alcançou cerca de 8%, pode estar subestimada para algumas Regiões e superestimada para outras, podendo comprometer análises mais abrangentes.

Esse fato é semelhante se analisarmos esses números por região do Estado do Espírito Santo cuja média de incompletude foi cerca de 25% em 2005. Para o mesmo ano, estados como Alagoas e Sergipe apresentaram um percentual ainda mais preocupante, respectivamente 40% e 31% de informação ignorada para raça/cor. Em contrapartida, nos Estados de São Paulo (acima citado) e Paraná os valores foram de 1% e 2%, respectivamente¹⁰.

Em relação ao Espírito Santo, esse percentual (25%) não se aplica a todas as microrregiões e municípios que o compõem. Em comparação com os demais municípios, a capital apresenta um percentual mais baixo de informação ignorada, mostrando provavelmente uma maior preocupação com os sistemas de informação em saúde.

Em Vitória, a coleta das declarações de óbito, codificação e digitação dos dados do SIM estão sob responsabilidade de técnicos administrativos e de dois médicos codificadores. Todos os óbitos infantis e de mulheres em idade fértil são investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil (COPEMI), instituído no ano de 2003 em Vitória. O COPEMI trabalha por meio de consultas a prontuários médicos e entrevistas com familiares e profissionais das unidades de saúde responsáveis pelo pré-natal. Todos os óbitos por causas externas são investigados pelo Núcleo de Prevenção da Violência (NUPREVI) que realiza consultas mensais aos arquivos do IML e leitura diária das páginas policiais de jornais. As causas externas são investigadas exclusivamente por um grupo desde 1999, sendo instituído o NUPREVI apenas em 2006⁹⁰.

Os demais óbitos são investigados pelos médicos do SIM. O SIM, COPEMI e o NUPREVI são setores da Coordenação de Vigilância Epidemiológica, que por sua vez pertence à Gerência de Vigilância Epidemiológica, conforme reforma administrativa ocorrida na Prefeitura Municipal de Vitória em 2006 por meio do Decreto 12632/06, complementado pelo Decreto 13031/06. Mediante essa legislação foi criada também a Coordenação de Informação em Saúde, que tem por objetivo a sistematização das informações epidemiológicas e gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), além de analisar e divulgar as

informações⁹⁰. Assim sendo, é possível que a médio prazo ocorra importantes alterações na completude das demais informações do sistema de informação.

Em Vitória, foi possível identificar que desde 1996, quando a variável raça/cor foi incluída na declaração de óbito nacionalmente, essa informação já apresentou melhor completude que a variável escolaridade. A completude dessa informação passou de zero em 1996 para aproximadamente 85% em 2005, não sendo ainda um resultado satisfatório, tendo em vista que em alguns municípios brasileiros esse valor é ainda menor. Em Cachoeiro do Itapemirim, município na região sul do Espírito Santo, a completude é de 35%¹⁰.

Em nossa análise destacamos a existência de desigualdade na qualidade da informação disponível, tanto no Brasil como entre os Estados da Região Sudeste e mesmo interestadual, como a que ocorre no Espírito Santo, indicando que as desigualdades em saúde não se restringem somente ao acesso da população ao serviço ou assistência, mas, também, se estendem à qualidade das informações produzidas em cada local⁷³.

Assim sendo, a utilização desses dados para estabelecimento de relações entre o perfil de mortalidade de grupos distintos de cor e sua distribuição geográfica deve ser realizada com cautela. Para as situações onde a completude é aceitável (até 20%), seria possível compreender as relações entre mortalidade e a raça/cor como um determinante social da ocorrência de óbitos na população, proposta essa desenvolvida nesse estudo, apesar de ter sido encontrado um valor intermediário (regular). Abordagens como essas são particularmente importantes para a compreensão e combate das iniquidades em saúde, já que fornece subsídios fundamentais para as ações de planejamento em saúde pública.

A qualidade relativa à informação em saúde é essencial para uma gestão eficiente do sistema. Em destaque, citamos as informações relativas à mortalidade da população. A relevância dessas informações condiciona determinados municípios e até mesmo países a desenvolverem projetos com vistas a conhecer, discutir e aprimorar as informações relativas à saúde da população. Em 1989, a Prefeitura de São Paulo criou o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM) que tem como objetivo fornecer informações de mortalidade necessárias ao diagnóstico de saúde, à vigilância epidemiológica e à avaliação dos serviços de saúde. Esse programa é coordenado pela Secretaria de

Saúde do município e executado em parceria com o Serviço Funerário (SFMSF) e com a Companhia de Processamento de Dados (PRODAM), ambos do município em questão. Diariamente, o serviço analisa cerca de 200 DO (residentes e não residentes) em cerca de 24h após a morte. Essa ação e agilidade do serviço propiciam a melhoria da qualidade do preenchimento da declaração de óbito, tanto junto aos médicos (através do contato permanente e orientações quanto ao correto preenchimento) como junto ao Instituto Médico Legal, Delegacias de Polícia, Guias de Encaminhamento de Cadáver. Além disso, o programa realiza ações de vigilância epidemiológica e análises de dados, além de disponibilizar tais informações para a sociedade⁸⁵.

As informações em saúde destacam-se como importante ferramenta para a compreensão das desigualdades em saúde ao permitirem avaliá-las e monitorá-las, o que decorre em fortalecimento do sistema de saúde. Além disso, a utilização do SIM é uma fonte importante de informação devido à sua abrangência nacional e por conter registro de variáveis socioeconômicas e demográficas, permitindo uma análise ampla e de baixo custo.

