

“Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas: perspectivas comparativas entre o Censo Demográfico de 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde”

por

Aline Diniz Rodrigues Caldas

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos
Segundo orientador: Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Valente*

Rio de Janeiro, dezembro de 2014.

Esta tese, intitulada

“Mortalidade por cor ou raça, com foco nos indígenas: perspectivas comparativas entre o Censo Demográfico de 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde”

apresentada por

Aline Diniz Rodrigues Caldas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Nilza de Oliveira Martins Pereira

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia de Moura Pontes

Prof. Dr. Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior

Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso

Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos — Orientador principal

*Dedico esta Tese aos meus pais,
e aos meus amados,
Aluísio Franklin,
Gustavo e Juliana.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, meus pais, meu marido e filhos, que me apoiaram incansavelmente e que tiveram paciência nos momentos de ausência.

Aos meus orientadores Ricardo Ventura Santos e Joaquim Gonçalves Valente, pelo apoio e pelos intensos momentos de discussão.

Às Profas. Nilza de Oliveira Martins Pereira (IBGE) e Margareth Crisóstomo Portela (ENSP), pela importante ajuda e esclarecimentos quanto às análises relativas aos microdados do Censo 2010. Também à Ludimila Raupp de Almeida, pelo auxílio na montagem de bancos com dados censitários para os indígenas.

Agradeço muito especialmente a todos os meus colegas da Divisão de Auditoria do SUS no Rio de Janeiro, pelo incentivo.

Ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde, em especial à Coordenação Geral de Desenvolvimento Normas e Cooperação Técnica, pela liberação do meu tempo de trabalho para finalizar esta Tese.

A todos os meus amigos do Grupo de Estudos sobre Demografia Indígena da ENSP (GEDI/ENSP) e demais colegas com quem trabalhei ao longo de anos recentes no Departamento de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

Aos professores e amigos da ENSP, pela caminhada de aprendizado e amadurecimento.

RESUMO

Desigualdades nas condições de vida, considerando variáveis como cor ou raça e etnia, vêm sendo crescentemente investigadas no Brasil ao longo dos últimos anos. No caso do segmento indígena, uma importante limitação é quanto à disponibilidade de dados para subsidiar tais análises. Esta tese, estruturada na forma de três artigos, aborda, a partir de bases de dados de representatividade nacional, indicadores de saúde, com foco na mortalidade de indígenas. No primeiro, foram investigadas as taxas de mortalidade (TM) geral padronizadas, bem como as TM por faixas de idade segundo cor ou raça para o Brasil e regiões, a partir dos dados do universo do Censo de 2010 em comparação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A partir do Censo, as TM padronizadas mais elevadas foram apresentadas por indígenas nos domicílios urbanos, no Brasil e em todas as regiões, exceto no Norte, e nos domicílios rurais no Sudeste. No segundo, foram comparados os níveis da mortalidade infantil a partir dos dados do Censo 2010 e daqueles derivados do SIM e do Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos (SINASC) para o mesmo período. Segundo os dados censitários, em todas as regiões, para os indígenas, as taxas de mortalidade infantil (TMI) foram mais elevadas do que nos demais segmentos populacionais, correspondendo a 23,0 óbitos/1000 nascidos vivos no país. A partir do SIM/SINASC, as TMI para os indígenas foram mais elevadas que aquelas derivadas dos dados censitários, correspondendo a 40,6/1000 no país. Em comparação com os demais segmentos de cor ou raça as TMI dos indígenas foram mais elevadas em todas as regiões, exceto no Nordeste. No terceiro trabalho, a mortalidade infantil foi analisada segundo componentes e causas básicas de óbitos, de acordo com a cor ou raça, a partir das informações do SIM e do SINASC nos anos de 2009 e 2010. Para o período neonatal, as taxas de mortalidade mais elevadas foram observadas em indígenas e pretos em todas as regiões, exceto no Norte. No período pós-neonatal, as TM dos indígenas foram as mais elevadas em todas as regiões, sendo 5,4 vezes superior àquela da população brasileira geral. De todos os óbitos em indígenas menores de 1 ano de idade, 61,0% ocorreram neste período. Quanto às causas básicas de mortalidade segundo componentes, no período neonatal precoce a prematuridade foi a principal na população em geral, enquanto nos indígenas prevaleceu a asfixia/hipóxia. Nos períodos neonatal tardio e pós-neonatal, as infecções foram as principais causas em todas as categorias de cor ou raça. Entretanto, nos indígenas as infecções corresponderam a mais de 50% das causas de óbitos no período pós-neonatal.

Conclui-se que os indicadores analisados apontam para expressivas desigualdades entre indígenas e os demais segmentos da população brasileira e que, de maneira geral, ações de atenção básica efetivas, comparativamente de baixo custo, poderiam em larga medida contribuir para a redução dessas desigualdades. Apesar de os princípios da equidade e da atenção diferenciada serem norteadores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, as elevadas taxas de mortalidade infantil de indígenas indicam que as ações de saúde para este segmento populacional ainda estão bastante distantes de reduzir as iniquidades existentes.

Palavras-Chave: índios sul-americanos; mortalidade geral; mortalidade infantil por causas; saúde indígena; desigualdades em saúde; censos demográficos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Inclusão da categoria "indígena" na variável sobre cor ou raça nos censos nacionais.	4
1.2. Interface entre dados demográficos e epidemiológicos para os povos indígenas..	8
1.3. Política Nacional de Saúde Indígena	14
2. ESTRUTURA DA TESE	20
3. OBJETIVOS.....	21
4. ARTIGO 1	
Mortalidade segundo cor ou raça a partir do Censo Demográfico de 2010, e comparação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	22
5. ARTIGO 2	
Comparação da mortalidade infantil segundo cor ou raça no Brasil a partir dos dados do Censo 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.....	46
6. ARTIGO 3	
Mortalidade infantil segundo componentes e causas básicas de óbitos de acordo com cor ou raça, a partir do SIM e SINASC (2009 a 2010).....	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
9. ANEXOS.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1. Indicadores e fontes de dados para cálculo das taxas de mortalidade a partir do Censo 2010.

Tabela 4.2. Indicador e fonte de dados para cálculo da razão de mortalidade padronizada-óbitos observados.

Tabela 4.3. Indicadores e fontes de dados para cálculo da razão de mortalidade padronizada-óbitos esperados.

Tabela 4.4. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Situação do domicílio urbana. Brasil e regiões, 2010.

Tabela 4.5. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Situação do domicílio rural. Brasil e regiões, 2010.

Tabela 4.6. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.

Tabela 4.7. Taxas de mortalidade de acordo com faixas de idade, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.

Tabela 4.8. Razões de mortalidade padronizada entre os óbitos observados/esperados, segundo a cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 5.1. Frequências de óbitos em crianças menores de 1 ano por cor ou raça a partir dos dados do Censo 2010 e do SIM. Brasil, 2009-2010.

Tabela 5.2. Frequências de nascidos vivos por cor ou raça a partir dos dados do Censo 2010 e do SINASC. Brasil, 2009-2010.

Tabela 5.3. Taxas de mortalidade infantil (TMI) por cor ou raça, segundo Censo 2010 e SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 5.4. Taxas de mortalidade infantil (TMI) por regiões, segundo não indígenas e indígenas, a partir do Censo 2010 e SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 5.5. Razões entre as taxas de mortalidade infantil (TMI) por cor ou raça a partir do Censo de 2010 e do SIM. Brasil e regiões, 2009- 2010.

Tabela 5.6. Frequências de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade segundo cor ou raça em municípios com pelo menos 5% de população indígena, após redistribuição de cor ou raça ignorada e aplicação dos fatores de correção para subnotificação de óbitos, a partir do SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 5.7. Taxas de mortalidade infantil segundo a cor ou raça em municípios com pelo menos 5% de população indígena, a partir do SIM. Brasil e regiões, 2009- 2010.

Tabela 5.8. Taxas de mortalidade infantil por regiões segundo indígenas e não indígenas em municípios com pelo menos 5% de população indígena, a partir do SIM. Brasil, 2010.

Tabela 6.1. Frequências de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade por componentes segundo a cor ou raça, originais do SIM e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação. Brasil, 2009-2010.

Tabela 6.2. Frequências de nascidos vivos segundo cor ou raça originais do SINASC e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação de nascimentos. Brasil, 2009-2010.

Tabela 6.3. Taxas de mortalidade infantil por componentes, a partir do SIM, segundo cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 6.4. Proporções de óbitos de menores de 1 ano de idade por componentes neonatal e pós neonatal, a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 6.5. Proporções de óbitos do período neonatal, a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 6.6. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal precoce (0-6 dias), a partir do SIM, segundo regiões e Brasil. 2009-2010.

Tabela 6.7. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal tardio (7-27 dias), a partir do SIM, segundo regiões e Brasil, 2009- 2010.

Tabela 6.8. Distribuição proporcional das principais causas básicas de mortalidade do componente pós-neonatal (28-364 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil.2009- 2010.

Tabela 6.9. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal precoce (0-6 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil, 2009-2010.

Tabela 6.10. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal tardio (7-27 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil, 2009- 2010.

Tabela 6.11. Distribuição proporcional das principais causas básicas de mortalidade do componente pós-neonatal (28-364 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil. 2009- 2010.

Tabela 6.12. Frequências de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por componentes segundo a cor ou raça, originais do SIM e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação. Municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil, 2009-2010.

Tabela 6.13. Frequências de nascidos vivos segundo cor ou raça originais do SINASC e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação e nascimentos. Municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil, 2009-2010.

Tabela 6.14. Taxas de mortalidade infantil por componentes, a partir do SIM, segundo a cor ou raça, em municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil e regiões, 2009-2010.

Tabela 6.15. Distribuição proporcional das principais causas básicas de óbito em menores de 1 ano segundo componentes a partir do SIM, de acordo com a cor ou raça, nos municípios com pelo menos 5% de população indígena, 2009- 2010.

Tabela 6.16. Grupamento das principais causas de óbito neonatal e sua relação com assistência perinatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1. Taxas de mortalidade por faixas de idade segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.

Figura 4.2. Razões entre as taxas de mortalidade de indígenas menores de 1 ano de idade/demais categorias. Brasil e regiões, 2010.

Figura 4.3. Razões entre as taxas de mortalidade de indígenas/demais categorias de cor ou raça. Brasil e regiões, 2010.

Figura 5.1. Comparação entre as taxas de mortalidade infantil (TMI) segundo a cor ou raça a partir do SIM e Censo 2010, Brasil, 2009-2010.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Modelo de questionário aplicado no universo do Censo de 2010.

Anexo 2. Modelo de questionário aplicado na amostra do Censo de 2010.

1. Introdução

Na América Latina, os cenários políticos das últimas décadas se caracterizaram por um maior reconhecimento da diversidade étnica e cultural em diversos países e pela constituição e fortalecimento de movimentos sociais e políticos ligados à questão indígena e de outras minorias étnico-raciais (Montenegro e Stephens, 2006; Del Popolo, 2008). Tais movimentos têm pautado suas demandas no estabelecimento de políticas públicas que visam reduzir as iniquidades nas condições de vida, incluindo a área da saúde dos povos indígenas. Entretanto, para o subsídio de tais políticas, a disponibilidade de informações confiáveis, oportunas e pertinentes sobre esses grupos, tem sido um dos maiores desafios para os sistemas de estatísticas vitais na região (Del Popolo, 2008).

Na América Latina, mesmo quando dados acerca de pertencimento étnico indígena são captados, nem sempre são desagregados por etnia. Com o objetivo de auxiliar na operacionalização com vistas à obtenção de dados, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a seguinte definição de "indigenidade", baseada nos estudos de Martinez-Cobo (2004):

“... povos indígenas são os habitantes originais de determinada área, os descendentes desses habitantes originais que foram colonizados, e aqueles que vivem de modo indígena e são aceitos pela comunidade. Povos indígenas também podem ser aqueles que mantêm comportamentos ancestrais em territórios específicos, com ou sem terras tradicionais” (*apud* Montenegro e Stephens, 2006:1859).

Na Conferência de Durban, ocorrida na África do Sul em 2001, e que enfocou, sobretudo aspectos referentes aos afrodescendentes, foi destacada a dificuldade de obtenção de informações demográficas sob recorte étnico racial em todo o mundo. Como desdobramentos, foi discutida na 132ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizada em Washington-DC em 2003, a necessidade de incorporar uma perspectiva étnico-racial no âmbito das Metas de Desenvolvimento do Milênio com vistas à redução das iniquidades em saúde. Nesse âmbito, a melhoria dos sistemas de informação sobre a situação de saúde de grupos étnicos foi uma das principais recomendações (OPAS, 2003).

No Brasil, no tocante aos povos indígenas, a Constituição Federal de 1988 assegurou o reconhecimento do ponto de vista étnico e cultural das especificidades desse segmento da população brasileira, assim como o estabelecimento de políticas

públicas que contemplem tais especificidades (Garnelo et al., 2003; Chaves et al., 2006; Aith, 2009; Cardoso, 2012).

Nesse cenário, ao longo das duas últimas décadas, diversas iniciativas tiveram objetivo de melhorar a disponibilidade de informações sobre as condições de vida e de saúde dos indígenas, assim como de outras minorias étnico-raciais, nas estatísticas nacionais brasileiras. Desse modo, a partir da década de 1990, a variável cor ou raça foi incluída em sistemas de estatísticas vitais nacionais, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Desde então, tem havido aumento progressivo na proporção de preenchimento desta variável em tais sistemas (Chor e Lima, 2005; Mello Jorge, 2007; Chor, 2013).

A partir de 2000, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Entretanto, passados cerca de 14 anos de sua criação, o SIASI continua a apresentar diversas limitações, como não efetivação da sua comunicação com os diversos sistemas de estatísticas vitais do Ministério da Saúde. Além disso, as informações produzidas não são disponibilizadas publicamente e diversos módulos ainda não estão em funcionamento (Pagliaro et al., 2005; Sousa et al., 2007; Basta et al., 2012; Cardoso et al., 2012).

No caso dos censos decenais, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o primeiro a levantar informações sobre as populações indígenas foi o de 1991, com a inclusão desta categoria na variável sobre cor ou raça. Naquele ano, foram recenseados indígenas habitantes de missões religiosas, postos indígenas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) ou áreas urbanas. Entretanto, ficou de fora do recenseamento, um grande contingente que residia em áreas onde o órgão não tinha postos instalados. O Censo 2000 ampliou a cobertura a todas as Terras Indígenas (TI) do país, bem como às demais áreas rurais e urbanas, deixando, no entanto, de levantar a filiação étnica específica dos indivíduos recenseados (Pagliaro et al., 2005; IBGE, 2012).

Segundo o IBGE, no censo mais recente, buscou-se melhorar a investigação sobre os indígenas:

"Neste sentido, no Censo Demográfico 2010, aprimorou-se a investigação desse contingente populacional, introduzindo o pertencimento étnico, a língua falada no domicílio e a localização geográfica, que são considerados critérios de identificação de população indígena nos censos nacionais dos diversos países.

Logo, será possível obter informações para os povos indígenas, como também para a população residente nas terras indígenas, quer seja indígena ou não. Este último Censo permitirá o conhecimento da grande diversidade indígena existente no Brasil e um melhor entendimento quanto à composição deste segmento populacional: os povos indígenas residentes nas terras indígenas; os indígenas urbanizados com pertencimento étnico a povos indígenas específicos; e pessoas que se classificaram genericamente como indígenas, mas que não possuem identificação com etnias específicas" (IBGE, 2012:5).

Além de ampliar a investigação considerando o pertencimento étnico, para o Censo 2010, o quesito da cor ou raça, que até 2000 era investigado apenas no questionário da amostra, passou a ser pesquisado também no questionário básico, significando que toda população foi recenseada. Portanto, os três últimos levantamentos censitários realizados ampliaram a possibilidade de conhecimento da diversidade indígena no Brasil (Santos e Teixeira, 2011; IBGE, 2011; IBGE, 2012).

De acordo com o Censo 2010, 896.917 pessoas se autodeclararam ou se consideraram indígenas no país. Foi identificado cerca de 300 povos e línguas diferentes, o que torna o Brasil um dos países com maior diversidade étnica em toda a América Latina. Do total de indígenas recenseados, 36,2% residiam em área urbana e 63,8% em área rural. Dentre as cinco grandes regiões, a Norte apresentou o maior contingente de população indígena em 2010, com 342.836 pessoas (IBGE; 2012).

É importante destacar que, apesar do crescente número de investigações e iniciativas de inclusão da variável cor ou raça em sistemas oficiais, ainda é limitada a produção científica sobre os perfis demográfico e de saúde dos indígenas a partir de bases de dados nacionais, incluindo os censos decenais (Coimbra Jr. e Santos, 2000; Santos e Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Sousa et al., 2007; Cardoso et al., 2012). Um dos desafios das investigações é captar a diversidade de situações sociais experimentadas pelos povos indígenas. Existem desde alguns poucos grupos vivendo relativamente isolados na região amazônica, até um crescente número nas periferias de cidades brasileiras. As diferentes experiências de interação podem levar a perfis de saúde e doença diferentes do restante da sociedade brasileira que, por sua vez, vem experimentando nos últimos anos importante transição demográfica e epidemiológica (Pagliaro et al., 2005; Santos e Coimbra Jr., 2003; Victora et al., 2011). Entretanto, como apontado por diversos autores, uma condição que se destaca é a marginalidade dos povos indígenas em relação à sociedade brasileira,

que se reflete nos precários perfis de saúde e nas condições socioeconômicas, assim como no acesso aos serviços de saúde, à educação e a outras políticas públicas (Coimbra Jr. et al., 2002; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos e Coimbra Jr., 2003; Cardoso et al., 2012).

Para expressiva parcela dos indígenas no Brasil, as taxas de mortalidade e morbidade tendem a ser substancialmente mais elevadas que as nacionais, enquanto a esperança de vida ao nascer é mais baixa. Entretanto, mesmo diante deste quadro, muitos povos experimentam alto crescimento populacional, devido a taxas de natalidade que em muito superam as de mortalidade (Coimbra Jr. et al., 2000; Santos e Coimbra Jr., 2003; Pagliaro et al., 2005; Santos et al., 2005; Machado et al., 2009; Ferreira et al., 2011; Souza et al., 2011; Coimbra Jr. et al., 2013). O crescimento da população indígena verificado nas últimas décadas constitui um evento de grande importância na história desses povos e do país, tendo chegado a surpreender antropólogos, demógrafos e demais estudiosos dessas populações que, sobretudo até os anos 1980, previam o seu desaparecimento, com a assimilação dos indígenas à sociedade nacional (Coimbra Jr. e Santos, 2000; Pagliaro et al., 2005; Santos e Pereira, 2005).