Quanto à viabilidade de utilização das informações de óbito contidas no SIM para o município de Vitória, foi possível perceber que, ao longo dos anos estudados, esses registros apresentaram evolução quanto ao preenchimento, apesar de algumas limitações.

O aprimoramento das informações contidas na DO, particularmente relativas à causa de óbito, tem sido uma preocupação da OMS, através da criação de centros colaboradores que realizam estudos e análises estatísticas de mortalidade por causa. Quanto ao preenchimento, sem dúvida, o médico apresenta um papel importante, entretanto, a codificação correta durante o processamento das informações é fundamental. Portanto, não só o médico, como no caso da DO, mas, sobretudo os técnicos responsáveis pela alimentação, digitação e codificação dos dados possuem fundamental importância para a fidedignidade das informações obtidas a partir dos dados analisados⁴⁶.

Estudo realizado em Botucatu, São Paulo, mostrou que a qualidade da variável ocupação na DO não se apresenta satisfatória e ressalta a necessidade de estudos com relação à validação dos dados do documento. Além disso, concluiu que a

qualidade da informação relativa à causa básica é de boa qualidade, sendo, portanto, necessário atuar para a melhoria das outras informações²⁵.

De forma semelhante à causa básica, as outras informações contidas na declaração (como por exemplo, a raça/cor, escolaridade, ocupação, etc.) dependem tanto do preenchimento adequado da DO, como da digitação e alimentação correta do sistema por parte dos codificadores que estão nas secretarias municipais e estaduais de saúde, as quais agregam e enviam os dados para o nível federal.

Em relação à qualidade da variável raça/cor, Fiorio e colaboradores (2008)³³, em um estudo realizado em Vitória/ES, analisando os dados de mortalidade por raça/cor, concluíram que, quanto ao preenchimento do campo na declaração de óbito, ainda não há informação excelente, entretanto, há melhoria considerável desses dados desde sua implantação em 1996. Além disso, segundo os autores, esse processo não ocorreu de forma homogênea, o que revela a existência de desigualdade espacial quanto à qualidade dessas informações, tanto em nível nacional, como estadual. E, embora, a qualidade da informação ainda esteja aquém da desejada, a utilização da variável raça/cor contida no Sistema de Informações sobre Mortalidade, permite tanto a discussão sobre a existência de desigualdades como desencadeia um processo de aprimoramento dessas informações na DO.

A relevância das informações relativas ao óbito seja a causa básica ou os demais dados sócio-demográficos na análise e implementação de ações equânimes é indiscutível, entretanto, ainda nos deparamos com falhas no preenchimento de informações simples como raça/cor que, teoricamente, depende apenas de maior cuidado e entendimento da importância dessa informação para o sistema de saúde. As falhas as quais nos referimos não dizem respeito à avaliação da consistência ou mesmo da discussão sobre definição de raça/cor (que é bastante complexa), reside no fato de não marcar uma alternativa no campo em questão (completude). Ainda que nos pareça uma atitude simples, provavelmente o problema está associado à falta de compreensão sobre os pilares do sistema de saúde.

Conhecer o impacto das disparidades por meio das análises de dados de mortalidade consiste em um meio de garantir a melhoria das condições de saúde tanto por meio da efetividade dos serviços de saúde como a na oferta equânime dos mesmos⁹¹.

Em relação à validação das informações contidas em um Sistema de Informação, há alguns conceitos que podem ser utilizados como, por exemplo, sensibilidade, especificidade e valores preditivos, e a comparação entre as prevalências real, (validação das informações de nascidos vivos), entretanto, este estudo tem por finalidade apenas observar a completude da variável raça/cor.

A pouca importância dada ao preenchimento da raça/cor na declaração de óbito pode também estar relacionada às características da mesma. Em estudo realizado em Recife-PE, com objetivo de validar informações que não a causa básica de declarações de óbito por causas externas, os autores classificaram as variáveis em três categorias de acordo com a responsabilidade do preenchedor (médico). A primeira seriam as de responsabilidade direta, sendo essas as de preenchimento sistemático estando relacionadas aos aspectos observados na necropsia, por exemplo, data do óbito, sexo, idade, tipo de violência e tipo de acidente. Na segunda categoria, ficariam as que dependem informações contidas em outros registros, o que induz a uma preocupação menor com seu preenchimento, como local e município de ocorrência do óbito, assistência médica e local do acidente. Por fim, estariam as variáveis que os profissionais do IML não preenchem: residência, grau de instrução, ocupação, data de nascimento. Esse estudo foi realizado em 1995, antes, portanto, da inclusão da variável raça/cor, mas, possivelmente, a raça/cor estaria enquadrada na terceira categoria juntamente ao grau de instrução e ocupação, o que a coloca na mesma situação de descaso quanto ao seu preenchimento. Além disso, como a pesquisa fora feita considerando as Causas Externas, ou não naturais, a responsabilidade pelo preenchimento fica a cargo dos profissionais do IML. No caso das mortes naturais, o médico responsável pela assistência ou acompanhamento do sujeito é quem preenche a declaração de óbito³.