Diante deste cenário, os estudos sobre o padrão de mortalidade, assim como a obtenção de estimativas confiáveis de esperança de vida, são fundamentais para a compreensão da dinâmica demográfica e planejamento de políticas públicas. A inclusão no questionário do universo de uma pergunta sobre os óbitos ocorridos nos domicílios particulares entre agosto de 2009 e julho de 2010 no Censo de 2010 representa grande oportunidade para produção de estimativas de mortalidade (IBGE, 2011; IBGE, 2012 Queiroz e Sawyer, 2012).

1.1. Inclusão da categoria "indígena" na variável sobre cor ou raça nos censos nacionais.

No Brasil, a investigação da cor ou raça data do primeiro censo realizado no país ocorrido em 1872, ainda na vigência do período da escravidão. As pessoas livres podiam se autot classificar como branco, preto, pardo ou caboclo, e cabia aos recenseados livres classificar seus escravos nas categorias preto ou pardo. Em 1880, não houve realização do censo e, na década seguinte, em 1890, foi realizado o primeiro levantamento após a abolição da escravatura, sendo as seguintes categorias pesquisadas: branco, preto, mestiço e mulato. Nos Censos de 1900 e 1920, o quesito sobre cor não foi objeto de investigação, sendo somente reintroduzido em 1940, com as seguintes

categorias: branco, preto e amarelo. Nos Censos de 1950 e 1960, a população foi distribuída em quatro grupos: branco, preto, amarelo e pardo. Nesse último, foi introduzida a categoria "índio" no quesito da cor, investigada somente nos aldeamentos ou postos indígenas. Em 1970, o quesito da cor não foi investigado. Em 1980, a variável foi novamente introduzida, com quatro categorias: branca, preta, amarela e parda. Finalmente, em 1991, foi incluída a categoria indígena, além das quatro investigadas em 1980, sendo mantida nos Censos 2000 e 2010 (IBGE, 2012).

Análises a partir dos Censos de 1991 e 2000, com respeito à população indígena, foram indubitavelmente importantes ao promover a descrição de características demográficas gerais, como composição populacional por idade, fecundidade, mortalidade infantil e migração. Uma das limitações, entretanto, é que esses censos não permitiram inferências sobre a demografia das centenas de diferentes etnias existentes no Brasil, sendo grande parcela falante de línguas nativas e habitantes de territórios específicos. Isto porque, quando o recenseado se autodeclarava como indígena, não eram coletadas informações sobre língua falada, identidade étnica ou outras variáveis que permitissem análises mais detalhadas sob o ponto de vista demográfico e antropológico (Pereira et al., 2009; IBGE, 2012).

Segundo o IBGE (2012), os censos requerem, de modo geral, padrões de medidas comuns que permitam agregar e comparar a população recenseada como um todo, além de haver a necessidade de regularidade na obtenção de informações. Tais características permitem análises ao longo do tempo, ainda que a interpretação dos indicadores esteja comumente baseada em valores e padrões centrados em determinados grupos sociais. Desse modo, as análises censitárias podem apresentar limitações na compreensão de aspectos relacionados à dinâmica populacional dos segmentos populacionais socioculturalmente específicos. Mesmo diante dessas limitações, a inclusão da categoria indígena nos censos ajuda a reduzir a escassez hoje existente no Brasil quanto a dados socioeconômicos, demográficos e sanitários (Pagliaro et al., 2005; Santos e Pereira, 2005; Pereira et al., 2009).

Estudo publicado pelo IBGE (2005) sobre os indígenas nos Censos de 1991 e 2000 utilizou as informações oriundas do quesito cor ou raça investigado no questionário da amostra. No Censo 1991, 294 mil (0,2%) pessoas se autodeclararam como indígenas no país, enquanto que em 2000 o montante foi de 734 mil. Ou seja, o crescimento absoluto na década de 1990 foi de 440 mil indígenas, com um ritmo de crescimento anual médio de 10,8%, no período de 1991 a 2000. Tanto na área urbana

como na rural, considerando todas as regiões do país, os indígenas apresentaram o maior crescimento dentre as diversas categorias de cor ou raça. Entre as regiões brasileiras, a Norte, detentora da maior participação de indígenas do país, apresentou o menor ritmo de crescimento anual. A região Sudeste passou de 10,4% do total de indígenas em 1991 para 22,0 % em 2000. Quanto à situação do domicílio, as áreas urbanas de todas as regiões brasileiras apresentaram significativos incrementos absolutos de indígenas, fenômeno também observado nos contextos rurais, porém em menor escala.

Segundo as regiões do país, para a área urbana, o crescimento foi significativamente alto. O menor valor foi registrado na Região Norte (16,4%) e o maior na Nordeste (23,6%). Quanto à área rural, as taxas foram mais diversificadas, com o menor crescimento no Norte (4,5%) e o maior no Sudeste (16,0%) (IBGE, 2005).

De acordo com Pereira e Azevedo (2004), o ritmo de crescimento anual no período de 1991 a 2000 da população que se autodeclarou indígena, possivelmente não se deve apenas a aspectos demográficos de crescimento, mas também de uma mudança na auto identificação de um contingente de pessoas que anteriormente se identificavam como pardos.

Um importante ponto que se deriva a partir das análises entre os Censos de 1991 e 2000 é que a diferença populacional referente aos indígenas deve ser levada em consideração na realização de qualquer estudo comparativo que utilize essas fontes. Desse modo, para avançar no conhecimento da situação demográfica indígena do país, utilizando os censos como fonte, é preciso realizar estudos detalhados que identifiquem as múltiplas especificidades dos autodeclarados indígenas nas dimensões socioculturais, demográficas e econômicas (Pereira e Azevedo, 2004; IBGE, 2005).

Segundo Perez et al. (2008), além dos processos estritamente demográficos, povos indígenas vêm experimentando rápido crescimento em toda a América Latina devido ao aumento de auto reconhecimento étnico. De acordo com o autor, a reclassificação étnica foi responsável por cerca de 80% do crescimento indígena no Brasil durante a década de 1990. Além disso, grande proporção da reclassificação étnico-racial indígena no Brasil ocorreu em áreas urbanas naquela década.

Conforme já referido, a pergunta sobre cor ou raça, com a inclusão da categoria indígena nos censos, foi estendida em 2010 ao universo. Além disso, o Censo 2010 incluiu a filiação étnica, a língua falada no domicílio e a localização geográfica, que são considerados critérios de identificação de população indígena nos censos nacionais de

diversos países (IBGE, 2012). O quesito cor ou raça foi investigado pela declaração da pessoa em todos os domicílios recenseados, com as seguintes opções de resposta: branca, preta, amarela, parda e indígena. Nas terras indígenas, os residentes foram classificados quanto à condição de indígena em duas situações. Na primeira, quando se declarava indígena no quesito sobre cor ou raça. Na segunda, quando a pessoa não se declarava, mas se considerava indígena de acordo com as tradições, costumes, cultura e antepassados (IBGE, 2012).

Quanto aos resultados segundo as informações do Censo 2010, 817.963 pessoas se autodeclararam indígenas. Agregando-se aquelas pessoas que não se declararam indígenas pelo quesito cor ou raça, mas se consideraram indígenas dentro das terras indígenas, o total de população indígena no território nacional passou a 896.917 indivíduos, correspondendo a um acréscimo de 78.954 pessoas (IBGE, 2012).

Os resultados do quesito cor ou raça possibilitam importantes comparações com os censos de 1991 e 2000 com respeito aos indígenas. O crescimento da população indígena, segundo este quesito entre 2000 e 2010 foi de 84.000 indígenas, ou 11,4% em todo o período. Em 2010, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram crescimento no volume populacional dos autodeclarados indígenas, enquanto as regiões Sudeste e Sul evidenciaram perdas de 39,2% e 11,6%, respectivamente. Áreas urbanas revelaram perda populacional como um todo, sendo a Região Norte a única que revelou crescimento positivo (IBGE, 2012).

Portanto o crescimento de população indígena entre o Censo 2000 e 2010, foi relativamente menor em comparação com o intervalo censitário anterior. Segundo Santos e Teixeira (2011),

"Há diferenças entre os Censos de 2000 e 2010 na forma de captação dos dados sobre os "indígenas", de modo que as modificações observadas possivelmente não decorrem unicamente de dinâmicas estritamente demográficas (natalidade, mortalidade e migração). É possível que a inclusão das perguntas sobre pertencimento étnico e língua falada tenha influenciado a declaração de ser ou não "indígena". Se nos Censos de 1991 e 2000 a questão do pertencimento "indígena" não estava vinculada a pertencimento a etnias específicas, o mesmo não se pode dizer em relação ao Censo de 2010" (Santos e Teixeira, 2011:1048).

Além da inclusão da variável sobre cor ou raça, no conjunto de quesitos utilizados no questionário do universo, foi introduzida em 2010, a investigação sobre a

ocorrência de óbitos nos domicílios particulares. Essa investigação já havia sido feita no Censo Demográfico 1980, entretanto somente no questionário da amostra. A investigação buscou informações sobre óbitos de pessoas que haviam residido com moradores dos domicílios particulares, ocorridos de agosto de 2009 a julho de 2010, por sexo e situação do domicílio das pessoas falecidas, segundo os grupos de idade das pessoas ao falecerem (IBGE, 2011). A pergunta sobre óbitos no Censo 2010 teve como objetivo permitir a comparação com as informações oriundas da pesquisa Estatísticas do Registro Civil, do IBGE, e do SIM do Ministério da Saúde, e para contribuir na construção de tábuas de mortalidade desagregadas por situação do domicílio, entre outras variáveis de natureza demográfica e socioeconômica, além de permitir analisar as desigualdades na mortalidade geral segundo cor ou raça (Queiróz e Sawyer, 2012).

1.2. Interface entre dados demográficos e epidemiológicos para os povos indígenas.

O interesse em analisar as condições de saúde dos povos indígenas tem sido crescente no país, em especial a partir da década de 1980. Nos meios acadêmicos, cor ou raça e etnia têm sido crescentemente analisados como fatores determinantes das desigualdades em saúde (Coimbra Jr. et al., 2000; Olinto et al., 2000; Cunha et al., 2001; Monteiro, 2004; Cardoso et al., 2005; Travassos e Williams, 2004; Santos e Coimbra Jr., 2003; Souza et al., 2011; Coimbra Jr. et al., 2013). Os estudos sobre informações demográficas quer sejam por análises censitárias, ou por estudos em comunidades indígenas selecionadas, revelam perfis de desigualdade em relação à população não indígena no Brasil (Santos et al., 2005; Cardoso et al., 2005; Pagliaro, 2005; Machado et al., 2009; Dias et al., 2010; Cardoso et al., 2010, Cardoso et al., 2011; Ferreira et al., 2011; Souza et al., 2010. Souza et al., 2011; Basta et al., 2012).

Por ocasião da publicação da coletânea "Demografia dos Povos Indígenas no Brasil", Pagliaro et al. (2005), apresentaram um amplo panorama sobre estudos demográficos conduzidos por antropólogos e demógrafos acerca das sociedades indígenas. Segundo estes autores,

"... é inegável que atualmente dispomos de um volume de informações, de uma variedade de abordagens e de um aprimoramento teórico-metodológico de que não se dispunha até um passado recente (Pagliaro et al., 2005:12).

Ao longo desta seção, abordaremos um conjunto selecionado de estudos que publicados nos últimos dez anos, abordaram questões na interface demografia-

epidemiologia dos povos indígenas, com foco na geração de indicadores de saúde e/ou de análises baseadas em dados censitários.

A crise demográfica que atingiu o povo Xavante, da Terra Indígena de Pimentel Barbosa, foi analisada no período pós-contato a partir da década de 1940, por meio de dados de mortalidade e fecundidade, em três períodos: até 1956; de 1957 a 1971; de 1972 a 1990. Os dados demográficos derivaram, além daqueles coletados pelos próprios autores na década de 1990, de registros realizados por pesquisadores ao longo das décadas de 1960 e 1970 (Santos et al., 2005). A utilização de informações a partir de várias fontes permitiu a análise dos dados demográficos de forma diacrônica, além de relacionar esses dados com eventos significativos na vida dos Xavante, como o contato com os não indígenas e as epidemias decorrentes. Segundo os autores, na primeira década de contato permanente com os não indígenas (1946-1956), os Xavante ainda viviam de seus meios tradicionais de subsistência. Na segunda década (1957 e 1971) foi estabelecida uma aldeia próxima a um posto indígena, com aumento das epidemias de doenças infecciosas e consequente mortalidade, que tiveram amplo efeito em aspectos demográficos e na dinâmica social. O nível de fecundidade entre 1957 e 1971 foi 25% mais baixo que nos outros dois períodos, e as probabilidades de óbitos nos dois primeiros anos de vida entre 1957 e 1971 foram pelo menos duas vezes maior. Perdendo-se mais crianças na fase de amamentação, havia mais probabilidade de engravidar, e houve redução dos intervalos interpartais nesse período. A experiência de mortalidade e sobrevivência das crianças menores de 10 anos foi descrita para os três períodos. De 1957 a 1971 a sobrevivência se mostrou muito menor (43%) que nos demais períodos. De 1927 a 1956, perto de 73% dos nascidos vivos chegavam aos 10 anos de idade, e de 1972 a 1990 cerca de 83%. As crianças menores de 1 ano de idade apresentaram as maiores taxas de mortalidade nos três períodos.

A consistência do SIM e SINASC, ambos os sistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), como fontes de dados para a avaliação sistemática das desigualdades raciais e étnicas em saúde, foi investigada por Cardoso et al. (2005), com foco nas taxas de mortalidade infantil (TMI). Os resultados das análises dos dados do SIM demonstraram que, entre 1999 e 2002, houve redução nos óbitos infantis no país da ordem de 15% (de 69.345 para 58.915). O percentual de óbitos por cor ou raça não informada na Declaração de Óbito (DO) também experimentou redução, passando de 38,5% em 1999 para 25,8% em 2002. Os autores detectaram diversas limitações ligadas à qualidade e à quantidade de registros de

nascidos vivos e óbitos em ambos os sistemas de informação, que resultaram em taxas de mortalidade infantis subestimadas. Apesar das limitações, de acordo com as análises, crianças pretas e indígenas apresentaram taxas de mortalidade mais elevadas em relação às observadas nas outras categorias de cor ou raça.

O estudo de Machado et al. (2009) teve como objetivo apresentar o perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro (AM), no período de 2000 a 2003. As fontes de dados consistiram em censos populacionais, cadastros das famílias, registros vacinais e relatórios bimestrais e anuais de atividades das equipes de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Alto Rio Negro, de 2000 a 2003. Foram também empregados os dados do Sistema de Informações em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Gabriel da Cachoeira, no Estado do Amazonas, além de registros derivados de observação direta nas comunidades Hupd'äh.

Os autores se referem às dificuldades enfrentadas na coleta e sistematização das informações, incluindo problemas relativos à subenumeração de nascimentos e a má qualidade das estimativas de idade e de classificação étnica dos indivíduos, apesar das diversas fontes utilizadas e o período analisado ser relativamente recente. Machado et al. (2009) destacaram as diferenças dos perfis demográficos Hupd'äh em comparação com outros povos amazônicos, uma vez que no período analisado a população cresceu 8,4% ao ano, sendo que apenas 23% desse aumento atribuído ao crescimento vegetativo. O nível de mortalidade geral padronizado encontrado entre os Hupd'äh foi próximo de 10 óbitos/1000 habitantes no período analisado, e a TMI foi de 116,3 óbitos/1000 nascidos vivos. A pesquisa também apontou para as dificuldades enfrentadas pelo DSEI quanto à manutenção de um sistema de informação ágil, não fragmentado e de fácil acesso para subsidiar as equipes de saúde, apesar dos investimentos feitos para a coleta das informações sobre a saúde indígena, por ocasião da efetivação da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas em 2000.

Dias Jr. et al. (2010) analisaram os 15 municípios do país com os maiores percentuais de população indígena no Brasil, comparando indicadores demográficos e socioeconômicos entre as pessoas que se autodeclararam brancas e as que se autodeclararam indígenas no Censo Demográfico 2000. As fontes de dados incluíram dados da amostra do Censo 2000 (informações dos indivíduos e domicílios); do DATASUS (informações sobre mortalidade infantil); do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (informações sobre o índice de desenvolvimento humano-IDH) e do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (listagem dos povos

indígenas residentes nos municípios selecionados). Foram observadas TMI de 15,2/1000 nascidos vivos para brancos, e de 45,3/1000 para indígenas. Diversos outros resultados apresentados pelos autores, como escolaridade média, renda média do trabalhador, pessoas em domicílios com iluminação elétrica, pessoas em domicílios com água tratada e com rede geral de esgoto, também indicaram condições desiguais de indígenas em relação à população branca.

Pagliari (2005) analisou aspectos do comportamento demográfico dos Kaiabi, povo indígena de filiação linguística Tupi, habitantes do Parque Indígena do Xingu, para o período 1970 a 1999. Os dados utilizados foram oriundos de relatórios feitos por equipes médicas integrantes de um programa de saúde implantando desde 1965, pela então Escola Paulista de Medicina (EPM), atual Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Em 1999, a UNIFESP foi contratada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como organização não governamental para assumir a coordenação das ações de saúde do DSEI Xingu, responsável pela assistência de uma população de cerca de 4 mil indígenas.