Em relação às ações de melhoria da qualidade das informações, o Estado do Espírito Santo vem caminhando em busca de informações de qualidade. Para tanto, foi criado um departamento na Secretaria de Estado da Saúde (SESA) denominada Gerência de Tecnologia da Informação (GTI) que:

tem por finalidade viabilizar internamente a implementação e gestão de tecnologia da informação no âmbito da SESA, em consonância com as políticas e programas de informática do Governo Estadual visando disponibilizar ambiente operacional adequado à utilização e compartilhamento dos recursos de tecnologia disponibilizados; outras atribuições afins³⁰.

Na GTI, há dois núcleos responsáveis pela operacionalização: o Núcleo Especial de Suporte ao Usuário e o Núcleo Especial de Desenvolvimento e Tecnologia da Informação. Atualmente, há alguns projetos em andamento, dentre eles, merece destaque o projeto “Saúde Digital”, que pretende interligar em redes os vários estabelecimentos de saúde do Estado, através da Portaria 125-S de 13/06/08³⁰.

Portanto, iniciativas em prol da melhoria da qualidade da informação vêm sendo desenvolvidas no Estado e no município de Vitória (criação de uma assessoria de informação e saúde) com vistas à obtenção de dados de eventos vitais fidedignos sejam relativos à saúde, doença e mortalidade da população.

6.2 DESIGUALDADES EM SAÚDE

Os resultados encontrados em nosso estudo sugerem que os pretos e pardos morrem mais em praticamente todas as idades e, além disso, morrem mais cedo que os brancos. Tal fato pode estar relacionado não só a melhores condições de vida, como também ao acesso a serviços e bens de saúde. Por outro lado, para os brancos o evento é postergado para as idades mais avançadas. Apesar de não analisarmos a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), as crianças pretas apresentam níveis de mortalidade infantil substancialmente superior aos observados nas demais categorias de raça/cor, o que corrobora com condições precárias de vida e acesso ao serviço de saúde^{20,26}.

Outro importante aspecto observado é que o Risco Relativo segundo causa difere entre brancos, pretos e pardos. Apesar de pretos e pardos apresentarem risco mais elevado para a maioria das causas, há situações particulares como em homens e

Doenças do Sistema Nervoso e do Aparelho Respiratório e, nas mulheres e as Neoplasias. Nessas situações, o fato de ser negro consiste em fator de proteção.

Além disso, podemos perceber que há uma diferença importante entre os sexos. Tal diferença, todavia, não se restringe à causa básica de óbito; ela está presente também na idade média de óbito e na mortalidade por raça/cor e no risco relativo de morrer tanto por causa, como segundo raça/cor. As possíveis diferenças segundo gênero podem ser atribuídas tanto a fatores biológicos como os fatores comportamentais. Laurenti e colaboradores (2005)⁴⁷ encontraram um acréscimo de até 50% do coeficiente de mortalidade masculina em relação à mortalidade feminina na faixa etária de 20 a 39 anos (cerca de três óbitos masculinos para cada um feminino). Os homens apresentaram como a principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas causas externas. Em relação à morbidade (internações, excluídas às relacionadas ao parto), há um equilíbrio entre os sexos. Já os motivos de internação apresentam certas semelhanças, exceto as relativas a causas externas e aos transtornos mentais e comportamentais, respectivamente (razões de 2,3 e 1,9 internações masculinas para cada feminina). Além disso, a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e o alcoolismo destacam-se como importantes agravos na saúde masculina.

As diferenças da morbimortalidade entre os gêneros existem e, compõem tanto pelas condições inerentes à constituição biológica e física (composição ósseo-muscular, gravidez, hormonal, distribuição de gorduras, entre outras) como às particularidades comportamentais, desenvolvida a partir dos papéis sociais desempenhados^{69,27}. As particularidades de cada gênero compõem perfis diferentes entre os sexos. Essas diferenças permanecem por todos os ciclos da vida, sendo maior a mortalidade masculina em todas as idades e para quase todas as causas. Nas últimas décadas, essa diferença vem aumentando. Até a década de 1980 as mulheres apresentavam cerca de cinco anos a mais em relação à expectativa de vida masculina, porém, em 2001 essa diferença alcançou uma sobrevida de oito anos em relação aos homens (respectivamente, 73 e 65 anos)⁷⁶. Todavia, os indicadores relativos à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais demonstram maior freqüência para o sexo feminino, evidenciando que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e referem mais freqüentemente algum agravo ou queixa de morbidade⁸⁰.

Esse padrão distinto de morbimortalidade precisa ser levado em consideração durante o planejamento de ações e programas de saúde com objetivo de promover a saúde e proteção específica para determinados agravos que comprometem a qualidade de vida dos homens e de toda saúde da sociedade. A priorização de ações voltadas para a saúde da mulher, da criança, dos idosos, por vezes não consegue contemplar a atenção ao sexo masculino, seja devido aos seus objetivos e diretrizes programáticas, seja pelo horário de atendimento das unidades de saúde. Exceto pelo programa de saúde do trabalhador e aqueles voltados para problemas de saúde específicos (hipertensão, tuberculose, hanseníase, tabagismo, etc), os serviços de saúde não conseguem captar os homens da comunidade e, estes, quando chegam ao serviço de saúde, comumente apresentam uma situação complexa, sendo necessárias intervenções de nível secundário⁴⁷.

Outro ponto que merece destaque é que grande parte da mortalidade por causas externas (principalmente homicídios e acidentes de trânsito) são compostas por homens jovens e negros⁹⁶. Esse problema, devido a sua complexidade, exige ações integrais e intersetoriais, o que torna ainda mais grave a situação desse grupo. Assim sendo, o setor saúde por si só não consegue atingir todas as metas de promoção para a saúde, assim como de desenvolvimento de uma comunidade saudável.

Além disso, alguns agravos como a AIDS e o alcoolismo estão fortemente presentes no sexo masculino, ainda que em transição. A incidência ainda é mais elevada entre os homens, porém esse quadro vem se alterando visto o aumento da incidência entre as mulheres⁸¹. Tal fato pode estar relacionado à proporção crescente de ocorrência de casos da doença entre indivíduos heterossexuais. Em relação ao alcoolismo, apesar da dificuldade de estabelecer a prevalência do consumo e abuso, sabe-se que este se relaciona diretamente com algumas causas de óbito, levando a várias conseqüências sociais. Dentre essas causas, os transtornos mentais e doenças do aparelho digestivo (cirrose hepática) podem avaliar, mesmo que de forma limitada, o impacto dessa substância para a morbimortalidade da população. O uso abusivo de bebidas alcoólicas parece ser comum em homens de regiões mais pobres, isso, associado a outros fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aumento da morbimortalidade por essas causas⁶⁰.

O principal aspecto observado a partir dos nossos resultados reside no risco relativo para mulheres e homens negros, em relação aos brancos. Ao observarmos o risco relativo geral, sem considerarmos a faixa etária, há apenas diferença significativa para as seguintes causas: entre os homens - causas externas, transtornos mentais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho digestivo e causas mal definidas; para as mulheres negras, o risco é maior em relação às brancas somente para as causas externas. Entretanto, deve-se destacar que para as neoplasias, ser negra é um fator de proteção em relação às mulheres brancas.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Estima-se que em 2008, a incidência seja de 140 novos casos, o maior número esperado para a capital entre todos os outros tipos de câncer¹⁴. O câncer de mama, juntamente ao de próstata e colón e reto, encontra-se entre os que normalmente estão associados a alto *status* socioeconômico³⁸. Considerando esse cenário, conclui-se que condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para menor ocorrência de câncer de mama entre as mulheres, assim como a raça/cor negra pode ser considerada como fator de proteção para a morte por neoplasias. Compreender qual o impacto individual de cada uma dessas características só seria possível se houvesse maior número de informações disponíveis na DO, como por exemplo, a ocupação e escolaridade. Ainda assim, é importante destacar que a raça/cor parece ser uma variável sensível às questões socioeconômicas.

Ao analisar o risco com dois grupos de idade, até 50 anos (de 15 a 49 anos) e maior de 50 anos, o quadro apresentado é distinto. Entre os homens, as causas acima citadas permanecem com maior risco, entretanto, a mortalidade precoce (menor de 50 anos) chega a apresentar um risco relativo de 12 para transtornos mentais, sendo visível o aumento do risco desse grupo em todas as causas acima mencionadas. Para as mulheres, ao analisarmos essas duas faixas etárias, observamos que o quadro mudou bastante. As causas externas permanecem com risco relativo mais elevado (somente de 15 a 49 anos), e acresce-se a ela outras causas: doenças infecciosas, doenças endócrinas, doenças do aparelho circulatório. Para a mortalidade na faixa de idade "maior de 50 anos", só houve significância estatística para as doenças do sistema nervoso.

Um fato interessante é que ao criarmos essa divisão, obtemos um risco relativo de 3,55 para homens negros com idade entre 15 a 49 anos para as doenças do aparelho circulatório em relação ao mesmo grupo de raça/cor branca.

É fato conhecido que a mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório é a maior no Brasil e também em Vitória. A existência de fatores genéticos associados às doenças hipertensivas em negros parece estar relacionada a uma maior rigidez aórtica em relação aos demais grupos de raça/cor³², elevando o risco para todas as causas em que a hipertensão arterial se configura como um dos mais importantes fatores de risco, como os eventos cardiovasculares e cerebrais.

A associação de doenças hipertensivas em pessoas negras é conhecida no meio acadêmico^{36,86} e, freqüentemente as seqüelas e gravidade das doenças à ela relacionadas também são maiores nesses indivíduos em relação aos brancos^{43,97}. Os fatores envolvidos nesse processo parecem se concentrar em três vertentes: diferenças biológicas (genéticas); as relacionadas à assistência; e, às questões sociais. Atualmente, as discussões em torno do impacto das desigualdades socioeconômicas na saúde pretendem estabelecer o papel da raça/etnia e das desigualdades socioeconômicas nesse contexto^{29, 68}.

A alta prevalência de hipertensão arterial entre os negros ainda não está completamente estabelecida. A literatura mostra que tanto fatores étnico-raciais, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde contribuem na morbimortalidade cardiovascular. Entretanto, parece haver divergências quanto a real contribuição desses fatores isoladamente^{24,44,79,99}. Fazemos uma ressalva para o fato de esses estudos não terem sido realizados aqui no Brasil no qual apresenta uma segregação genética muito menor no que nos EUA, por exemplo. Um estudo utilizando dados do projeto MONICA-OMS/ Vitória, realizado como objetivo de comparar níveis e parâmetros pressóricos entre negros e brancos, revelou que tanto a pressão arterial sistólica como a diastólica foi maior em negros (135±22/90±15 mmHg) do que em brancos (126±20/84±14 mmHg) e mulatos (129±21/85±14 mmHg), bem como a prevalência de hipertrofia ventricular esquerda (12,9% em negros; 4,3% em brancos e 6,9% em mulatos). Como foram formados grupos controlando-se variáveis como classe socioeconômica e idade, os autores concluíram que esse achado possa ser independente do nível socioeconômico e estaria associado a uma real diferença entre os grupos de raça/cor¹⁹.