Como detalha a autora, a partir de 1940, frente ao avanço dos seringais no Estado do Mato Grosso (MT), os Kaiabi foram pressionados a mudar de suas terras. O saldo desse contato foi o deslocamento contínuo das aldeias, o fracionamento da população e significativa depopulação decorrente de epidemias. Os dados analisados derivaram de três décadas de acompanhamento dos Kaiabi, permitindo não somente análises transversais da mortalidade, natalidade e migrações, como de coorte de dados de fecundidade. Os resultados mostraram que as taxas mortalidade geral oscilaram entre 9,3 a 14,6 óbitos/1000 habitantes, de 1970 até 1989. A partir de 1990, os níveis de mortalidade geral demonstraram uma tendência de declínio, diminuindo para 3,5 óbitos/1000 habitantes entre 1995 a 1999, redução atribuída à oferta de serviços de saúde. A TMI que no período de 1975 a 1979 foi de 73,5/1000, foi reduzida para 15,2/1000 em 1995/1998. No total do período, a taxa média foi de 32,8/1000 nascimentos. Em franco processo de recuperação populacional, os Kaiabi do PIX apresentaram um crescimento médio da ordem de 4,5% ao ano entre 1970 e 1999. Contribuíram para este elevado aumento populacional, segundo a autora, o desejo e a decisão de crescer, associados à redução de conflitos com as frentes expansionistas, à menor exposição às epidemias e à demarcação do território.

Cardoso et al. (2011) descreveram os padrões de mortalidade de indígenas Guarani que vivem em 83 aldeias do Sul e Sudeste do Brasil. Os indicadores foram

comparados com os de outros povos indígenas e com a população geral do Brasil, a partir de dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e do DATASUS, conforme discutido a seguir. Segundo os autores, a taxa de mortalidade (TM) de crianças Guarani menores de cinco anos de idade para o ano de 2006 foi de 44,5/1000 nascidos vivos, variando de 1,9 a 2,8 vezes maior do que no Norte e do que no Sul, respectivamente, em relação à população não indígena. A taxa de mortalidade infantil (TMI) Guarani foi de 29,6/1000 nascidos vivos excedendo de 10-30% a TMI estimada para o Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país para os últimos dez anos. De modo diferente da composição da TMI para crianças brasileiras em geral, a magnitude da TMI Guarani pós-neonatal foi cinco vezes maior do que a neonatal precoce.

As mortes de menores de cinco anos corresponderam a quase metade (48,6%) de todas as mortes na população Guarani. As proporções de mortes de menores de um ano e de menores de cinco anos foram maiores do que as da população não indígena em todas as regiões, independentemente da fonte de dados usada para comparação. As proporções de mortes por causas mal definidas foram as mais altas entre os Guarani, especialmente na faixa de 1-4 anos de idade (Cardoso et al., 2011).

Ferreira et al. (2011) analisaram os aspectos demográficos da população residente nas terras indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, que é a Unidade da Federação (UF) com o segundo maior contingente indígena do país. O estudo envolveu vinte e sete municípios e utilizou dados oriundos do SIASI. Os resultados indicaram que no triênio 2004-2006, o coeficiente de mortalidade geral padronizado foi 1,28 vez mais elevado do que o da população total da UF. Dentre os menores de cinco anos de idade foi observada a maior proporção de óbitos entre os indígenas (37,4%). A TMI no triênio foi de 48,9/1000 nascidos vivos, representando 2,47 vezes o verificado na população total da UF. O componente pós-neonatal respondeu por 62,8% dos óbitos infantis indígenas. A principal causa de mortalidade na população indígena total foi devido a causas externas (22,4%). Em suma, os resultados demonstraram que os indígenas apresentaram as piores condições de saúde quando comparados com o restante da população, com alta proporção de óbitos em menores de cinco anos.

As características demográficas dos Boróro, povo indígena residente em três aldeias do Estado do Mato Grosso, foram investigadas no período de 1993 a 1996 por Souza et al. (2009). Os dados foram derivados de cadastros anuais de registros de eventos vitais, coletados a partir das atividades do serviço de saúde da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) das três aldeias (Garças, Meruri e Morada dos Boróro). A

população Boróro estudada mantém contato com missionários salesianos, desde o início do século XX, e com os Xavante desde 1957. No período analisado, a taxa média de crescimento foi de 2,4% ao ano. Verificaram-se taxas brutas de natalidade de 30,9/1000 habitantes e de mortalidade geral de 7,3/1000. A TMI para o período foi de 58,8/1000 nascidos vivos, o que representou quase o dobro daquela registrada no Brasil em 1997 (31,9/1000). Os autores destacaram dentre outros aspectos, a relativamente baixa fecundidade encontrada se comparada a de outros grupos indígenas, e a importância da coleta e análises sistemáticas de dados demográficos para os povos indígenas, úteis no planejamento das ações de educação e saúde, e outras áreas (Souza et al., 2009).

Souza et al. (2011) analisaram as características demográficas do povo Xavante, um dos mais numerosos grupos indígenas do Brasil. Segundo os autores, os Xavante ocupam sete reservas na região Centro-Oeste do Brasil, no Estado do Mato Grosso. Cada reserva apresenta um histórico particular de contato com a sociedade envolvente. Embora os Xavante representem um único grupo étnico, que compartilha a mesma língua e costumes, são divididos em grupos politicamente autônomos. O estudo abrangeu o povo Xavante como um todo e os dados demográficos utilizados foram oriundos de pesquisa que cobriu o período de 1999 a 2004. Censos domiciliares e registros de estatísticas vitais, ambos implementados pela FUNASA a partir de 1999, por ocasião do estabelecimento do subsistema de saúde indígena, foram as fontes de dados principais. As sete reservas abrangidas pelo estudo, quais sejam, Parabubure, São Marcos, Pimentel Barbosa, Sangradouro-Volta Grande, Areões, Marechal Rondon e Marãiwatsede, apresentaram uma população total que variou de 9.642 a 11.988 indivíduos no período analisado.

Segundo os autores, a taxa bruta de mortalidade na população Xavante como um todo variou entre 11,4 e 12,7/1000 habitantes no período de 1999 a 2004, com média de 12,1/1000. As taxas de mortalidade variaram consideravelmente entre as reservas indígenas, sendo a maior (13,5/1000) em Areões e a mais baixa (7,4/1000) em Marechal Rondon. A TMI média para toda a população Xavante para o período de 1999 a 2004 foi de 96,7/1000 nascidos vivos. A TMI mostrou tendência de declínio, perto de 15% de redução, de 103,3/1000 de 1999 a 2001 para 89,8 /1000 no período de 2002 a 2004. Quanto às TMI por reserva, os autores verificaram que variaram consideravelmente, com uma diferença de 42,5% entre a mais alta (São Marcos, com 129,5/1000) e a mais baixa (Sangradouro-Volta Grande, com 74,4). Quando se compara com os não indígenas, evidencia-se como as TMI observadas entre os Xavante foram mais elevadas.

No Brasil como um todo em 2000 a TMI foi de 29,6/1000 nascidos vivos, e na região Centro-Oeste foi de 21,2/1000. As diferenças na mortalidade infantil nos Xavante se coadunam com as disparidades em saúde que vêm sendo verificadas no Brasil, em comparação com os não indígenas. As análises também sugerem que o recente declínio na mortalidade e fecundidade pode ser relacionado a transformações e a implementação de serviços de saúde para os povos indígenas no Brasil.

Em outro estudo sobre os Xavante, Souza et al. (2010) compararam as taxas brutas de mortalidade (TBM) do período de 1999-2002 com aquela da população brasileira geral no mesmo período, e com aquela da população indígena em geral em 2000. Os resultados mostraram que a TBM dos Xavante foi de 13,3/1000 habitantes no período estudado, enquanto a taxa da população brasileira e indígena geral no ano de 2000 foi de 6,7/1000. Ou seja, a TBM dos Xavante foi quase 2 vezes maior. Os autores destacaram, entretanto, o cuidado na comparação das taxas brutas de mortalidade devido a diferenças na composição etária das populações comparadas.

Portanto, como indicam os estudos demográficos discutidos acima, realizados nos últimos anos, um padrão recorrente em diversos grupos indígenas no país foi aquele de elevadas taxas de mortalidade geral e infantil. As elevadas taxas de natalidade, mesmo diante da elevada mortalidade, resultaram em taxas de crescimento populacional que variaram entre 3,0 e 8,4% ao ano. Além disso, os estudos em comunidades específicas têm gerado análises informativas acerca das relações entre organização social e padrões demográficos. Tais investigações contribuem sobremaneira para ampliar a compreensão acerca da dinâmica demográfica dos povos indígenas no Brasil. Por outro lado, utilizam metodologias e fontes diversas o que dificulta comparações, além do número de observações por vezes ser pequeno, o que acarreta grande flutuação nos indicadores obtidos.

1.3. Política Nacional de Saúde Indígena

O pressuposto de que ao longo dos anos os povos indígenas se integrariam à sociedade nacional, deixando de existir como sociedades etnicamente diferenciadas, foi uma das principais marcas da política indigenista na história do Brasil ao longo do século XX. Porém, contrariando tais expectativas, os povos indígenas tiveram crescimento demográfico e se organizaram em movimentos por direitos a políticas públicas que contemplem o respeito às diferenças étnico-culturais (Pagliaro et al., 2005; Santos e Pereira, 2005; Garnelo, 2012).

O Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI) foi criado em 1910 e marcou o início da ação indigenista organizada no Brasil. Sua atuação visava minimizar os conflitos gerados pela ocupação de territórios indígenas por diversos agentes econômicos em expansão, como fazendeiros, madeireiras, empresas de garimpo e outras agroempresas, com a perspectiva de proteção aos diversos povos existentes no Brasil. Porém além de uma atuação que visava à integração dos indígenas à sociedade nacional, a política indigenista ocorreu em favor dos interesses da população não indígena, ocasionando perdas de território e deterioração nas condições de vida. A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) substituiu o SPI em 1967. Porém a sua atuação não logrou em defender os direitos de autodeterminação dos povos indígenas. A figura jurídica da tutela, instituída pelo Código Civil brasileiro de 1916, que considerava os indígenas como incapazes ou semi-incapazes de compreender seus direitos e responsabilidades legais e de responder judicialmente por seus atos, além de mantida, foi aprofundada pela atuação do órgão indigenista (Lima e Barroso-Hoffman, 2002; Garnelo et al., 2003; Garnelo, 2012).

Em pleno período da ditadura militar foi regulamentada a Lei 6001 de 19 de dezembro de 1973, mais conhecida como o Estatuto do Índio, que passou a regulamentar a questão indígena no país (Brasil, 1973). Atualmente é considerado superado em vários pontos, dentre os quais a ênfase da integração dos indígenas às sociedades nacionais (Santos, 2008).

A Constituição Federal promulgada em 1988 apresentou um capítulo específico sobre os povos indígenas, o Capítulo VIII. Nela se observa um avanço, uma vez que ao invés de enfatizar a "integração", considera o reconhecimento que o Estado deve assegurar as condições para que os povos indígenas possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva inevitável de que irão se integrar à sociedade nacional (Garnelo et al., 2003; Santos et al, 2008; Garnelo et al., 2012). Segundo a Constituição Federal de 1988:

"Artigo 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo a União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens" (Brasil, 1988).

Outro importante dispositivo constitucional, no âmbito do Capítulo VIII, o Artigo 232, refere-se ao direito a auto representação indígena na defesa de seus

interesses, que promove na prática a superação da tutela como figura jurídica orientadora a relação entre os indígenas e a sociedade nacional:

"Artigo 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo" (Brasil, 1988).

Cabe destacar que se encontra tramitando no Congresso Nacional, há vários anos o novo Estatuto dos Povos Indígenas, que deve substituir o Estatuto do Índio e atualizar a lei ordinária de acordo com os novos valores vigentes de autodeterminação e autonomia dos povos indígenas (Lima e Barroso-Hoffman, 2002; Santos, 2008).

Em 1986, o Movimento Sanitário Indigenista que foi parte do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, constituído por profissionais de diferentes áreas, que militavam por direitos dos povos indígenas, incluindo a dimensão saúde, promoveu a inclusão da questão da saúde indígena na agenda da reforma do setor. A realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) ocorreu concomitantemente à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Desta conjunção política nasceu a concepção de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. As recomendações da 1ª CNSI contribuíram para a transferência, em 1991, da coordenação da saúde indígena da FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça, para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde. Foi criada neste mesmo ano a Fundação Nacional de Saúde (FNS), partindo da fusão da FSESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que passou a ser responsável por esta Coordenação (Cardoso et al, 2008; Chaves et al, 2006).

Em 1994, frente a impasses e conflitos entre FUNAI e FNS, com a primeira enfrentando problemas de escassez de recursos humanos e financeiros, e a segunda tentando administrar as dificuldades criadas pela fusão aliada à falta de experiência com povos indígenas, a coordenação da política de saúde indígena retornou para a FUNAI. Esta passou a liderar a recém-criada Comissão Intersetorial, partilhando as atribuições de atenção à saúde com a FNS. Nesse arranjo, a FNS ficou responsável pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos. Por sua vez, coube à FUNAI conduzir as ações de assistência médica e de saúde (Cardoso et al., 2008).

Em 1993, paralelamente a este processo, viria a acontecer a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, indicada pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, que

também se pronunciou pela criação de um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado. Temendo colocar os povos indígenas à mercê das oscilações políticas locais, o Movimento Sanitário Indigenista questionou a municipalização radical das ações de saúde, tônica da 9ª CNS, levando à formulação de uma política específica para esses povos. Foi então proposta a criação da Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI), com uma organização de serviços diferenciada, articulada ao SUS, e organizada em distritos sanitários especiais indígenas. Para gestão desta política, foi indicado o nível federal, pensado para proteger essas populações das pressões políticas decorrentes de contextos locais/municipais. O Movimento Sanitário Indigenista, com base nas recomendações da 2ª CNSI, encaminhou ao então deputado Sérgio Arouca um documento solicitando a elaboração de projeto de lei para criação de um subsistema diferenciado de saúde indígena. Aprovado na Câmara dos Deputados cinco anos depois, se constituiu na Lei 9836/99, chamada de Lei Arouca. Durante o período de tramitação do projeto de lei, o conflito interinstitucional permaneceu. Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a manutenção da coordenação de saúde indígena na FUNAI/MJ. Devido a esta situação, a Medida Provisória n.1911-8/1999 transferiu recursos humanos e materiais da FUNAI para a FNS, que passou a ser designada FUNASA (Garnelo e t al., 2003; Chaves et al., 2006; Santos et al., 2008).

A partir de então, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena começou a ser estruturado e organizado em 34 DSEI. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígena de Saúde. Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, sendo os pólos-base as instâncias regionais. O financiamento da saúde indígena na sua maioria passou a ser oriundo de fontes públicas, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, e de estados e municípios que têm populações indígenas. As ações de saúde indígena passaram a ser executadas de forma direta, pelos municípios ou estados, ou por organizações não governamentais, de forma indireta (Garnelo et al., 2003).

Em setembro de 2008 foi enviado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3958/2008, para a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma Secretaria de Atenção à Saúde Indígena, transferindo competências e atribuições exercidas pela FUNASA quanto à saúde indígena ao Ministério da Saúde. Concomitantemente, foi

assinada pelo Ministro da Saúde a Portaria 1922 de 11/09/08, com o objetivo de criar grupo de trabalho para “discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas” (Ministério da Saúde, 2008:36). Finalmente, em 2010 foi criada uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto nº 7336, substituído pelo Decreto 8065 de 7 de agosto de 2013, que formalizou o repasse de gestão do subsistema de saúde indígena, anteriormente atribuída à FUNASA para o Ministério da Saúde. A criação da SESAI manteve a estrutura dos 34 DSEI e não retirou as atribuições que a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde desenvolvia junto às Secretarias Municipais de Saúde no âmbito da Saúde Indígena (Garnelo, 2012; Cardoso, 2014).

O cenário atual da Política de Saúde Indígena se caracteriza dentre outros aspectos, por um modelo assistencial centrado na produção de serviços, baseado em práticas curativas, que não atendem integralmente as necessidades e os principais problemas de saúde apresentados pelas populações indígenas. O Distrito Sanitário ainda permanece sob uma lógica organizacional e burocrática, como espaço geográfico e administrativo onde os serviços são coordenados. Permanece uma elevada demanda por consultas especializadas e internações hospitalares, além do alto consumo de medicamentos por parte das populações indígenas, que possivelmente indicam baixa resolutividade das ações prestadas. A rotatividade de profissionais de saúde é alta, e faltam recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos nos DSEI. A participação das populações indígenas indígena é precária e os conselhos distritais e locais pouco operacionais (Cardoso, 2014).

Como apresentado ao longo desta Introdução, a produção científica voltada para as interfaces de demografia e epidemiologia apontam para importantes desigualdades entre os indígenas e o restante da população brasileira nos indicadores de saúde. Ao mesmo tempo os serviços de saúde ainda não se encontram consolidados para lidar com os principais agravos. Nas últimas décadas, houve notável expansão dos sistemas de informação em saúde no tocante à coleta de dados referentes a pertencimento étnico racial no país, seguindo tendências internacionais. Mais recentemente, dando um passo adicional nesta direção, o Censo Demográfico passou a incluir não somente um pergunta específica sobre mortalidade nos domicílios particulares, como também expandiu expressivamente o rol de perguntas acerca das características socioculturais dos autodeclarados indígenas. É nesse cenário que se vincula a presente Tese, que reúne

uma análise das informações censitárias disponíveis mais recentes sobre a investigação do quesito cor ou raça no tocante à mortalidade, assim como a comparação destas informações com demais sistemas nacionais de estatísticas vitais como o Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos ambos do Ministério da Saúde.

2. Estrutura da tese

Além da Introdução e Considerações Finais, esta tese está subdividida em três textos, estruturados no formato “artigo”. No primeiro, intitulado "Mortalidade segundo cor ou raça a partir do Censo Demográfico de 2010 e comparação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram investigadas as taxas de mortalidade geral padronizadas e por faixas de idade, de indígenas em comparação com não indígenas, no Brasil e regiões, segundo a situação do domicílio urbana e rural, com base nos dados do universo do Censo 2010 e SIM para o mesmo período. No segundo, com o título "Comparação da mortalidade infantil segundo cor ou raça no Brasil a partir dos dados do Censo de 2010 e de Sistemas Nacionais de Informação em Saúde", foram investigadas as informações sobre mortalidade infantil segundo cor ou raça a partir dos dados do Censo 2010, em comparação com os dados do SIM e SINASC no Brasil e em um recorte geográfico de municípios com pelo menos 5% de população indígena, no mesmo período de referência censitário. Finalmente, o terceiro, intitulado "Mortalidade infantil segundo componentes e causas básicas de óbito, de acordo com cor ou raça, a partir do SIM e SINASC: Brasil, 2009 a 2010", investiga a mortalidade infantil assim como as causas básicas de óbitos, segundo componentes neonatal precoce e tardio e pós-neonatal, de acordo com a cor ou raça com ênfase nos indígenas a partir das informações do SIM e do SINASC no período de 2009 a 2010 no Brasil e no recorte geográfico de municípios com pelo menos 5% de população indígena.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral:

Descrever a mortalidade segundo cor ou raça a partir do Censo Demográfico de 2010 e dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIM e SINASC), com ênfase na comparação de indígenas com não indígenas e nos limites e potencialidades dos dados.

3.2. Objetivos Específicos:

3.2.1. Estimar as taxas de mortalidade geral e específicas por idade segundo cor ou raça para o Brasil e regiões, de acordo com a situação de domicílio, a partir dos dados oriundos do Censo 2010 em comparação com o SIM.

3.2.2. Estimar a mortalidade infantil com ênfase na comparação da magnitude das desigualdades segundo cor ou raça a partir dos dados censitários, assim como dos dados dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIM e SINASC).

3.2.3. Analisar a mortalidade infantil e seus componentes de acordo com as causas básicas de óbitos segundo cor ou raça com ênfase nos indígenas a partir das informações disponíveis nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIM e SINASC) no período de 2009 a 2010.

4. ARTIGO 1

Mortalidade segundo cor ou raça a partir do Censo Demográfico de 2010, e comparação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

4.1. Introdução

O interesse nas variáveis sobre cor ou raça e etnia na agenda de investigação no campo da saúde, para o subsídio de políticas públicas, vem se ampliando nas últimas duas décadas em todo o mundo (Adorno et al., 2004; Chor e Lima, 2005; Del Popolo, 2008).

Além de representar importante constructo social na determinação de identidades, acesso a recursos e em valores sociais, tais variáveis interagem com outros determinantes socioeconômicos contribuindo com gradientes de exposição de riscos à saúde (Lin e Kelsey, 2000; Kaufman e Cooper, 2001; Chor e Lima, 2005).

A importância da coleta de informações sobre a situação de saúde de grupos étnicos, e a necessidade de incorporar no alcance das metas desenvolvimento do milênio, e na redução das iniquidades em saúde, uma perspectiva étnico-racial foram recomendações expressas na 132ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde, realizada em Washington no ano de 2003. Tais recomendações tiveram origem nos debates da Conferência de Durban, ocorrida na África do Sul em 2001, quando foi destacada a dificuldade de obtenção de informações demográficas sob recorte étnico racial. Dentre as principais recomendações, consta o estabelecimento de sistemas de informação sobre a situação de saúde de grupos étnicos (OPAS, 2003).

No Brasil a produção científica sobre perfis demográficos e de saúde de grupos étnicos ainda é limitada apesar do crescimento do número de investigações (Coimbra Jr. e Santos, 2000; Santos e Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Sousa et al., 2007; Coimbra Jr. et al.; Horta et al., 2013).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas instituída em 2000, e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009, representaram importantes marcos legais para garantia da manutenção das especificidades de segmentos da sociedade brasileira, assim como, para redução das iniquidades em saúde (Ministério da Saúde, 2002; Ministério da Saúde, 2007; Aith, 2009; Braz et al., 2013). A variável cor ou raça foi somente incluída a partir de meados da década de 1990 em sistemas de informações com representatividade nacional, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos gerenciados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As categorias utilizadas seguiram em ambas as fontes de dados as mesmas adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Chor e Lima, 2005; Mello Jorge, 2007).

Nos censos decenais, a variável cor ou raça, com a inclusão da categoria indígena, vem sendo investigada desde 1991, entretanto, somente no questionário da amostra. No Censo 2010 a pergunta foi estendida ao questionário do universo o que representa uma possibilidade de ampliação do conhecimento sobre a diversidade étnica no Brasil (Santos e Pereira, 2005; Perez, 2008; Pereira et al., 2009; IBGE, 2012).

Além do quesito sobre cor ou raça, foi incluída no universo da investigação censitária, uma pergunta sobre óbitos nos domicílios particulares. Os resultados foram comparados com dados oriundos de métodos indiretos de estimação da mortalidade. A cobertura dos dados de mortalidade do Censo 2010 atingiu 80% para homens e 85% para mulheres. Deste modo, houve uma grande melhoria em relação à primeira iniciativa de inclusão dessa investigação realizada no Censo de 1980 no questionário da amostra. Naquele ano a cobertura não ultrapassou 40% (Queiroz e Sawyer, 2012; IBGE, 2012).

O presente estudo tem por objetivo estimar as taxas de mortalidade geral e específicas por idade segundo cor ou raça para o Brasil e regiões e de acordo com a situação de domicílio, a partir dos dados oriundos do Censo 2010 em comparação com o SIM.

4.2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de caráter transversal. As fontes de dados utilizadas incluíram informações coletadas mediante a investigação do Censo Demográfico de 2010. O Censo foi realizado por meio de entrevistas domiciliares no período de 01 de agosto a 30 de outubro de 2010. Adicionalmente, para fins de comparação, foram utilizadas informações oriundas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-DATASUS) (Tabelas 4.1 e 4.2).

No último levantamento censitário, a investigação por cor ou raça foi realizada para a totalidade da população brasileira, diferentemente dos anteriores (1980, 1991 e 2000), quando essa investigação era realizada apenas no questionário da amostra. Sobre a ocorrência de óbitos no domicílio, o recenseado informava o número, o sexo, e a idade das pessoas que faleceram no período de referência, de 01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010 (IBGE, 2011).

O banco de óbitos do Censo 2010 foi criado a partir de informações obtidas no Banco Multidimensional de Estatísticas (BME). O BME é uma base de dados formada por microdados originados nas pesquisas estatísticas efetuadas pelo IBGE e pela

metainformação associada à sua produção. Os microdados correspondem aos dados existentes nos questionários das pesquisas. Cada questionário constitui um ou mais registros de informações, sendo, portanto, a informação mais desagregada possível para a pesquisa estatística. O acesso ao BME pode ser feito por assinatura ou na forma de acesso público, através do portal do IBGE. Através da assinatura do BME o usuário pode visualizar a metainformação das pesquisas e gerar tabelas de resultados. Através do acesso público, o usuário pode visualizar a metainformação das pesquisas, para conhecer o conteúdo do BME, não podendo gerar tabelas de resultados (<http://www.bme.ibge.gov.br>, 1º acesso em 17-04-2012). No presente estudo os dados foram obtidos mediante a modalidade de assinatura trimestral junto ao BME.

A frequência de pessoas foi obtida a partir do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), de acesso livre e gratuito, tabela 3175: população residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade (<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3175&z=cd&o=7>, 1º Acesso em 14-04-12) (IBGE, 2011).

Para fins de cálculo das taxas de mortalidade, foram excluídos dos numeradores os óbitos cuja cor ou raça do responsável pelo domicílio era ignorada. Para os denominadores, foram excluídas as frequências de pessoas cuja cor ou raça era ignorada. A opção pela exclusão se deveu às baixas frequências da cor ou raça ignorada nos numeradores e denominadores (ver Seção 4.3. Resultados). Já que não há informação sobre a cor ou raça do falecido, para fins do presente trabalho se assumiu que era a mesma do responsável pelo domicílio.

As taxas de mortalidade foram calculadas para o Brasil e regiões segundo cor ou raça, situação do domicílio, e faixas de idade.

As faixas de idade foram selecionadas segundo as faixas utilizadas no estudo de Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease - GBD) (Murray et al., 2012).

Em seguida, para fins de cálculo da mortalidade geral, e comparação entre todas as categorias de cor ou raça, foi feito o procedimento de padronização direta por idade (Hennekens e Buring, 1987), utilizando a população total do Brasil por faixas de idade como referência, ou população padrão. A padronização direta visa reduzir o confundimento devido a diferenças da estrutura etária das populações. A população total segundo faixas de idade foi igualmente obtida a partir da base de dados SIDRA ([http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp? c=3175&z=cd&o=7](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3175&z=cd&o=7)).

Tabela 4.1. Indicadores e fontes de dados para cálculo das taxas de mortalidade a partir do Censo 2010.

Indicadores		
Taxas de mortalidade segundo o Censo 2010, específicas por idade, de acordo com a cor ou raça e situação do domicílio. Brasil e regiões, 2010.		
Taxas de mortalidade geral padronizada (TMP) segundo o Censo 2010, de acordo com a cor ou raça e situação do domicílio. Brasil e regiões, 2010.		
	Numeradores: Óbitos	Denominadores: População
Fonte	Universo do Censo Demográfico de 2010-BME-Banco Multidimensional de Estatísticas.	Universo do Censo Demográfico de 2010 - Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA): <u>Tabela 3175: População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo a idade.</u>
Acesso	www.bme.ibge.gov.br : mediante assinatura trimestral	www.sidra.ibge.gov.br : acesso livre a gratuito.
Ocorrência	Óbitos ocorridos nos domicílios particulares.	População residente nos domicílios particulares.
Período de referência	01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010	31 de julho de 2010.
Variáveis	Situação do Domicílio: Urbana, Rural.	As mesmas dos numeradores.
	Faixas de idade do Global Burden of Disease: Menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 14, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais anos.	Faixas de idade: As mesmas dos numeradores.
	Cor ou raça: a mesma do responsável pelo domicílio nas categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e sem declaração.	Cor ou raça dos moradores nas categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e sem declaração.
	Regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste.	As mesmas dos numeradores.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para fins de comparação com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi feito o procedimento de padronização indireta ou razão de mortalidade padronizada (RMP) utilizando as taxas de mortalidade do SIM para o mesmo período de referência do Censo. A RMP é comumente utilizada em estudos ocupacionais retrospectivos onde a informação disponível é o número de casos da doença ou de mortes observadas na população de estudo. A principal questão é se esse número de casos é superior ao que teria sido observado na população em geral. Para esta avaliação, taxas da mesma doença ou de mortalidade de uma população padrão são usadas para calcular o número de casos que seriam esperados neste grupo, se este desenvolvesse a doença nas mesmas taxas dessa população. Ou seja, se há excesso de risco devido à exposição ocupacional. O número de casos esperados é obtido multiplicando-se as taxas específicas da população padrão ao número de pessoas-ano da população de estudo em cada estrato específico. O total esperado é então calculado somando os esperados em cada estrato. Os resultados são apresentados sob a forma de razão de morbidade ou mortalidade padronizada, que é a razão do número de casos observados sobre o número de esperados (Hennekens e Buring, 1987).

Os óbitos observados foram obtidos por meio dos dados do universo do Censo de 2010, distribuídos nas mesmas faixas de idade usadas para o cálculo das taxas de mortalidade do SIM, conforme descrito acima. Os óbitos foram distribuídos segundo a região onde ocorreram, faixas de idade GBD, e segundo cor ou raça do responsável pelo domicílio.

As taxas padrão foram as taxas de mortalidade específicas por idade, calculadas a partir do SIM segundo região. Os óbitos disponíveis no SIM-DATASUS foram obtidos por meio de acesso ao sítio: www.datasus.gov.br, ferramenta TABWIN, de acesso livre e gratuito. Entretanto o SIM não possui informações sobre a situação do domicílio urbano ou rural. Assim as frequências de óbitos corresponderam à situação de domicílio urbano e rural em conjunto.

Para o cálculo das taxas de mortalidade do SIM, foram obtidas as frequências de óbitos por cor ou raça, sexo, UF e faixas de idade GBD.

O total de óbitos por cor ou raça, sexo e idade ignorados foram redistribuídos proporcionalmente entre as cinco categorias de cor ou raça. Foram ainda aplicados os fatores de correção para subnotificação de óbitos do SIM, propostos por Szwarcwald et al. (2011). Os fatores de correção foram aplicados para cada UF.

Para compor os denominadores das taxas de mortalidade do SIM foram selecionadas as frequências de pessoas segundo cor ou raça, situação do domicílio urbana e rural, faixas de idade, e UF, a partir do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), de acesso livre e gratuito, Tabela 3175. As taxas por região foram calculadas depois de obtidas as somas das frequências de óbitos e pessoas por UF.

A população de estudo para aplicação das taxas padrão e cálculo da RMP neste caso, foi obtida a partir dos microdados da amostra do Censo de 2010, de onde foram geradas as frequências de moradores segundo cor ou raça, faixas de idade GBD, de acordo com a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Os moradores cuja cor ou raça era ignorada foram excluídos devido à baixa frequência (ver seção 4.3. Resultados). Foram obtidos os totais de pessoas que se autoclassificaram em cada uma das cinco categorias de cor ou raça nos domicílios (branca, preta, amarela, parda e indígena), por faixas de idade e região. Exemplificando: em cada região geográfica, nos domicílios onde o responsável se autodeclarou branco, foram obtidas por faixas de idade GBD, as frequências de moradores que se autodeclararam brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas. As frequências foram da mesma forma obtidas, em cada uma das demais categorias de cor ou raça do responsável pelo domicílio. As taxas de mortalidade corrigidas, obtidas pelo SIM, segundo a cor ou raça e as mesmas faixas de idade e região, foram aplicadas aos contingentes populacionais. Foram obtidos assim os óbitos esperados de acordo com a cor ou raça do responsável pelo domicílio, região e faixas de idade. Os óbitos esperados por faixas de idade foram somados. Os óbitos observados foram divididos pelos óbitos esperados, quando foi obtida a razão de mortalidade padronizada, conforme equação abaixo:

$RMP = \frac{\text{óbitos observados}}{\text{óbitos esperados}}$

Tabela 4.2. Indicador e fonte de dados para cálculo da razão de mortalidade padronizada-Óbitos Observados.

Indicador Razão de Mortalidade Padronizada Obtenção dos Óbitos Observados	
Fonte	Universo do Censo Demográfico de 2010- BME- Banco Multidimensional de Estatísticas.
Acesso	www.bme.ibge.gov.br : mediante assinatura trimestral
Ocorrência	Óbitos ocorridos nos domicílios particulares.
Período de referência	01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010
Variáveis	Faixas de Idade do Global Burden of Disease: Menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 14, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 ou mais anos.
	Cor ou raça dos óbitos segundo a mesma do responsável pelo domicílio, nas seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena, sem declaração. <i>Obs: Cor ou raça sem declaração foram excluídas.</i>
	Regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 4.3. Indicadores e fontes de dados para cálculo da razão de mortalidade padronizada-Óbitos Esperados.

Indicadores			
Razão de Mortalidade Padronizada ou Razão entre Óbitos Observados/Esperados.			
Para cálculo dos óbitos esperados			
Taxas de mortalidade, específicas por idade, acordo com a cor ou raça a partir do SIM Brasil e regiões, 2010.			População para aplicação das taxas padrão.
	Numeradores: Óbitos	Denominadores: População	
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)- disponível em www.datasus.gov.br	Universo do Censo Demográfico de 2010 - Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA).	Amostra do Censo Demográfico de 2010- BME- Banco Multidimensional de Estatísticas.
Ocorrência	Óbitos segundo local de residência do falecido.	População residente nos domicílios particulares.	População residente nos domicílios particulares.
Acesso	www.datasus.gov.br : acesso livre e gratuito.	www.sidra.ibge.gov.br : acesso livre a gratuito.	www.bme.ibge.gov.br : mediante assinatura trimestral.
Período de referência	01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010	31 de julho de 2010.	31 de julho de 2010
Variável	Faixas de idade: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 44 anos, 45 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 ou mais anos.	Faixas de idade: as mesmas dos numeradores	Faixas de idade: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 44 anos, 45 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 ou mais anos.
	Cor ou raça do falecido informada na D.O: branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorada.	Cor ou raça dos moradores: branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorada.	Frequência dos moradores cada categoria de cor ou raça nos domicílios segundo cor ou raça do responsável.
	Regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.	Regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.	Regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3. Resultados

O total de óbitos captados pelo Censo foi de 1.034.418, sendo de acordo com a cor ou raça do responsável, entre os autodeclarados brancos, 491.656 (47,5%); pretos, 107.514 (10,4%); entre amarelos 12.921 (1,2%); pardos, 417.368 (40,3%); e indígenas 4.739 (0,4%); além de 220 (0,02%) óbitos em domicílios onde a cor ou raça do responsável era ignorada.

A frequência total de pessoas obtida foi de 190.755.799. Desse total 91.051.646 (47,7%) se autodeclararam brancos; 14.517.961 (7,6%), pretos; 2.084.288 (1,1%), amarelos; 82.277.333 (43,1%), pardos; e 817.963 (0,4%), indígenas. Para 6.608 pessoas (0,003%) não houve declaração da cor ou raça, que foi considerada ignorada.

De acordo com os dados oriundos da expansão da amostra, a distribuição de pessoas utilizada para o cálculo da razão de mortalidade padronizada segundo a cor ou raça foi a seguinte: 90.621.281 (47,5%), brancos; 14.351.162 (7,5%), pretos; 2.105.353 (1,1%), amarelos; 82.820.452 (43,4%), pardos; 821.501 (0,4%), indígenas e para 36.051 pessoas (0,02%) a cor ou raça foi ignorada.

Como a frequência de pessoas cuja cor ou raça era ignorada, assim como os óbitos dos domicílios cuja cor ou raça do responsável era ignorada foram excluídos, o total de pessoas utilizado para cálculo das taxas de mortalidade foi de 190.749.191, e o total de óbitos foi de 1.034.198. Para cálculo da razão de mortalidade padronizada, o total de pessoas foi de 190.719.749.

Os resultados das taxas de mortalidade geral padronizadas (TMP) indicaram que, na situação de domicílio urbana, indígenas apresentaram as taxas mais elevadas no Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No Norte, a TMP mais elevada foi observada em pretos. As TMP mais baixas foram apresentadas por brancos no Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste (entre 4,6 a 5,3/1000 habitantes) e por amarelos no Sul (5,1/1000). Ou seja, indígenas e pretos apresentaram dentre as cinco categorias de cor ou raça, as TMP mais elevadas, em todas as regiões na situação do domicílio urbana, enquanto brancos e amarelos apresentaram as taxas mais baixas (Tabela 4.4).