Morenoff e colaboradores (2007)⁶⁸ em um estudo realizado em Chicago, nos Estados Unidos, encontraram um odds significativamente alto para hipertensão em pessoas negras e de baixo nível de escolaridade (quando comparado com pessoas brancas e com 16 anos ou mais de estudo). Todavia, depois de ajustado segundo bairro (vizinhança) essas disparidades diminuíram e não apresentaram significância estatística. Os autores destacam como possível explicação para esse fato a cultura e comportamento das pessoas que residem em determinadas áreas influenciarem o surgimento da doença hipertensiva.

Com relação à assistência médica, há evidências de que o tempo “porta-balão” para pacientes com infarto do miocárdio (tempo decorrido desde a internação até o cateterismo) seja mais elevado para os pacientes identificados como negros e, tais diferenças permaneceram mesmo quando separados por classe socioeconômica⁷.

Portanto, parece haver uma interação entre fatores biológicos (genéticos), socioeconômicos e relacionados ao acesso ao serviço de saúde. Entretanto, a participação de cada um desses fatores isoladamente ainda não está bem estabelecida na literatura.

A partir dos nossos resultados, observamos que as causas de mortalidade com maior diferença entre as categorias de raça/cor foram os transtornos mentais, as causas externas, as causas mal definidas, as doenças do aparelho digestivo, as do aparelho circulatório e as doenças infecciosas. Resultados semelhantes foram encontrados por Batista (2002) em análise de mortalidade por raça/cor e sexo para o Estado de São Paulo⁶.

Em relação aos transtornos mentais, que abrange os transtornos de origem orgânica (demência relacionada à doença de Alzheimer e outras demências); os relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas; esquizofrenia; transtornos de humor, entre outros⁶⁰; encontramos um risco relativo elevado entre os pretos e pardos. Esse fato pode estar relacionado às condições de qualidade de vida e satisfação, como foi apontado por Gonçalves e Kapczinsk (2008)³⁷ e também a problemas financeiros graves⁵².

Além disso, entre os Transtornos Mentais e Comportamentais, destacamos as causas relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, o que apresenta um custo social e, de insumos para a saúde muito alto, soma-se a isso o

fato de o abuso do álcool estar associado também a outras causas de morbimortalidade (baixo peso ao nascimento, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas relacionadas ao consumo do álcool, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cérebro-vascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas auto-motoras, quedas, intoxicações, danos auto-infligidos e homicídios)⁶⁷.

Em se tratando das causas externas, é sabido que há uma associação importante entre essas causas e as condições socioeconômicas^{87,55}. As causas externas são uma importante causa de mortalidade no Brasil, o que é preocupante visto ser estas causas relacionadas à violência e a mortalidade de jovens. Em 1997, Mello Jorge e colaboradores⁶⁴ realizaram uma importante análise sobre os dados de mortalidade por causas externas contidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Para tanto, as variáveis analisadas foram tipo de causa, sexo e idade. Foram calculados os coeficientes de mortalidade para os anos de 1977 a 1994 e para as capitais do Brasil. Os autores encontraram um coeficiente médio para o Brasil de 69,8/100.000 habitantes, em 1994. Além disso, foi possível estabelecer uma diferença entre os sexos, sendo o masculino cerca de 4,5 vezes o valor do feminino. Outro importante achado foi que as causas externas constituem-se como a primeira causa de óbito na faixa etária entre 15 a 19 anos. Na ocasião, os autores apontaram a cidade de Vitória entre as capitais com os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas.

Utilizando dados mais recentes do ano de 2005 contidos no DATASUS foi possível calcular o coeficiente de mortalidade por causas externas para Vitória que se apresentou de forma semelhante àqueles encontrados em 2004 (107,6 por 100.000 habitantes). Com os dados de 2006, o Coeficiente de Mortalidade (CM) é de 91 por 100.000 habitantes, o que não significa que o valor para a população total tenha diminuído, uma vez que os dados desse estudo são relativos à população com 15 ou mais de idade, sendo, portanto excluídos os óbitos de faixa etária inferior ao proposto neste trabalho.

Entretanto, o que deve ser destacado é a diferença entre a idade média do óbito entre brancos, pretos e pardos. Esse fato evidencia a necessidade de aprofundar outros aspectos inerentes ao adoecimento por essas causas, pois parece que

mesmo em indivíduos jovens, essa diferença é significativa. Estudo recente na cidade de Vitória evidenciou maior pressão arterial alterada em crianças pardas e pretas quando comparada às brancas, independente do tipo de escola e escolaridade da mãe⁵⁴. No sexo feminino, Lessa (2006)⁵¹ encontrou associações positivas e significantes da hipertensão arterial com etnia negra o que corrobora com o RR=3,55 (IC: 1,61-7,83) encontrado em nosso estudo para mulheres negras com idade entre 15 a 49 anos em relação às brancas.

Desta forma, podemos concluir que, em parte, essas diferenças são devido a questões genéticas ainda não completamente elucidadas, porém podemos inferir que a mortalidade precoce por doenças do aparelho circulatório em Vitória está associada às desigualdades sociais e, além disso, às condições de acesso precário ao serviço de saúde, que culminam em longas filas de espera em todos os níveis de atenção à saúde^{4,42,22,53,50}. Ressalta-se que neste estudo encontramos uma diferença entre as medianas de idade, segundo raça/cor, de cerca de 10 anos a menos para os pretos e pardos.