Quanto aos domicílios rurais, as TMP mais elevadas foram apresentadas por pretos no Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, e por indígenas no Sudeste. As taxas de mortalidade mais baixas foram apresentadas por indígenas no Norte (3,5/1000) e no Sul (4,8/1000); e por brancos no Nordeste (4,0/1000); Sudeste (4,3/1000) e Centro-Oeste

(3,9/1000). Em contraste com os padrões indicados acima, chamam atenção as taxas para os indígenas nas áreas rurais do Norte e Sul, nas quais são inferiores aos demais grupos de cor ou raça (Tabela 4.5).

Considerando a situação do domicílio urbana e rural em conjunto, as TMP mais elevadas foram apresentadas por pretos no Norte, no Nordeste, no Sul, no Centro-Oeste, no Brasil, e por indígenas no Sudeste (8,4/1000 habitantes). As taxas de mortalidade mais baixas foram apresentadas por indígenas no Norte, e por brancos nas demais regiões e Brasil. (Tabela 4.6). A razão entre as taxas de indígenas e demais categorias foi de 1,4 em relação a brancos; 0,9 em relação a pretos; 1,2 em relação a amarelos; e 1,1 em relação a pardos (Figura 4.3).

As taxas de mortalidade mais elevadas no Brasil como um todo segundo as faixas de idade, ocorreram alternadamente entre pretos e indígenas até os 79 anos de idade. A partir dos 80 anos pardos apresentaram as taxas mais elevadas (Figura 4.1).

Especificamente nos menores de 1 ano de idade, pretos apresentaram as taxas de mortalidade mais elevadas em todas as regiões e Brasil dentre as cinco categorias de cor ou raça. Indígenas apresentaram nessa faixa de idade, as segundas maiores taxas no Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste e no Brasil como um todo. Na Região Norte que concentra 37,4% da população indígena de todo o país, a taxa nessa faixa foi menor que a de amarelos e pretos. Em todas as regiões e Brasil, a categoria branca apresentou as mais baixas taxas de mortalidade de menores de 1 ano de idade (Tabela 4.7).

Dentre as regiões, pretos e indígenas apresentaram as taxas mais elevadas nas faixas a partir de 1 até os 79 anos de idade no Nordeste, Sul, Centro-Oeste, e em todas as faixas de idade no Sudeste. No Norte, as taxas mais elevadas alternaram-se entre pretos e indígenas até 44 anos e na faixa de 60-69 anos. Entre 45-59 anos e a partir dos 70 anos no Norte, e a partir dos 80 anos no Nordeste, amarelos apresentaram as taxas mais elevadas. No Sul e Centro-Oeste, pardos apresentaram taxas mais elevadas a partir dos 80 anos (Tabela 4.7).

A razão entre as taxas de mortalidade de indígenas e demais categorias em menores de 1 ano de idade, foi calculada para expressar a magnitude das diferenças entre os segmentos populacionais. Em relação a brancos a razão entre as taxas foi de 2,8; em relação a pretos 0,6; amarelos 1,3; e pardos 1,5 (Figura 4.2).

A frequência de óbitos disponíveis no SIM no mesmo período de referência do Censo de 2010 para fins do procedimento de padronização indireta foi de 1.118.999. Ao final de aplicação dos fatores de correção em cada UF, o total de óbitos do SIM

somaram 1.202.634. Os óbitos obtidos pelo Censo corresponderam a 86% dos obtidos pelo SIM.

A tabela 4.5 apresenta as razões de mortalidade proporcional (RMP) entre os óbitos observados pelo Censo de acordo com a cor ou raça do responsável pelo domicílio e os esperados. As taxas do Censo, no Brasil como um todo, de acordo com a RMP, foram inferiores em brancos (24%) e em pardos (6%), e superiores em pretos (7%), amarelos (38%), e indígenas (21%). Em indígenas estas diferenças variaram entre as regiões sendo menores no Norte (19%) e Centro-Oeste (2%) e superiores no Nordeste (75%), no Sudeste (72%) e no Sul (52%).

4.4. Discussão

A disponibilidade de estudos sobre a situação de saúde com recorte étnico racial no Brasil, apesar do crescente interesse sobre o tema nas últimas décadas, ainda é pequena, em comparação ao número de investigações existente em países desenvolvidos como os Estados Unidos (Chor e Lima, 2005, Araújo et al., 2009; Chiavegatto Filho e Laurenti, 2013). Além disso, há uma complexidade envolvida na utilização das categorias de cor ou raça e na mensuração desta variável em estudos acadêmicos e em sistemas oficiais de informação de saúde, como já vem sendo apontado na literatura (Travassos e Willian, 2004; Cardoso et al., 2005; Maio et al., 2005; Bastos et al., 2005; Braz et al., 2013).

Quanto aos povos indígenas, tem sido bem relatada a pouca disponibilidade de informações sobre a situação das centenas de diferentes povos existentes no país (Coimbra Jr. e Santos, 2000; Santos e Coimbra Jr., 2003; Garnelo et al., 2003; Pagliaro et al., 2005; Sousa et al., 2007; Cardoso et al.; Basta et al., 2012).

Os resultados do presente estudo indicaram diferenciais nas taxas de mortalidade de acordo com as categorias de cor ou raça. Quanto à mortalidade por faixas de idade, pretos e indígenas apresentaram alternadamente, exceto pelo Norte, as taxas mais elevadas até os 69 anos de idade em todas as regiões, e no Brasil como um todo até os 79 anos. Quanto à mortalidade geral padronizada, na situação do domicílio urbana e rural em conjunto, e somente rural, indígenas apresentaram as mais elevadas taxas de mortalidade, em uma região, e pretos em quatro regiões. Em domicílios urbanos, indígenas apresentaram as mais elevadas taxas em quatro regiões, e pretos em uma região. Ou seja, indígenas e pretos apresentaram em todos os recortes de domicílios as maiores taxas da mortalidade em todas as regiões e no Brasil como um todo. Entretanto,

para indígenas nas áreas rurais das regiões Norte e Sul foram observadas TMP mais baixas do que em brancos.

Estes resultados para as áreas rurais onde as taxas dos indígenas foram inferiores em relação aos demais grupos contrastam com investigações realizadas em comunidades indígenas específicas nos últimos anos. Na região do Alto Rio Negro (AM), estudo sobre povo indígena Maku revelou elevada taxa de mortalidade geral padronizada, em torno de 10/1000 habitantes (Machado et al., 2009). Em terras indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, as taxas de mortalidade geral foram 28% mais elevadas do que as observadas no restante da população daquele estado (Ferreira et al., 2011).

A consistência do SIM e SINASC foi analisada como fonte para estudo sobre desigualdades étnicas e raciais. Segundo os resultados, crianças pretas e indígenas apresentaram níveis de mortalidade infantil substancialmente superiores aos observados nas demais categorias de cor ou raça (Cardoso et al., 2005).

Indígenas Guarani de aldeias do Sudeste e Sul do Brasil apresentaram taxa de mortalidade geral padronizada de 5,3/1000 habitantes, representando 90% da mortalidade de não indígenas no Sudeste e 80% do Sul (Cardoso et al. 2011). Os resultados confirmam a vulnerabilidade de seguimentos indígenas no país.

Souza et al. (2009, 2010 e 2011) realizaram investigações em populações indígenas do Estado do Mato Grosso, em diferentes períodos de tempo, utilizando fontes de dados, em sua maioria, oriundas dos serviços de saúde. Segundo os autores, as taxas de mortalidade dos povos investigados, os Xavante e os Boróro, em diferentes aldeias, foram elevadas em comparação com os dados da população brasileira, no mesmo período de tempo.

Pesquisas que utilizaram a variável cor ou raça no Brasil, mas que não focaram especificamente em indígenas, também revelaram desigualdades nas condições de saúde de pretos e pardos. Dados longitudinais sobre saúde no Sul do Brasil indicaram pior situação de saúde de crianças negras, mesmo após ajuste de variáveis socioeconômicas (Barros et al., 2001). No Estado de São Paulo, estudo com base de declarações de óbitos em 1999 apontou para ocorrência de taxas brutas de mortalidade mais elevadas em homens e mulheres negras (Batista, 2004). Segundo investigação realizada por Chor e Lima (2005), a partir de dados do SIM e SINASC do ano de 2001, pretos e indígenas apresentaram piores indicadores de mortalidade. Indígenas apresentaram a maior proporção de óbitos infantis entre as cinco categorias de cor ou raça, além da proporção

de óbitos por causas mal definidas ter sido 2,5 vezes maior do que brancos. Adultos jovens, pretos e pardos do sexo masculino (20-49 anos) apresentaram mortalidade proporcional mais elevada com padrão distinto das demais categorias, além de apresentarem na faixa de 15-29 anos taxas de mortalidade por agressões até 2 vezes maior que a de brancos. Entre as mulheres pretas a mortalidade materna nas capitais foi 7 vezes maior do que em mulheres pardas e brancas (Chor e Lima, 2005).

Estudo realizado com amostra representativa de puérperas do município do Rio de Janeiro de 1999 a 2001, com demandas de assistência hospitalar ao parto, teve como objetivo analisar desigualdades sociais e acesso aos serviços de saúde em relação à cor da pele. Os resultados indicaram situação desfavorável de mulheres que se autodeclararam pretas e pardas, em relação a brancas. As desvantagens observadas extrapolaram os indicadores socioeconômicos e se estenderam para a assistência à saúde das mulheres, assim como dos conceitos (Leal et al., 2005).

As diferenças étnico-raciais na autoavaliação de saúde controladas por fatores socioeconômicos, demográficos e de acesso a serviços de saúde foram investigadas por estudo representativo das regiões brasileiras. Pretos e pardos apresentaram maior razão de chances de autoavaliarem sua situação de saúde como negativa, em relação a brancos. O resultado não perdeu significância estatística mesmo quando variáveis demográficas, socioeconômicas, de acesso a serviços de saúde, e características do local de residência (municipal e estadual) foram adicionadas ao modelo de análise (Chiavegatto Filho e Laurenti, 2013).

No cenário internacional, em investigação que comparou as taxas específicas de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Canadá, Nova Zelândia Austrália e Estados Unidos os resultados mostraram que em cada um desses países indígenas sofriam com condições de saúde precárias, mortalidade precoce e baixa expectativa de vida quando comparados com não indígenas (Bramley et al., 2004).

Diversos fatores devem ser levados em consideração na interpretação dos resultados do presente estudo. No caso dos indígenas, a possibilidade de desagregação dos dados segundo a situação do domicílio, urbana e rural é de extrema importância, pois constituem segmentos populacionais diferentes. Em áreas urbanas, indígenas apresentaram as taxas de mortalidade mais elevadas em quatro regiões. As características e condições de vidas dos indígenas nessas áreas merecem investigações futuras, pois se trata de população em sua maioria vivendo fora de suas terras, nas periferias dos centros urbanos (Coimbra Jr. e Santos, 2000). No Censo 2010, 817.963

pessoas se autodeclararam indígenas, provenientes do quesito cor ou raça. Desse total 61,5% residiam em domicílios rurais e 38,5% em domicílios urbanos. Nas áreas urbanas, apenas 8% dos indígenas estavam residindo nas Terras Indígenas (TI) e 92% fora das terras (IBGE, 2012).

Em áreas rurais, as taxas de mortalidade geral padronizadas observadas em indígenas, foram inferiores às apresentadas por demais segmentos da população, no Norte e Sul do país. A dificuldade de acesso aos aldeamentos, em particular em áreas rurais indígenas no Norte do país, pode ter influenciado o recenseamento do IBGE, resultando em possível subnotificação de dados sobre óbitos. Outra situação a ser destacada é a questão das linguagens matemáticas dos povos indígenas ainda serem pouco conhecidas dos antropólogos e demógrafos, o que dificulta a comunicação entre o sistema numérico vigente e a enorme variedade de sistemas numéricos desses povos. Além disso, as proscricções quanto a falar sobre os mortos presentes em várias culturas se constitui em um fato que compromete a realização de entrevistas acerca da mortalidade, fecundidade e outros eventos demográficos (Pagliaro et al., 2005).

Em estudos epidemiológicos voltados para questões de vulnerabilidade, tão importante quanto às diferenças nos perfis de saúde de acordo com recorte étnico-racial é a atenção quanto à qualidade informação produzida (Kabad et al., 2012). No procedimento de comparação com os dados do SIM por padronização indireta, as razões de mortalidade padronizada variaram conforme as regiões e a cor ou raça. Nos domicílios onde o responsável se autodeclarou branco a razão entre observados e esperados foi menor que 1 em todas as regiões enquanto nos amarelos foi superior em todas as regiões. Em pretos, exceto pelo Sudeste, os óbitos observados foram superiores aos esperados em todas as regiões. Em pardos foram observados mais óbitos do que esperados no Sudeste e Sul, enquanto nas demais regiões foram observados menos óbitos.

No caso de indígenas, no Brasil como um todo, foram observados 21% mais óbitos do que os esperados. Porém, na região Norte o total de observados foi 19% menor. Deste modo é importante ressaltar que os dados de óbito do Censo 2010 devem ser utilizados com especial cautela, inclusive porque não há informações específicas sobre a cor ou raça do falecido.

Conforme indicado pelo IBGE, a pergunta sobre óbitos no Censo 2010 teve como objetivo permitir a comparação com as informações oriundas da pesquisa Estatísticas do Registro Civil do IBGE, e do SIM-DATASUS. Tal comparação permite

contribuir para a construção de tábuas de mortalidade, desagregadas por situação do domicílio, entre outras variáveis de natureza demográfica e socioeconômica, além de permitir analisar as desigualdades na mortalidade geral segundo cor ou raça (IBGE, 2011; 2012).

A partir das análises aqui apresentadas, conclui-se que, inquestionavelmente, a inclusão da categoria cor ou raça no universo do Censo Demográfico do IBGE assim como uma pergunta sobre óbitos nos domicílios particulares representam avanços na produção de dados úteis no delineamento dos perfis de vida e saúde no Brasil, com particular destaque para grupos étnicos raciais. Mesmo com as dificuldades acima apontadas, os resultados mostraram as persistentes desigualdades nas taxas de mortalidade de indígenas e pretos em comparação com demais segmentos da população no país. É fundamental que análises adicionais sejam realizadas com vistas a comparar as taxas derivadas dos dados do Censo 2010 com aquelas obtidas a partir de outras bases, como o SIM. Investigações sobre mortalidade infantil merecem especial atenção uma vez que, de acordo com o presente estudo, as magnitudes entre as taxas de mortalidade de menores de 1 ano de idade entre pretos e indígenas, em relação as demais categorias, foram destacadamente elevadas.

Tabela 4.4. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Situação do domicílio urbana. Brasil e regiões, 2010.

Região	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte	5,3	8,3	7,5	6,6	8,0	6,3
Nordeste	4,7	7,5	6,8	6,0	8,2	5,6
Sudeste	4,6	7,7	4,8	6,4	8,9	5,3
Sul	5,2	8,7	5,1	7,5	10,9	5,7
Centro-Oeste	5,0	8,0	6,9	6,7	9,7	5,9
Brasil	4,8	7,8	5,5	6,3	8,8	5,6

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Obs: Taxas por 1000 habitantes.

Tabela 4.5. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Situação do domicílio rural. Brasil e regiões, 2010.

Região	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte	4,4	6,2	5,6	4,8	3,5	4,7
Nordeste	4,0	6,1	5,1	4,6	5,3	4,5
Sudeste	4,3	6,0	4,5	4,9	6,9	4,6
Sul	4,9	6,8	5,9	6,1	4,8	5,1
Centro-Oeste	3,9	6,4	4,6	4,7	5,9	4,5
Brasil	4,4	6,1	5,1	4,7	4,7	4,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Obs: Taxas por 1000 habitantes.

Tabela 4.6. Taxas de mortalidade geral padronizadas, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.

Região	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte	5,1	7,7	7,1	6,1	4,7	5,9
Nordeste	4,5	7,1	6,3	5,5	6,9	5,3
Sudeste	4,6	7,6	4,8	6,3	8,4	5,3
Sul	5,1	8,5	5,2	7,2	7,9	5,6
Centro-Oeste	4,8	7,8	6,6	6,4	7,1	5,7
Brasil	4,7	7,5	5,5	6,0	6,7	5,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Obs: Taxas por 1000 habitantes.

Tabela 4.7. Taxas de mortalidade específicas por idade segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.

Região	Faixas de Idade	Cor ou raça					Total
		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte	< 1 ano	9,1	56,8	26,0	17,7	22,4	16,3
	01 a 04	0,8	3,1	1,6	1,2	2,8	1,3
	05 a 14	0,4	0,9	0,6	0,5	0,9	0,5
	15 a 29	1,7	3,2	2,1	2,0	1,9	2,0
	30 a 44	2,1	3,1	2,8	2,5	2,6	2,4
	45 a 59	5,3	7,1	7,2	5,7	3,8	5,7
	60 a 69	14,6	17,1	15,4	15,4	12,6	15,3
	70 a 79	30,9	37,6	41,6	36,6	22,7	35,0
	80 ou mais	79,2	107,2	123,0	102,4	54,1	95,2
Nordeste	< 1 ano	8,3	41,3	19,0	15,5	23,0	13,9
	01 a 04	0,6	1,8	1,5	0,9	2,1	0,9
	05 a 14	0,3	0,7	0,4	0,4	0,4	0,4
	15 a 29	1,5	3,0	2,0	1,9	2,6	1,9
	30 a 44	2,2	3,5	2,7	2,6	3,7	2,6
	45 a 59	5,1	7,2	6,8	5,7	6,9	5,7
	60 a 69	12,3	17,1	16,5	14,0	17,8	13,9
	70 a 79	24,9	33,8	31,9	30,5	33,9	28,9
	80 ou mais	69,2	92,6	105,1	88,9	104,8	81,8
Sudeste	< 1 ano	8,5	37,4	16,6	14,2	30,2	11,8
	01 a 04	0,5	2,0	1,1	0,8	3,9	0,7
	05 a 14	0,3	0,7	0,4	0,3	0,3	0,3
	15 a 29	1,1	2,6	1,4	1,6	3,6	1,4
	30 a 44	1,7	3,6	1,9	2,5	5,0	2,2
	45 a 59	5,1	8,5	5,5	6,7	8,6	5,9
	60 a 69	12,7	20,3	11,6	17,1	17,2	14,6
	70 a 79	28,8	39,8	24,8	38,2	47,8	32,0
	80 ou mais	77,3	94,9	82,8	104,2	106,2	84,4
Sul	< 1 ano	9,7	33,6	18,6	19,02	31,2	11,7
	01 a 04	0,5	1,5	1,1	0,8	3,9	0,6
	05 a 14	0,3	0,7	0,3	0,4	0,9	0,3
	15 a 29	1,3	3,0	1,6	2,3	3,4	1,6
	30 a 44	1,9	4,1	2,7	3,1	4,0	2,2
	45 a 59	5,3	9,8	5,4	7,4	10,4	5,8
	60 a 69	14,2	22,8	12,4	19,4	18,5	15,2
	70 a 79	33,1	46,3	28,7	43,2	42,0	34,8
	80 ou mais	89,0	108,2	82,0	116,4	72,7	92,4
Centro-Oeste	< 1 ano	7,9	51,7	20,6	16,1	25,2	13,0
	01 a 04	0,6	2,0	0,9	0,8	4,2	0,8
	05 a 14	0,3	0,9	0,4	0,4	0,8	0,4
	15 a 29	1,5	3,0	1,6	1,9	3,3	1,8
	30 a 44	2,0	3,2	2,6	2,5	4,1	2,4
	45 a 59	4,8	7,6	7,1	6,2	8,1	5,7
	60 a 69	13,2	18,9	18,5	17,0	17,6	15,4
	70 a 79	28,9	41,3	42,3	38,1	33,7	33,7
	80 ou mais	85,4	104,0	104,9	109,8	75,1	96,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

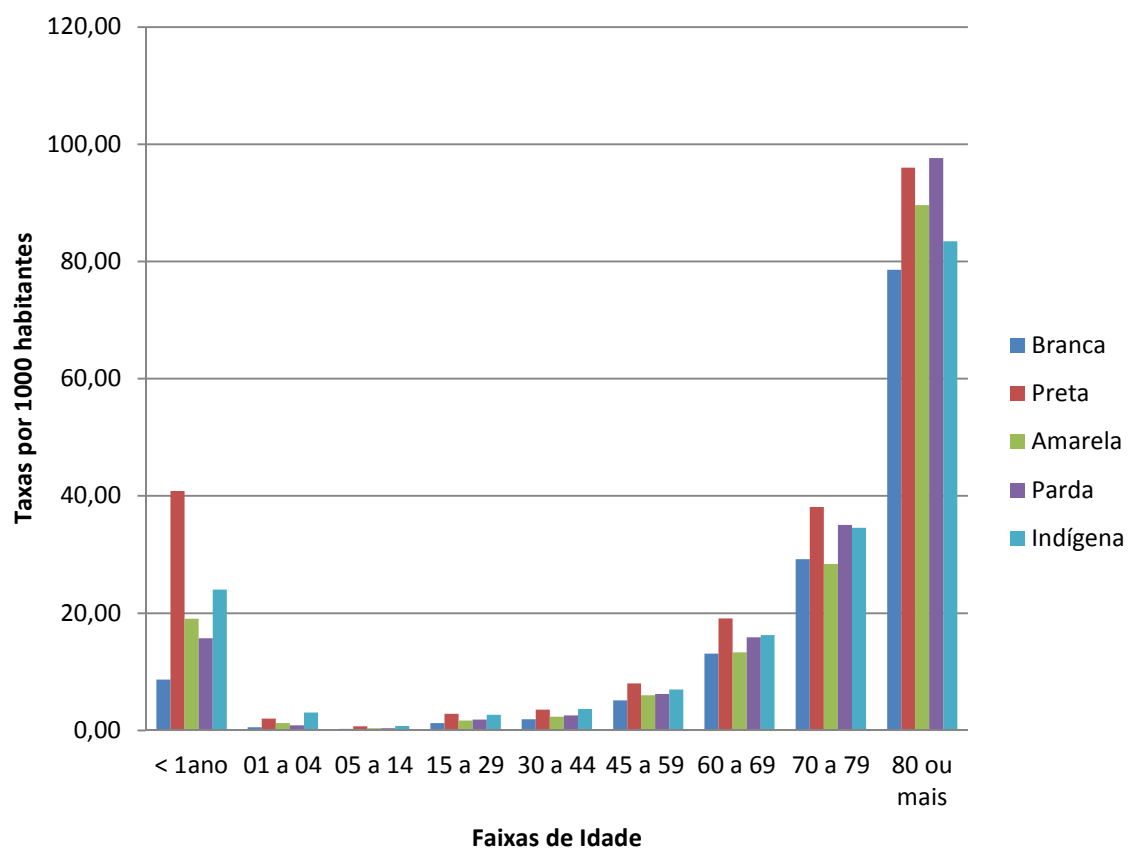
Obs: Taxas por 1000 habitantes.

Tabela 4.8. Razões de mortalidade padronizada entre os óbitos observados/ esperados segundo cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Regiões	Cor ou raça				
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Norte	0,95	1,22	1,55	0,86	0,81
Nordeste	0,87	1,13	1,69	0,80	1,75
Sudeste	0,72	0,99	1,15	1,08	1,72
Sul	0,77	1,18	1,64	1,82	1,52
Centro-Oeste	0,82	1,14	1,66	0,94	0,98
Brasil	0,76	1,07	1,38	0,94	1,21

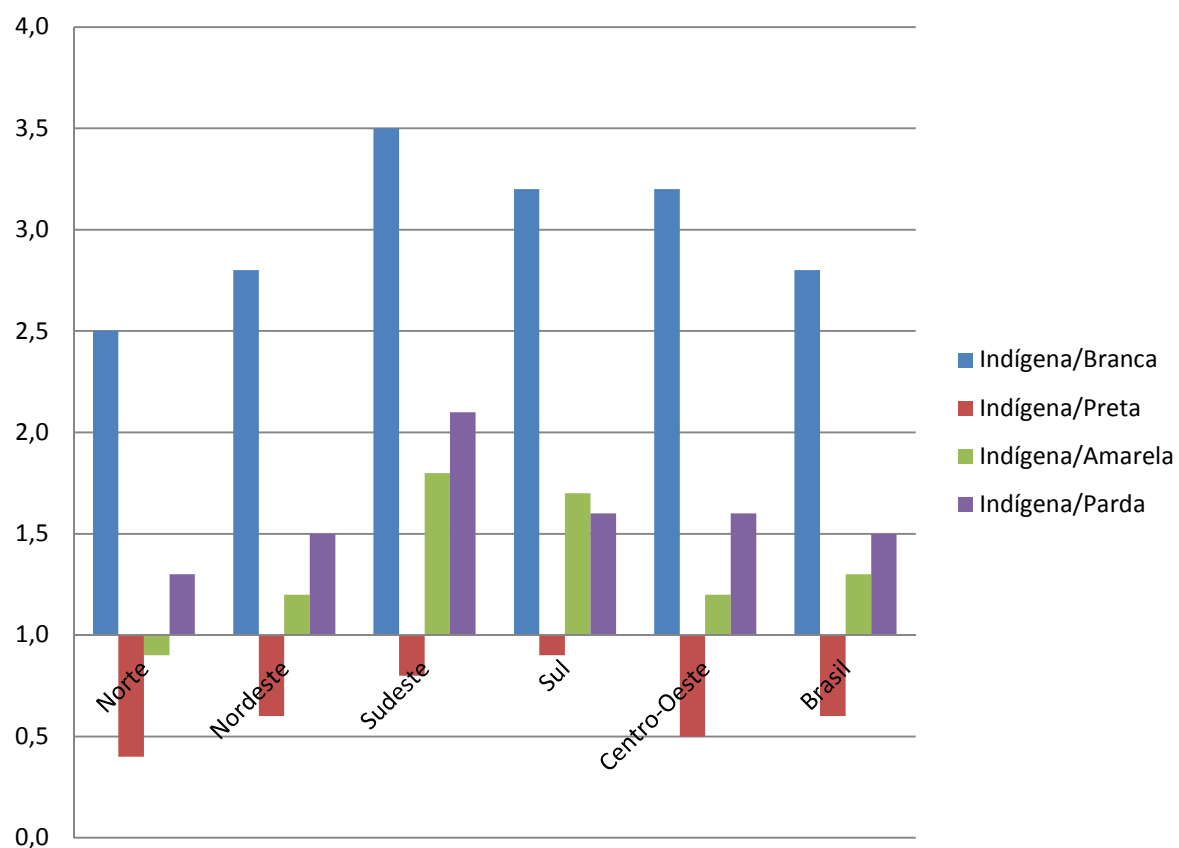
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e SIM-DATASUS, 2009- 2010.

Figura 4.1. Taxas de mortalidade por faixas de idade segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Brasil e regiões, 2010.



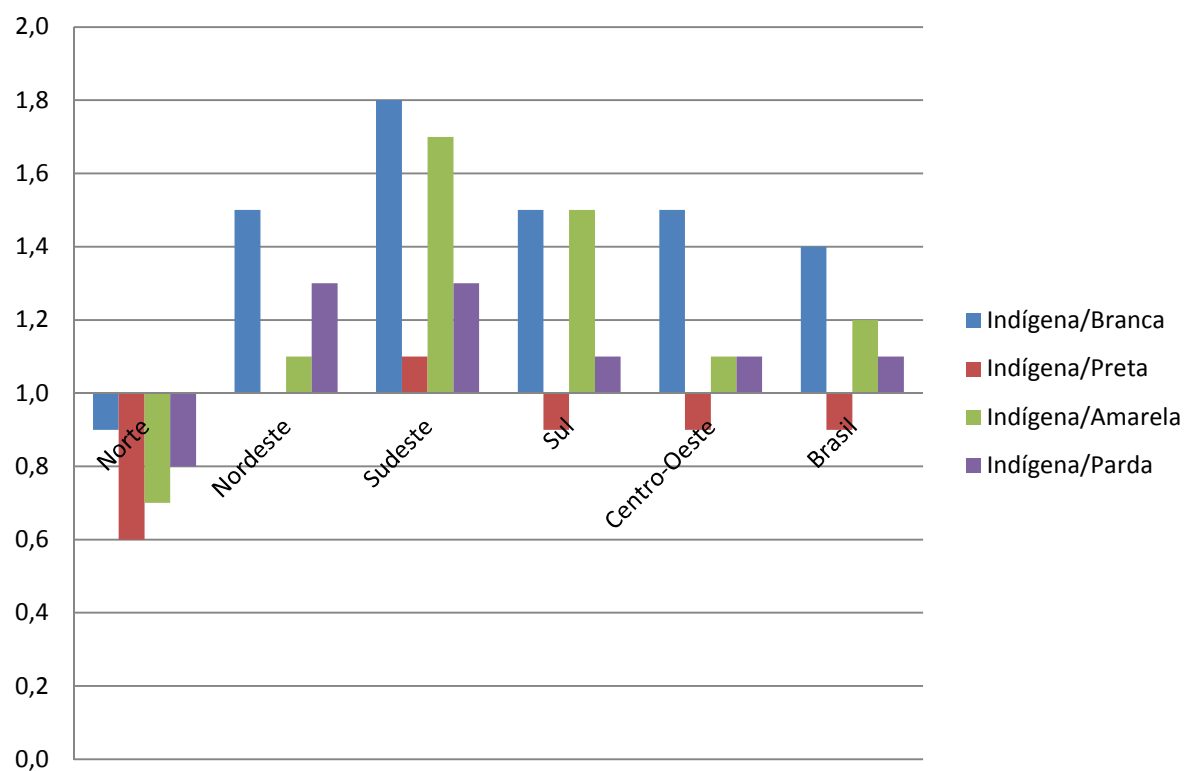
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Figura 4.2. Razões entre as taxas de mortalidade de indígenas menores de 1 ano de idade/demais categorias de cor ou raça. Brasil e regiões, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Figura 4.3. Razões entre as taxas de mortalidade de indígenas/demais categorias de cor ou raça. Brasil e regiões, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

5. ARTIGO 2

Comparação da mortalidade infantil segundo cor ou raça no Brasil a partir dos dados do Censo 2010 e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

5.1. Introdução

Como amplamente reconhecido, a taxa de mortalidade infantil, é um importante indicador das condições de vida de uma população, que expressa não só o nível de saúde de uma sociedade, mas também o seu padrão socioeconômico. É usada universalmente como um índice de desenvolvimento, sendo empregada tanto para monitorar tendências internas de um país, como também em comparações internacionais (Szwarcwald et al., 1997; Duarte, 2007; Victora et al., 2011).

No Brasil, aconteceu uma substantiva redução nas taxas de mortalidade infantil ao longo das últimas décadas, caindo de 82,8 óbitos/1000 nascidos vivos na década de 1980 para 15,3/1000 nascidos vivos em 2011. Nesse período, as desigualdades regionais também diminuíram, assim como as disparidades sociais, embora em menor grau. Decréscimos muito pronunciados foram observados para algumas causas de morte, particularmente para as doenças infecciosas, mas foram acompanhados por reduções menores nos óbitos neonatais e pelo aumento da ocorrência de nascimentos pré-termo (Simões, 2003; Boing e Boing, 2008; Victora et al., 2011; RIPSa, 2014).

Demais fatores como ampliação dos programas de atenção à saúde, a redução continuada da fecundidade e as melhorias das condições de vida da população também contribuíram para a redução da mortalidade infantil no país (Andrade, 2006; Victora et al., 2011; Carneiro et al., 2012).

Em investigações sobre desigualdades em saúde no Brasil, a análise de determinantes socioeconômicos como renda, educação, ocupação e condições de moradia tem merecido destaque, com resultados apontando classes menos favorecidas sempre em desvantagem em relação às mais ricas (Szwarcwald, 1997; Duarte, 2007).

Entretanto, somente em períodos mais recentes como nas últimas duas décadas, observa-se no Brasil um crescente interesse em analisar as condições de saúde de povos indígenas, inclusive no que diz respeito à ocorrência de desigualdades em relação aos demais segmentos da sociedade brasileira. Uma das principais barreiras enfrentadas diz respeito à disponibilidade de dados confiáveis para a geração de indicadores de condições de vida. Mesmo diante dessa dificuldade, diversos estudos, com base em dados demográficos, quer sejam de origem secundária, ou a partir de estudos em comunidades selecionadas, têm revelado marcantes perfis de desigualdade de indígenas em relação à população não indígena em geral (ver Pagliaro et al., 2005; Cardoso et al., 2012; Basta et al., 2012; Coimbra Jr et al., 2013; Machado et al., 2009; Dias et al., 2010;

Cardoso et al., 2010, Cardoso et al., 2011; Ferreira et al., 2011; Souza et al., 2010. Souza et al., 2011; Basta et al., 2012).

Uma importante iniciativa para ampliar a disponibilidade de informações sobre cor ou raça no Brasil foi a inclusão deste quesito nos censos decenais. Uma pergunta sobre a ocorrência de óbito nos domicílios particulares no ano anterior à entrevista censitária, investigada anteriormente apenas no questionário da amostra do Censo de 1980, foi também incluída (Queiróz e Sawyer, 2012). Para o Censo de 2010, a variável sobre cor ou raça que foi investigada em censos anteriores, apenas no questionário da amostra, e o quesito sobre óbitos nos domicílios particulares passaram a ser pesquisados também no questionário básico do universo, significando que toda população foi pesquisada nesses quesitos (IBGE, 2011). Em investigação sobre mortalidade segundo cor ou raça com dados oriundos do Censo 2010, os resultados mostraram que pretos e indígenas apresentaram as mais elevadas taxas de mortalidade geral padronizada e por faixas de idade em todas as regiões do país, com destaque para menores de um ano de idade (Caldas et al., 2012).

O presente estudo tem por objetivo estimar a mortalidade infantil com ênfase na comparação da magnitude das desigualdades segundo cor ou raça a partir dos dados do Censo de 2010, assim como dos dados dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde para o mesmo período (SIM e SINASC).

5.2. Metodologia

O Censo 2010 envolveu a coleta de dados relativos a 67,6 milhões de domicílios dos 5.565 municípios existentes no país. A investigação teve como referência a data de 31 de julho de 2010. O Censo 2010, em relação ao conteúdo das entrevistas, teve como no censo anterior, dois modelos de questionário: básico e da amostra. O básico, com 37 perguntas, foi aplicado em todos os domicílios brasileiros. O da amostra, com 108 perguntas, foi respondido por uma parte (amostra) da população. O questionário básico apresentou perguntas sobre as características de todos os moradores (sexo, idade, cor ou raça, educação e rendimento) e características dos domicílios (abastecimento de água, esgotamento sanitário, existência de energia elétrica e destino do lixo). E, pela primeira vez, apresentou perguntas sobre emigração internacional, mortalidade, posse de documento de registro de nascimento, etnia e língua indígena. Já o questionário da amostra, continha perguntas mais abrangentes sobre características dos domicílios e dos moradores. O quesito/variável cor ou raça, com as opções das categorias branca, preta,

amarela, parda, indígena fez parte de ambos os questionários (ver IBGE, 2013). Para fins deste trabalho, a classificação de indígena envolveu somente a pergunta sobre cor ou raça, não tendo, portanto, sido incluídos aqueles indivíduos classificados como indígenas através do quesito “se considera” (pergunta 6605 do questionário básico feita em terras indígenas se o entrevistado não se classificava como indígena no quesito cor ou raça (IBGE, 2012).

A coleta de dados sobre a ocorrência de óbitos nos domicílios nos doze meses anteriores à entrevista envolveu as perguntas, presentes tanto no questionário básico como no da amostra. Foram coletados o número, o sexo e a idade dos falecidos no período de 12 meses anteriores à data de referência, ou seja, cobriram o período de 01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010. Uma vez que não foram coletados dados acerca da cor ou raça do falecido, para fins do presente trabalho atribuiu-se ao falecido a mesma cor ou raça do morador identificado como o responsável pelo domicílio.

Para o cálculo das taxas de mortalidade infantil (TMI) a partir do Censo 2010, foram selecionadas as frequências de óbitos de menores de 1 ano ocorridos nos domicílios particulares. Uma vez que categorias como amarela e indígena apresentam baixas frequências na população total do país, inferiores a 1%, o que se reflete em uma reduzida frequência absoluta de óbitos, optou-se por analisar os dados derivados do universo com o intuito de minimizar as variações associadas aos procedimentos de amostragem do Censo 2010.