Em relação às causas Mal Definidas, Mello Jorge e colaboradores (2002)⁶⁵, publicaram um trabalho realizado em 15 municípios dos estados de São Paulo, Sergipe e Mato Grosso, no qual foram estudados 294 óbitos por causas mal definidas. Foram feitas entrevistas em domicílios, hospitais, Institutos de Medicina Legal, com a finalidade de investigar as circunstâncias que levaram ao óbito. Ao final, os autores concluíram que em 71% dos óbitos houve possibilidade de melhorar o diagnóstico, sendo que em 52% dos diagnósticos incompletos foi possível definir o diagnóstico. Entre os novos diagnósticos, sete foram de morte materna e três de AIDS, o que sugere que a mortalidade por essas causas possa ser subestimada.

Possivelmente o principal aspecto revelado nesse estudo foi o elevado risco relativo de mortalidade geral para pretos e pardos e, o fato de maior impacto foi a diferença entre as idades de óbito para homens e mulheres pretos e pardos, tanto para mortalidade geral como para causas específicas. Isso sugere que os negros apresentam maior risco de morrer e de isso ocorrer precocemente (idade inferior a 50 anos) na cidade de Vitória.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar as desigualdades em saúde, além de auxiliar na compreensão do processo saúde e doença, possibilita por meio da informação, a adoção de estratégias de intervenção com vistas a ampliar a equidade em saúde. Não só o Brasil, mas a América Latina como um todo, evidencia a magnitude dessas desigualdades. Nesse contexto, monitorar os indicadores de morbimortalidade a partir de diferentes grupos em condições sociais diversas torna-se relevante visto à heterogeneidade particular de nossa população.

As estatísticas vitais e de mortalidade apresentam-se como fatores que limitam os estudos sobre a mortalidade no Brasil, especificamente quando analisadas as variáveis raça/cor, ocupação e escolaridade, tendo em vista as diferenças na completude desses dados nos sistemas de informação em saúde.

O preenchimento da variável raça/cor no SIM apresenta alguns problemas devido às dificuldades relativas à classificação dos indivíduos, à completude da informação ou até mesmo porque sua inclusão é relativamente recente nos sistemas de informação no Brasil (1995). Embora, essas dificuldades possam limitar algumas análises e interpretações das taxas de mortalidade por raça/cor, especificamente em Vitória, ES, foi possível utilizar as informações disponíveis e apresentar de forma consistente a análise da desigualdade em saúde e raça/cor.

A utilização de outros indicadores econômicos como escolaridade e ocupação poderia aprofundar a discussão dessa temática, porém essas informações são ainda mais escassas que a de raça/cor, tornando-a a mais adequada para utilização em estudos com vistas a compreender as desigualdades na mortalidade de adultos no município de Vitória.

Foram detectadas desigualdades raciais/étnicas na mortalidade geral e por causas, ressaltando a mortalidade precoce entre homens e mulheres negros, mesmo quando a causa de óbito é a mesma. A morte precoce relaciona-se não só às condições de vida experimentadas por este grupo da população como também ao acesso ao serviço de saúde. Portanto, o fato de os negros morrerem mais cedo pode estar

relacionado às condições sociais que os impõem também a longa espera nas filas para acessar o serviço público de saúde, podendo o atendimento ainda não ocorrer a tempo de evitar o óbito. As possíveis condições de acesso precário ao serviço de saúde, aliada a outros fatores socioeconômicos como condições dignas de moradia, alimentação, educação, lazer, estresse e discriminação, compõem um quadro desfavorável a esse grupo específico da população.

A melhoria dos registros do SIM relacionadas à variável raça/cor que vem ocorrendo, e espera-se que persista, pode gerar subsídios mais concretos para se discutir, e possivelmente confirmar, os padrões de desigualdade, sendo importante associá-la a outros aspectos socioeconômicos. Assim sendo, os esforços realizados no sentido de melhorar a cobertura, completude e qualidade das estatísticas de mortalidade segundo raça/cor são prioritários para o aprofundamento de discussões sobre desigualdades em saúde segundo raça/cor e etnia.

A questão mais importante nesse trabalho não está em racializar, mas, em mostrar que negros e brancos ocupam lugares desiguais na sociedade e trazem consigo experiências também desiguais no nascer, viver, adoecer e morrer como apontado por diversos autores. As condições desiguais de vida e saúde da população exigem ações integrais através de políticas intersetoriais com vistas à redução das iniquidades. Nesse sentido, a saúde, analisada através de marcadores sociais, pode contribuir para identificar essas condições desiguais de vida e morte da população. A partir dos resultados deste estudo foi possível verificar que pretos e pardos apresentam risco mais elevado de morte, principalmente em idade precoce e por algumas causas específicas que são diferentes para homens e mulheres.

A dimensão do problema das desigualdades em saúde sugere que mais estudos sejam realizados visando elucidar a contribuição real da variável raça/cor por meio da utilização de variáveis socioeconômicas, o que se mostrou inadequada a sua utilização, no momento devido ao inadequado preenchimento dessas informações na DO.

8 CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas foi possível concluir que:

- Completude da informação raça/cor obteve melhora nos últimos anos;
- Possivelmente há desigualdades raciais/étnicas tanto na mortalidade geral como na mortalidade segundo causa básica;
- Há uma possível tendência de mortalidade precoce em homens e mulheres negros em relação aos brancos;
- A questão não é a racialização, mas sim a compreensão das iniquidades para contribuição de um sistema de saúde que reduza as injustiças e proporcione alcançar o princípio da equidade na saúde.
- Há tanto desigualdade na disponibilidade das informações de raça/cor, quanto, no perfil desigual de mortalidade entre brancos, pretos e pardos.

9 REFERÊNCIAS

1. Amaral Neto FS. A equidade no código civil brasileiro. CEJ, Brasília, n. 25, p. 16-23, abr./jun. 2004
2. Ayres JRJM. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. 519-520 in AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Peter H. Fry. Simone Monteiro; Marcos Chor Maio; Francisco I. Bastos; Ricardo Ventura Santos. Debate. Cad Saúde Pública, 2007; 23(3):497-523.
3. Barros MD, Ximenes R, Lima MLC de. Validação de variáveis de declarações de óbito por causas externas, Recife, PE, Brasil. Rev. Saúde Pública, 2002; 36(3): 301-6.
4. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. Arq Bras Cardiol, 2008; 90(6): 403-12.
5. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. Rev Saúde Pública, 2008; 42(2):324-34.
6. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. Rev C S Col, 2005; 10:1-80.
7. Bradley EH, Herrin J, Wang. Myocardial Infarction Reperfusion Therapy for Patients Hospitalized With Racial and Ethnic Differences in Time to Acute. JAMA, 2004; 292(13) 1563-72.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais à Saúde. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>. Acesso em: 24/09/2008.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF - 2007
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais de Morbi-Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtes.def>. Acesso em 24/11/08
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais de Morbi-Mortalidade. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25MON&VInclude=../site/infsaude.php>. Acesso em: 29/09/08.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Manual de procedimento do Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2001; 36 p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde. Brasília - DF, 2006.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.94p
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - Brasil 1999 a 2005. Brasília. Cd-rom.
16. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 23. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2008.
17. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 29/09/2008.
18. BRASIL. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos. Brasília: OPAS: 2002.
19. Capingana DP. Comparação do risco cardiovascular entre brancos e negros de mesmo nível socioeconômico. [Dissertação de Mestrado]. Vitória. PPGCF/UFES. 2008.
20. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? Cad Saúde Pública, 2005; 21:1602-8.
21. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. CID 10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 29/09/2008.
22. Chor D, Fonseca MJM da, Andrade CR de. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. Arq Bras Cardiol, 1995; 64(1):15-9.
23. Chor D, Lima, CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública, 2005; 21: 1586-94.
24. Cooper RS, Rotimi CN, Ward R. The puzzle of hypertension in African-Americans. Scientific American, 1999; 280(2), 56-63.
25. Cordeiro R, Peñaloza ERO, Cardoso CF, Cortez DB, Kakinami E, Souza JJG, et all. Validade das informações ocupação e causa básica em declarações de óbito de Botucatu, São Paulo. Cad Saúde Pública, 1999; 15: 719-728.
26. Cunha EMGP. Mortalidade infantil por raça/cor. In Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. Instituto de Saúde. Orgs Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann. São Paulo 2005.
27. Desouza E, Baldwin JR, Rosa FH da. A construção social dos papéis sexuais femininos. Psicol Reflex Crit, 2000; 13 (3): 485-96.
28. Dicionário Eletrônico Houaiss. Versão 2.0 a: Editora Objetiva LTDA; 2007. Qualidade.

29. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*, 2000; 21: 171-192.
30. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp>. Acesso em 10/11/2008
31. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8:454-66.
32. Ferreira AVL. Função de grandes vasos arteriais em diferentes grupos étnico-raciais. XVII 152 p., 29,7 cm. UFES. Ciências Fisiológicas - PPGCF/CCS/UFES, 1999. Vitória. [Tese].
33. Fiorio NM, Smarzaró DC, Barbosa GC, Molina MDCB. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade, Vitória/ES de 1996 a 2005. *UFES Rev Odont*. 2008; 10(1): 19-26.
34. Fonseca LAM, Laurenti R. Qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 1974; 8(2): 1-9.
35. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Forúm. Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(3):696-701.
36. Gillum RF. Epidemiology of hypertension in African American women. *American Heart Journal*, 1996; 131(2), 385-95.
37. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(6):1060-6.
38. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendon S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(3): 227-34.
39. Guimarães C, Souza JM de, Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD, Santo AH et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manuel (Brasil), 1974/1975. *Rev Saúde Pública*, 1979; 13 (2 suppl):1-73.
40. Hasenbalg C. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Minas Gerais: Editora UFMG, 2005.
41. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002; 18:57-65.
42. Ishitani LH, Franco GC, Perpetuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40(4): 684-691.
43. Jamerson KA. The disproportionate impact of hypertensive cardiovascular disease in African Americans: getting to the heart of the issue. *Journal of Clinical Hypertension*, 2004; 6(4 suppl 1); 4-10.
44. Jamerson KA. The disproportionate impact of hypertensive cardiovascular disease in African Americans: getting to the heart of the issue. *Journal of Clinical Hypertension*, 6(4 suppl); 4-10.