Para compor os denominadores para o cálculo das TMI segundo o Censo 2010, foram selecionadas as frequências da variável V6664 (existência de filho tido nascido vivo no período de referência de 12 meses anteriores a 31 de julho de 2010) segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio. Já que essa variável consta na investigação do tema "Fecundidade" pertencente ao questionário da amostra, as frequências foram geradas a partir dos microdados da amostra por meio de rotinas para amostras complexas do programa SAS[®], versão 9.3.

O banco de frequência de óbitos do Censo 2010 foi criado a partir de dados obtidos no Banco Multidimensional de Estatísticas (BME). O BME é uma base de dados formada por microdados originados nas pesquisas estatísticas efetuadas pelo IBGE e pela metainformação associada a sua produção. O acesso ao BME pode ser feito por assinatura ou na forma de acesso público, através do portal do IBGE. Através da assinatura do BME o usuário pode visualizar a metainformação das pesquisas e gerar tabelas de resultados. Através do acesso público, o usuário pode visualizar a

metainformação das pesquisas, para conhecer o conteúdo do BME, não podendo gerar tabelas de resultados (<http://loja.ibge.gov.br/banco-multidimensional-de-estatisticas-bme.html>, acesso em 17-04-2012). No presente estudo os dados foram obtidos mediante a modalidade de assinatura trimestral junto ao BME.

De modo a assegurar comparabilidade temporal com os dados censitários, foram selecionados os registros de óbitos disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no período de 01 de agosto de 2009 a julho de 2010 por meio da ferramenta TABWIN. Foram seguidos os seguintes procedimentos para lidar com os registros de dados de cor ou raça e idade ignorados. Inicialmente, foram selecionados todos os registros de óbito, segundo as cinco categorias de cor ou raça além da cor ou raça que era ignorada, e segundo faixas de idade do estudo de Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease - GBD) (Murray et al., 2012), ou seja: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 14 anos, 15 a 29 anos, de 30 a 44 anos, de 45 a 59 anos, de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais, além de idade ignorada de acordo com cada Unidade da Federação (UF), no período sob análise. Em seguida procedeu-se uma redistribuição proporcional da idade ignorada no âmbito de categoria de cor ou raça e de cada UF. A seguir foram redistribuídos proporcionalmente os óbitos por cor ou raça ignorados em cada UF. Por fim, após a seleção dos registros de óbitos de menores de 1 ano, também em cada UF, foram aplicados os fatores de correção para subnotificação de óbitos propostos por Szwarcwald et al. (2011).

Para compor os denominadores para cálculo das TMI do SIM, foram obtidas as frequências de nascidos vivos oriundas do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS do Ministério da Saúde para o ano de 2010, de acordo com as UF. Tal como nos óbitos, os nascidos vivos cuja cor ou raça era ignorada foram redistribuídos proporcionalmente entre as categorias de cor ou raça. A seguir, foram aplicados fatores de correção para subnotificação de nascidos vivos por UF (Szwarcwald et al., 2011). Os dados foram processados utilizando o pacote estatístico IBM SPSS® versão 20 e software Excel 2007®.

Adicionalmente com o objetivo de análises em recortes geográficos com maior concentração de indígenas, foram selecionados por meio de acesso ao Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) aqueles municípios que de acordo com o Censo de 2010 apresentavam pelo menos 5% de sua população constituída por indígenas. Em seguida, foram gerados a partir das bases do SIM e do SINASC os dados referentes a óbitos de menores de 1 ano de idade e de nascidos vivos nesses municípios, tomando-se

como referência o mesmo período do Censo de 2010 (isto é, de 01 de agosto de 2009 a 31 de julho de 2010). Os mesmos procedimentos de redistribuição de cor ou raça ignorada e de fatores de correção de nascidos vivos e óbitos foram aplicados nos dados dos municípios. Após agrupar os municípios por regiões geográficas, foram calculadas as taxas de mortalidade infantil segundo cor ou raça.

Devido a não observação de óbitos de amarelos e ao pequeno número de óbitos de pretos (n=20), as TMI dos municípios selecionados foram calculadas agregando-se: (a) “brancos e amarelos” e (b) “pretos e pardos”. Adicionalmente, foi criado um estrato de análise agregando-se os dados das regiões Sudeste e Sul devido ao pequeno número de óbitos nos municípios dessas regiões para todas as categorias de cor ou raça (n=63).

Vale ressaltar que não foi possível conduzir as análises sobre óbitos infantis nos municípios com pelo menos 5% de indígenas a partir dos dados censitários. Devido ao nível de desagregação das informações, ou seja, óbitos de menores de 1 ano de idade por cor ou raça segundo municípios, as matrizes geradas apresentaram uma grande quantidade de células com valores inferiores a cinco observações. Segundo as regras de sigilo de divulgação no Banco Multidimensional de Estatísticas (BME) – IBGE, quando o número de observações é inferior a aqueles valores, a divulgação não é disponibilizada.

5.3. Resultados

Os dados do universo do Censo 2010 indicaram a ocorrência de 35.312 óbitos em menores de 1 ano de idade (Tabela 5.1). As categorias branca e parda concentraram aproximadamente 85% dos óbitos e não foram observados casos com categoria de cor ou raça ignorada. Quanto ao SIM, foi observada uma quantidade maior de óbitos (41.379), sendo 11,9% dos casos sem informação quanto à cor ou raça. Ao se proceder a redistribuição da cor ou raça ignorada, bem como aplicar os fatores de correção, os óbitos totalizaram 45.574. As frequências de óbitos de menores de 1 ano de idade representaram 3,4% e 3,7% dos óbitos de todas as idades, respectivamente, no Censo de 2010 e no SIM. A comparação dos dados do Censo 2010 com este total a partir do SIM indicou que as diferenças em valores relativos mais expressivas ocorreram para brancos (35,6% no Censo 2010 e 43,9% no SIM), pretos (11,9% e 2,7%) e amarelos (1,1% e 0,1%). Pardos (50,0% e 51,7%) e indígenas (1,3% e 1,5%) apresentaram frequências bastante próximas nas duas fontes. A frequência de óbitos de menores de 1 ano captada pelo IBGE, segundo a cor ou raça do responsável pelo domicílio, foi comparada com a

frequência de óbitos captada pelo SIM, segundo a cor ou raça do falecido, após redistribuição da cor ou raça ignorada. A frequência captada pelo IBGE foi menor em brancos (33%), em pardos (15%), em indígenas (22%) e no Brasil como um todo (15%). A frequência foi 3,7 vezes maior em pretos e 7,8 vezes em amarelos (Tabela 5.1).

O Censo registrou 2.662.167 nascidos vivos (NV). As categorias branca e parda registraram aproximadamente 88% do total. Tal como os óbitos, não foram observados nascidos vivos cuja cor ou raça era ignorada. O SINASC registrou um número maior de nascidos vivos (sem correção de subnotificação) (2.861.426), sendo que brancos e pardos concentraram 97,7% do total. A frequência de nascidos vivos captada pelo Censo foi 7% menor que a registrada pelo SINASC. Quanto às diferenças entre as duas fontes de informação, segundo cor ou raça, a frequência captada pelo Censo foi 17% menor em brancos e 15% em pardos. Em pretos e amarelos foram captados pelo Censo, respectivamente, 5,8 e 5,4 vezes mais nascidos vivos. Em indígenas a frequência de nascidos vivos foi 28% maior (Tabela 5.2).

Em suma, a frequência de óbitos e nascidos vivos registrados pelo Censo 2010 foi menor que a registrada no SIM em brancos e pardos, e maior em pretos e amarelos. Em indígenas a frequência de óbitos em menores de 1 ano captada pelo Censo foi menor que o SIM. Entretanto quanto aos nascidos vivos, a frequência foi maior que a captada pelo SINASC.

Quanto às TMI calculadas a partir dos dados do Censo 2010, observa-se que os valores mais baixos e mais altos foram observados, respectivamente, na região Sul (12,0/1.000 NV) e Norte (16,7/1000) (Tabela 5.3). Nas demais regiões, nota-se um incremento nas TMI no sentido Sudeste - Centro-Oeste - Nordeste. Em todas as regiões, os indígenas apresentaram as taxas mais elevadas, enquanto que as mais baixas foram aquelas da categoria branca. As TMI para pretos se mostraram as mais elevadas após aquelas dos indígenas, com exceção da categoria parda no Sul. Em geral, as TMI para a categoria amarela são as que mais se aproximam dos valores para a categoria branca, com exceção da região Norte. Para o país como um todo, os valores de TMI variaram de 11,5 para a categoria branca, a 23,0 para a categoria indígena, totalizando 13,3/1000 NV. A TMI calculada a partir dos dados do SIM (15,3/1000) para o país como um todo se mostrou ligeiramente superior àquela derivada dos dados do Censo 2010 (Tabela 5.3). A distribuição dos valores apresentou ordem semelhante àquela evidenciada a partir dos dados censitários, com incremento na direção Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Indígenas apresentaram as mais elevadas TMI em todas as regiões,

com exceção do Nordeste, onde a taxa para a categoria preta foi de 38,4/1000 NV. A categoria preta apresentou valores de TMI mais elevados do que brancos amarelos e pardos em todas as regiões, menos do Sul. Com exceção do Norte, as TMI mais baixas foram observadas para a categoria amarela. Para o país como um todo, a categoria amarela apresentou a TMI mais baixa (9,4/1000), enquanto que aquela para indígenas se mostrou a mais elevada (40,6/1000). As categorias branca e parda apresentaram TMI com valores próximos (14,8 e 15,1/1000 respectivamente), enquanto a da categoria preta foi substancialmente mais elevada (26,2/1000).

Quando se agregam as categorias, branca, preta, amarela e parda (não indígenas) e se compara com indígenas, os resultados oriundos dos dados censitários indicam as maiores TMI para indígenas em todas as regiões. As TMI têm variações regionais com a mais baixa no Sudeste com aumento no sentido Nordeste, Sul, Norte, e a mais elevada no Centro-Oeste (Tabela 5.4).

Quanto aos dados do SIM as TMI de indígenas são as mais elevadas em todas as regiões quando comparadas com demais grupos, sendo a mais baixa no Sudeste/Sul aumentando em direção ao Nordeste, Norte e Centro-Oeste (Tabela 5.4).

Os valores das TMI derivadas dos dados do Censo 2010 e do SIM por região, sem considerar o recorte de cor ou raça, se mostraram relativamente próximos, em geral com razões de 0,79-1,01 (Tabela 5.5). Por outro lado, foram observadas diferenças importantes ao se realizar as comparações segundo cor ou raça. De uma maneira geral, com exceção da categoria amarela e para as categorias preta e parda na região Sul, as TMI calculadas a partir dos dados censitários tenderam a se mostrar inferiores àquelas derivadas do SIM. No caso das regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste, as razões dos dados censitários em relação ao SIM para a categoria amarela foram superiores a 1,69, chegando a 2,58 no Centro-Oeste.

A Figura 5.1 compara as TMI por cor ou raça para o país como um todo segundo SIM e o Censo de 2010, com ordenamento, em ordem crescente, a partir dos dados do SIM. Conforme já apontado, com exceção da categoria amarela, as TMI a partir dos dados do Censo 2010 são sempre inferiores. Em geral, o ordenamento evidencia o mesmo padrão, com exceção também da categoria amarela, que no caso dos dados censitários apresentou uma TMI intermediária entre brancos e pardos.

Foram identificados 167 municípios em todo o país com pelo menos 5% de população indígena. O total de indígenas habitantes desse conjunto de municípios representa 55,1% da população indígena no Brasil. Quanto à situação do domicílio

84,7% de indígenas nestes municípios residiam em domicílios rurais. Houve registro de óbitos de menores de 1 ano de idade segundo o SIM em todas as categorias em 144 municípios, sendo 56 no Norte; 35 no Nordeste; 4 no Sudeste; 17 no Sul; e 32 no Centro-Oeste. Não foram observados óbitos na categoria amarela. O total de óbitos infantis indígenas representou 71,2% de todos os óbitos de menores de um ano de idade deste segmento (Tabela 5.6).

Os resultados indicaram os indígenas com as maiores TMI em todas as regiões, exceto no Nordeste, onde foram observadas TMI mais elevadas nas categorias branca e amarela. A TMI de indígenas mais baixa foi observada no Nordeste. Quando se agregam todas as categorias e se compara com indígenas, estes têm as maiores TMI em todas as regiões (Tabela 5.8).

O padrão de mortalidade de indígenas, considerando as diferenças regionais, difere do padrão da população como um todo. Os resultados nacionais para indígenas oriundos do SIM e Censo e do conjunto de municípios segundo o SIM indicaram menores TMI de indígenas no Sudeste/Sul e Nordeste, com valores mais elevados no Norte e Centro-Oeste. Para o restante da população, a região Centro-Oeste ocupa uma posição intermediária, com taxas próximas das mais baixas (do Sudeste/Sul), enquanto as mais elevadas ocorreram no Nordeste e Norte.

No recorte populacional de indígenas do conjunto de municípios, em comparação com indígenas do Brasil como um todo, foram observadas TMI oriundas do SIM com valores próximos no Nordeste (30,8 e 30,9/1000 respectivamente), e Brasil (39,6 e 40,6). No Norte, a TMI do conjunto de municípios é 14% menor, e no Centro-Oeste e Sudeste/Sul, 11% e 21% maior, respectivamente (Tabelas 5.3 e 5.7).

5.4. Discussão

Há relativamente poucos estudos voltados para análises comparativas acerca da mortalidade infantil segundo recorte étnico-racial no país. Entretanto em períodos recentes, no plano dos debates sobre seus determinantes, esta questão tem merecido destaque. Não obstante, os estudos disponíveis apontam para TMI mais altas em crianças pretas e indígenas, mesmo após ajustes por outras variáveis como baixo peso ao nascer e aquelas de ordem socioeconômica (Barros et al., 2001; Simões; 2002; Adorno et al., 2004; Travassos e Williams, 2004; Chor e Lima, 2005; Araújo et al., 2009; Drumond et al., 2013).

Os resultados do presente estudo indicaram que as TMI de indígenas derivadas tanto dos dados do Censo IBGE e como do SIM, são mais elevadas que aquelas relativas aos demais segmentos da população brasileira, com destaque para as diferenças no Centro-Oeste e Norte. No caso das análises que focaram os municípios com maior presença indígena, também se observou níveis mais elevados para os indígenas (com exceção do Nordeste). Tais resultados são consistentes com indicadores que apontam altas prevalências de desnutrição como os resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado entre 2008 e 2009 no Brasil (Coimbra Jr., et al., 2013).

O Inquérito buscou caracterizar o estado nutricional e outros indicadores de saúde de crianças menores de cinco anos e mulheres indígenas de 14 a 49 anos de idade no Brasil. Muitos desfechos encontrados refletiram um padrão onde, indicadores de saúde de mulheres e crianças indígenas eram piores do que os registrados para a população geral brasileira, com importantes variações regionais. Entretanto entre as regiões, os resultados indicaram que as regiões Nordeste e Sudeste/Sul apresentaram entre todas as regiões, as menores prevalências para crianças menores de cinco anos de idade dos seguintes desfechos: baixo peso para idade, anemia, hospitalização no último ano, 1 hospitalização no último ano por diarreia e doença respiratória aguda. Além disso, residências do Nordeste e Sudeste tinham melhores escores socioeconômicos, e as mulheres indígenas possuíam mais anos de escolaridade do que as do Norte e Centro-Oeste (Coimbra Jr. et al., 2013).

Os resultados do Inquérito indicaram ainda que as prevalências de baixo peso e baixa estatura para idade foram maiores na Região Norte do Brasil nos domicílios de estratos socioeconômicos mais baixos, com piores condições sanitárias, com mães anêmicas, que tiveram baixo peso ao nascer e que foram hospitalizadas nos 12 meses anteriores à coleta dos dados. Em suma, as elevadas taxas de baixa estatura para idade foram similares às encontradas para o Brasil como um todo há décadas, antes de diversas ações de saúde serem implementadas e melhorarem as condições de saúde em todo o país. A baixa estatura foi associada com variáveis socioeconômicas, como renda, bens nas casas, educação e acesso a saneamento dentre outras, revelando a importância dos fatores sociais, econômicos e ambientais para a situação nutricional e de saúde dos povos indígenas (Horta et al., 2013).

Estudos realizados em comunidades específicas indicam que a TMI entre indígenas, apesar da tendência de queda em relação a anos anteriores, são muito

elevadas. Em estudo com dados do Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), sistema este, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2000, as TMI variaram, entre os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), de 18,3 óbitos/1000 nascidos vivos, para altos valores em torno de 100/1000. A média da TMI para o período de 2000 a 2009 apesar de tendência de queda se manteve elevada, em torno de 52,4/1000 nascidos vivos (Basta et al. 2012).

Dados do Censo 2000 e do DATASUS, em 15 municípios com maior percentual de população indígena no Brasil, foram utilizados para comparar indicadores demográficos e socioeconômicos, entre as pessoas que se autodeclararam brancas e as que se autodeclararam indígenas. Foram observadas TMI entre brancos, de 15,2/1000 nascidos vivos, enquanto indígenas apresentaram 45,3/1000 (Dias Jr. et al. 2010).

Entre os Kaiabi, povo indígena habitante do Parque Indígena do Xingu, para o período de 1970-99 a TMI foi igualmente elevada, registrando 32,8 óbitos/1000 nascidos vivos (Pagliaro, 2005). A TMI de indígenas Guarani habitantes de 83 aldeias do Sul e Sudeste do Brasil foi de 29,6/1000 nascidos vivos excedendo de 10-30% a TMI estimada para o Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país para os últimos dez anos. Diferente da composição da TMI para crianças brasileiras em geral, a magnitude da TMI Guarani pós-neonatal foi cinco vezes maior do que a neonatal precoce (Cardoso et al., 2011).

Estudo descritivo que utilizou dados de censos domiciliares e registros de estatísticas vitais da Fundação Nacional de Saúde indicou TMI média de 96,7 óbitos/1000 nascidos vivos no período de 1999 a 2004 para o povo Xavante habitante do estado do Mato Grosso (Souza et al., 2011).