45. Kilsztajn S, Carmo MSN, Sugahara GTL, Lopes ES. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21: 1408-1415.
46. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam Salud Publica*, 2008; 23(5):349-56.
47. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Rev C S Col*. 2005 10(1): 35-46.
48. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD, Almeida MF. Editorial Especial - Estatísticas Vitais: contando os nascimentos e as mortes. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8(2):108-110.
49. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, 1997;68: 443-9.
50. Lessa I. Aspectos sociais da mortalidade precoce (15 a 59 anos) por doenças cerebrovasculares. *Arq Neuropsiquiatr*, 1990; 48(3): 296-300.
51. Lessa I. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol*, 2006; 87(6): 747-56.
52. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(6): 1713-20.
53. Lotufo PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. *Arq Bras Cardiol*, 1998;70(5):321-5.
54. Lyra MB. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em escolares de 7 a 10 anos no município de Vitória-ES. [Dissertação de Mestrado]. Vitória. PPGASC/UFES. 2008.
55. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):515-22
56. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3):667-673, 2007
57. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21: 171-80.
58. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist Cienc saúde - Manguinhos*, 2005; 12:419-46.)
59. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto contexto - enferm*. 2005; 14 (spe):116-24.
60. Marín-León L, Oliveira HB de, Botegaem NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002. *Psicologia em Estudo*, 2007; 12(1): 115-21.
61. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22: 2473-9.

62. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization* 83(3). 2005.
63. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.
64. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de Mortalidade. *Rev Saúde Pública*, 1997; 31 (4 suppl): 5-25.
65. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I - Mortes por causas naturais. *Rev Bras Epidemiol*, 2002; 5(2): 197-211.
66. Mello Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileira: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Rev C S Col*, 2007; 12: 643-654.
67. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 2004; 26 (1suppl): 7-10.
68. Morenoff JSH, House JS, Hansena BB, Williams DR, Kaplana GA, Hunte HE. Understanding social disparities in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control: The role of neighborhood context. *Social Science & Medicine*, 2007; 65: 1853-66.
69. Mota MP da. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Cad Saúde Pública*, 1998; 14(1): 145-55.
70. Natural and Political Observations. Mentioned in a following Index, and made upon the bills of Mortality. By John Graunt, Citizen of London. (By Ed Stephan 25 Jan 96). Disponível em <http://www.ac.wvu.edu/~stephan/Graunt/bills.html>. Acesso em 10/11/2008.
71. Nobre LC, Victora CG, Barros FC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SC. Avaliação da qualidade da informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul (Brasil). *Rev Saúde Pública*, 1989; 23(3): 207-13.
72. Oliveira E, Talbot Y, Gregori N, Romanó Filho D, Wagner ABP, Wagner HL, Giacomini CH ET all. Ferramenta de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em saúde da família: o ciclo de vida das famílias. *Rev Méd Paraná*, 1999; 57(1/2): 22-7.
73. OPAS/OMS. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva Júnior JB, Castillo-Salgado C. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília, 2002. 123p.
74. OPAS/OMS. Escorel S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasil, 2001.
75. OPAS/OMS. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna, SM. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil. Uma Proposta de Monitoramento*. Brasília, 2001.
76. OPAS/OMS. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos IDB-2004*. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c05.def>. Acesso em: 15/10/2008).

77. Paes NA, Albuquerque MEE. Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbitos para as regiões brasileiras. *Rev Saúde Pública*; 1999;33(1), 33-43.
78. Peres MFT, Santos PC dos. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (1): 58-66.
79. Pincus T, Esther R, DeWalt DA, Callahan LF. Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. *Annals of Internal Medicine*, 1998; 129(5): 406-11.
80. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev C S Col*. 2002; 7(4): 687-707.
81. Rodrigues Junior AL, Castilho EA de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2004; 37 (4): 312-7.
82. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*, 2006; 22: 673-684.
83. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003
84. Santos RV, Maio MC. Antropologia, raça e os dilemas das identidades na era da genômica. *Hist Cienc saúde - Mangueiras*, 2005; 12: 447-68.
85. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mortalidade/0012>
86. Saunders E. Hypertension in minorities: Blacks. *American Journal of Hypertension*, 1995; 8(12): 115S.
87. Silva LMV da, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev. Saúde Pública*, 1999; 33 (2): 187-97.
88. Siqueira AAF, Rio EMB, Tanaka AC d'A, Schor N, Alvarenga AT de, Almeida LC de. Mortalidade feminina na região Sul do Município de São Paulo: qualidade da certificação médica dos óbitos. *Rev Saúde Pública*, 1999; 33 (5): 499-504.
89. Smarzaro DC. A Informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo. 2000 - 2002. [Dissertação]. Rio de Janeiro. 2005.
90. Smarzaro DC. Informações de mortalidade em Vitória. 2008.
91. Starfield B. Políticas de Saúde e Atenção Primária. In *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. UNESCO Brasil: Brasília; 2002 565-697.
92. Stuke CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos

- patologistas. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 2003; 39: 361-4.
93. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Rev C S Col*, 2006; 1:975-86.
94. Travassos, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública*, 1997;13(2).
95. VITÓRIA. Informações Municipais. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp#>. Acesso em 10/11/2008.
96. VITÓRIA. Projeto de pesquisa análise ecológica da violência letal no município de Vitória - ES: sua distribuição e contexto sócio espacial. Período de 2000 a 2003. Relatório Final. Projeto SIGMOR. 2007.
97. Weir MR, Hanes DS. Hypertension in African Americans: A paradigm of metabolic disarray. *Seminars in Nephrology*, 1996; 16(2): 102-9.
98. WHO/EUR. Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health*, 1998.
99. Williams DR. Black-white differences in blood pressure: The role of social factors. *Ethnicity and Disease*, 1992; 2:126-41.

APÊNDICES