O padrão de mortalidade de indígenas residentes no estado do Mato Grosso do Sul, segundo estado do Brasil em contingente populacional de indígenas, foi descrito por meio de estudo que utilizou dados do SIASI, no período de 2001 a 2007. A TMI no triênio de 2004-2006 foi de 48,9/1000 nascidos vivos, representando 2,5 vezes o verificado na população total do estado. O componente pós-neonatal respondeu por 62,8% dos óbitos infantis (Ferreira et al., 2011).

A inclusão de perguntas sobre óbitos no Censo 2010 é uma importante iniciativa, pois, dentre outros aspectos, pode permitir o aprofundamento das análises sobre a mortalidade infantil segundo cor ou raça no Brasil. Em particular, se comparado ao SIM, potencialmente possibilita investigar recortes espaciais, como urbano e rural, não disponível em outras bases.

Não obstante, como evidenciado pelos resultados deste trabalho, as TMI calculadas a partir dos dados do IBGE se comparados ao SIM se mostram bastante baixas, ainda que apresentem um gradiente similar segundo cor ou raça.

Comparando os dados sobre mortalidade infantil, sem considerar a cor ou raça, os resultados indicaram que, as razões entre as taxas calculadas segundo dados do Censo 2010, em relação ao SIM foram de 0,77 a 1,01 em todo o Brasil e nas regiões.

Entretanto as razões entre as TMI oriundas do Censo por cor ou raça em relação às TMI do SIM apresentaram por sua vez, grande variação. Especialmente para indígenas, as razões entre 0,54 a 0,79 reduzem a magnitude das TMI. Entretanto, embora os dados censitários tenham revelado TMI de menor magnitude, a direção das TMI de indígenas em todo o Brasil e nas regiões foi similar a indicada pelos dados do SIM, revelando uma situação de saúde desfavorável em relação ao restante da população brasileira.

Há que se destacar as diferenças na forma de coleta das informações em ambas as fontes. Os dados de Censo são obtidos por meio de entrevistas em visitas domiciliares, e a atribuição da cor ou raça se deu pela autodeclaração do entrevistado. No caso dos óbitos, a cor ou raça foi considerada como a mesma do responsável pelo domicílio. Por sua vez, o SIM é um sistema de informações criado pelo Ministério da Saúde em 1975, com o objetivo de centralizar informações sobre os óbitos, que pressupõe um fluxo contínuo de coleta, processamento, análise e divulgação de informações (Mello Jorge et al., 2007). No SIM a cor ou raça é declarada pelo atestante do óbito.

As limitações do uso da variável cor ou raça nos estudos de saúde têm sido apontadas por alguns autores. Dentre estas, a ausência de consenso sobre a melhor forma de classificação da variável, ou seja, autoclassificação *versus* classificação realizada por entrevistadores (heteroclassificação), quando se postula que a melhor abordagem depende do objetivo do estudo (Travassos e Williams, 2004; Maio, 2005; Chor e Lima, 2005; Braz et al., 2013).

A consistência entre autoclassificação e heteroclassificação de cor ou raça foi um dos objetivos do estudo realizado por Bastos et al. (2008) no sul do Brasil. Dentre os resultados, indivíduos autodeclarados brancos tiveram maior probabilidade de serem consistentemente declarados como brancos pelos entrevistadores do que pretos e pardos nesta ordem. Houve uma tendência geral de "embranquecimento": quando os entrevistadores davam uma diferente classificação para os autoclassificados pardos, eles

escolhiam a categoria “branco” 1,4 vezes mais do que a categoria “preto”. Em relação aos autodeclarados pretos, os entrevistadores no caso de inconsistência tenderam a classificá-los como brancos 1,5 vezes mais do que como pardos. No geral a tendência de "embranquecimento" se deu mais pelos entrevistadores do que pelos entrevistados.

Conforme já apontado por Victora et al. (2011), coeficientes de mortalidade na infância, no Brasil decresceram acentuadamente nas últimas três décadas quando a saúde infantil passou a ser prioridade na agenda política do país. Nesse período, as desigualdades regionais também diminuíram, assim como as disparidades sociais, embora em menor grau. Decréscimos muito pronunciados foram observados para algumas causas de morte particularmente para as doenças infecciosas. A melhoria nos indicadores de saúde infantil no Brasil nas últimas décadas não se deu somente pelo aumento de cobertura dos serviços de saúde, mas também pela melhoria nas condições de renda e educação. Essas políticas parecem não ter alcançado os povos indígenas no país, de acordo com os indicadores apresentados, apesar de sua relevância social e cultural.

A partir das análises aqui detalhadas, conclui-se que a inclusão no questionário do universo do Censo 2010 da pergunta sobre cor ou raça representou um grande avanço no conhecimento sobre diversos aspectos da diversidade étnica do país. Inquestionavelmente, houve grande melhoria na cobertura do quesito sobre mortalidade comparado com o Censo de 1980. Entretanto, os valores da TMI a partir dos dados do Censo 2010 são bastante inferiores àqueles obtidos a partir do SIM. Não obstante, além de ambas as fontes apresentarem paralelos no padrão de diferença indígena *versus* não indígenas ao se abordar um conjunto de municípios com maior presença indígena, confirma-se as diferenças observadas em escala nacional. As TMI oriundas dos dados do SIM se mostraram consistentes com resultados de estudos em comunidades específicas especialmente quanto à magnitude e às diferenças das TMI de indígenas em relação a demais segmentos de sociedade nacional. Entretanto, as taxas podem ainda ser superiores, pois há a possibilidade de maior subnotificação de óbitos entre indígenas, resultando em subestimação das TMI oriundas do SIM, uma vez que os fatores de correção de óbitos aplicados nesse estudo não são específicos segundo cor ou raça. Cabe destacar a ausência de informação sobre cor ou raça do falecido no Censo. O critério de utilização da cor ou raça do responsável pelo domicílio como a mesma do falecido originou taxas de mortalidade cuja magnitude foi inferior ao SIM, especialmente quanto aos indígenas. Os resultados indicaram que persistem as desigualdades nas condições de

vida experimentadas pela população indígena no Brasil em especial as crianças, quando se compara com os dados do restante da população brasileira.

Tabela 5.1. Frequências de óbitos em crianças menores de 1 ano por cor ou raça a partir dos dados do Censo 2010 e do SIM. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	IBGE (a)	SIM			Razão IBGE/SIM (a/b)	Razão IBGE/SIM (a/c)	Razão IBGE/SIM (a/d)
		Original (b)	Redistribuídos cor ou raça e idade (c)	Redistribuídos + Correção (d)			
Branca	12578 (35,6%)	16916 (40,9%)	18756 (45,3%)	19986 (43,9%)	0,74	0,67	0,63
Preta	4214 (11,9%)	1001 (2,4%)	1143 (2,8%)	1245 (2,7%)	4,24	3,69	3,38
Amarela	390 (1,1%)	45 (0,1%)	50 (0,1%)	55 (0,1%)	8,67	7,80	7,09
Parda	17654 (49,9%)	17891 (43,2%)	20816 (50,3%)	23582 (51,7%)	0,99	0,85	0,75
Indígena	476 (1,3%)	567 (1,4%)	614 (1,5%)	705 (1,5%)	0,84	0,78	0,68
Ignorada	0	4959 (11,9%)	-	-	-	-	-
Brasil	35312 (100%)	41379 (100%)	41379 (100%)	45574 (100%)	0,86	0,85	0,77

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e DATASUS-SIM, 2009-2010.

Tabela 5.2. Frequências de nascidos vivos por cor ou raça a partir dos dados do Censo 2010 e do SINASC. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	IBGE Amostra-a	SINASC			Razão IBGE/SIM (a/b)	Razão IBGE/SIM (a/c)	Razão IBGE/SIM (a/d)
		Original -b	Redistribuído - c	Redistribuído+ corrigido- d			
Branca	1091696 (41,0 %)	1282040 (44,8%)	1320870 (46,2%)	1354785 (45,3%)	0,85	0,83	0,81
Preta	267538 (10,0 %)	43932 (1,5%)	45866 (1,6%)	47567 (1,6%)	6,09	5,83	5,62
Amarela	30430 (1,1%)	5411 (0,2 %)	5667 (0,2%)	5887 (0,2%)	5,62	5,37	5,17
Parda	1251770 (47,0%)	1388793 (48,5 %)	1472807 (51,5%)	1562808 (52,3%)	0,90	0,85	0,80
Indígena	20732 (0,8%)	15880 (0,6 %)	16216 (0,6%)	17373 (0,6%)	1,31	1,28	1,19
Ignorada	0	125370 (4,4 %)	-	-	-	-	-
Total	2662167 (100,0%)	2861426 (100,0%)	2861426 (100,0%)	2988419 (100%)	0,93	0,93	0,89

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e DATASUS-SINASC, 2009-2010.

Tabela 5.3. Taxas de mortalidade infantil (TMI) por cor ou raça, segundo Censo 2010 e SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Região	Cor ou raça					
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
CENSO 2010						
Norte	14,7	19,2	19,1	16,6	24,7	16,7
Nordeste	12,5	16,4	13,3	14,2	19,5	14,0
Sudeste	11,0	14,8	11,0	12,7	15,7	12,1
Sul	11,0	14,5	12,3	14,7	23,1	12,0
Centro Oeste	11,1	14,8	12,0	13,9	26,9	13,1
Brasil	11,5	15,8	12,8	14,1	23,0	13,3
SIM-DATASUS						
Norte	26,7	40,1	26,3	17,0	42,8	19,3
Nordeste	24,2	38,4	7,9	16,2	30,9	17,8
Sudeste	13,2	23,7	8,7	12,8	29,3	13,3
Sul	11,8	12,1	6,5	12,3	29,3	11,9
Centro Oeste	15,3	27,7	4,6	12,7	50,2	14,4
Brasil	14,8	26,2	9,4	15,1	40,6	15,3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e SIM e SINASC, 2009-2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos.

Tabela 5.4. Taxas de mortalidade infantil (TMI) por regiões, segundo não indígenas e indígenas, a partir do Censo 2010 e SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Região	Cor ou raça	
	Não Indígena	Indígena
CENSO-IBGE		
Norte	16,5	24,7
Nordeste	14,0	19,5
Sudeste	12,1	15,7
Sul	11,9	23,1
Centro-Oeste	12,9	26,9
Brasil	13,2	23,0
SIM-DATASUS		
Norte	18,6	42,8
Nordeste	17,8	30,9
Sudeste	13,3	29,3
Sul	11,9	29,3
Centro-Oeste	14,0	50,2
Brasil	15,1	40,6

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e SIM e SINASC, 2009- 2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos.

Tabela 5.5. Razões entre as taxas de mortalidade infantil (TMI) por cor ou raça a partir do Censo de 2010 e do SIM. Brasil e regiões, 2009- 2010.

Região	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte	0,55	0,48	0,73	0,98	0,58	0,87
Nordeste	0,52	0,43	1,69	0,88	0,63	0,79
Sudeste	0,83	0,62	1,27	0,99	0,54	0,91
Sul	0,93	1,20	1,88	1,20	0,79	1,01
Centro Oeste	0,73	0,54	2,58	1,10	0,54	0,91
Brasil	0,78	0,60	1,37	0,93	0,57	0,87

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e SIM e SINASC, 2009-2010.

Tabela 5.6. Frequências de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade segundo cor ou raça em municípios com pelo menos 5% de população indígena, após redistribuição de cor ou raça ignorada e aplicação dos fatores de correção para subnotificação de óbitos, a partir do SIM. Brasil e regiões, 2009-2010.

Região	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Norte (n=56)*	54	5	0	271	293	623
Nordeste (n=35)	60	10	0	216	55	341
Sudeste/Sul (n=21)	25	0	0	4	34	63
Centro-Oeste (n=32)	55	5	0	57	119	236
Total (n=144)	194	20	0	548	501	1263

Fonte: SIM 2009-2010.

* n=número de municípios.

Tabela 5.7. Taxas de mortalidade infantil segundo a cor ou raça em municípios com pelo menos 5% de população indígena, a partir do SIM. Brasil e regiões, 2009- 2010.

Região	Cor ou raça			
	Brancos+Amarelos	Pretos + Pardos	Indígenas	Total
Norte	19,5	18,2	37,6	24,2
Nordeste	32,3	19,8	30,8	22,7
Sudeste/Sul	13,2	9,3	35,5	19,2
Centro-Oeste	15,4	16,8	55,9	25,1
Brasil	19,2	18,5	39,6	24,2

Fonte: SIM e SINASC, 2009-2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos.

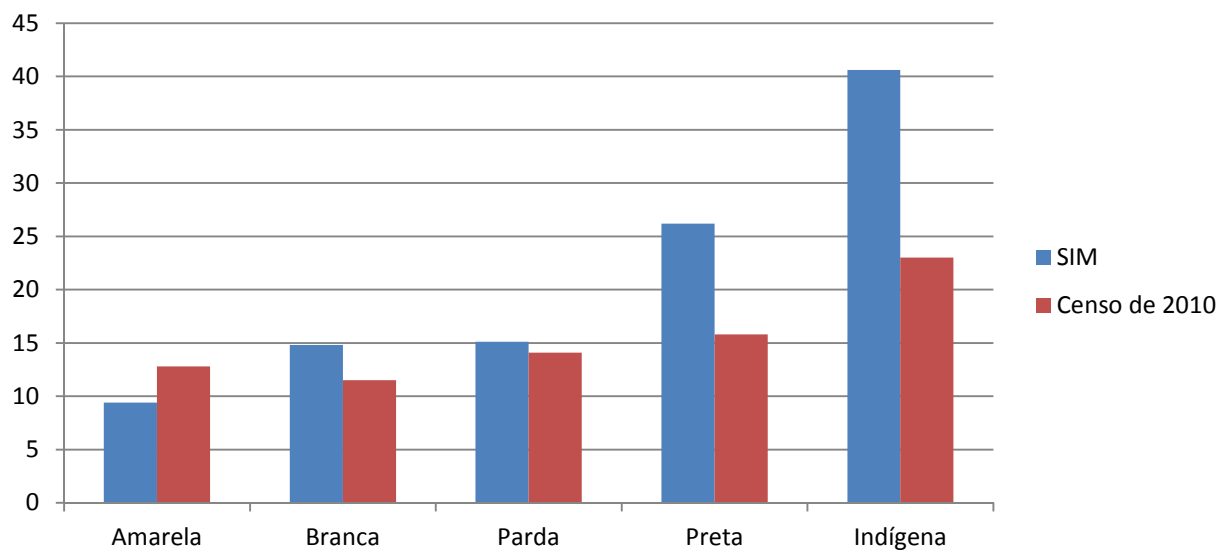
Tabela 5.8. Taxas de mortalidade infantil por regiões segundo indígenas e não indígenas em municípios com pelo menos 5% de população indígena, a partir do SIM. Brasil, 2010.

Região	Cor/ raça	
	Não Indígena	Indígena
Norte	18,4	37,6
Nordeste	21,6	30,8
Sudeste/Sul	12,5	35,5
Centro-Oeste	16,1	55,9
Brasil	18,7	39,6

Fonte: SIM e SINASC, 2009-2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos.

Figura 5.1. Comparação entre as taxas de mortalidade infantil (TMI) segundo a cor ou raça a partir do SIM e Censo 2010, Brasil, 2009-2010.*



* Ordenamento da menor para maior TMI, segundo dados do SIM.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos.

6. ARTIGO 3

Mortalidade infantil segundo componentes e causas básicas de óbitos de acordo com cor ou raça, a partir do SIM e SINASC (2009 a 2010).

6.1. Introdução

No campo das desigualdades nos indicadores de saúde, além das variáveis tradicionalmente envolvidas na ocorrência de mortalidade infantil, a produção de informações considerando variáveis socioeconômicas, vem compondo a agenda de prioridades no campo da saúde no Brasil e países em desenvolvimento nos últimos anos (Andrade; 2006; Santos et al., 2010; Garcia e Santana, 2011; Carneiro et al., 2013; O'Hare et al., 2013). Entretanto, estudos que considerem cor ou raça e etnia como variáveis relacionadas a desigualdades em saúde ainda são limitados, especialmente em nível nacional (Adorno et al., 2004; Travassos e Williams, 2004; Chor e Lima, 2005; Araújo et al., 2009; Wood et al., 2010).

A taxa de mortalidade infantil (TMI), tradicional indicador das condições de vida de uma população, definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, vem sendo reduzida acentuadamente no Brasil nas últimas décadas. A taxa anual de decréscimo foi de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990, e de 4,4% no período de 2000 a 2008 quando atingiu vinte mortes por mil nascidos vivos. No ano de 2011 a TMI foi de 15,3/1000 nascidos vivos (NV) (Costa, 2003; Duarte, 2007; Lansky e França, 2008; Victora et al., 2011; RIPSa, 2012).

Devido a multiplicidade de determinantes, para sua melhor compreensão, a TMI pode ser analisada segundo o componente neonatal, que envolve os óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias de vida por mil nascidos vivos, e o pós neonatal, quando o óbito ocorre entre 28 dias e menos de 1 ano de vida por mil nascidos vivos. O componente neonatal pode ainda ser analisado segundo a ocorrência de óbitos em dois períodos, entre 0 e 6 dias (neonatal precoce), e de 7 a 27 dias de vida (neonatal tardio).

A redução da mortalidade infantil no país vem ocorrendo principalmente no componente pós-neonatal. Dentre os fatores envolvidos nessa redução, encontram-se fatores ligados a condições de vida e fatores demográficos, como a melhoria nas condições socioeconômicas, na urbanização, nos sistemas de água e saneamento e redução nas taxas de fecundidade. Outros fatores ligados à área de saúde incluem, a promoção do aleitamento materno, terapia de hidratação oral e imunizações, além da implementação de programas para melhoria da saúde e nutrição infantil e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 1990 (Boing e Boing, 2008; Victora et al., 2011; Carneiro et al., 2012).

Por outro lado, as taxas de mortalidade do período neonatal apresentaram tendência de declínio muito lento, mantendo-se estabilizada em níveis elevados, com pouca modificação do componente neonatal precoce, que por sua vez ocupa papel importante na TMI no país. A proporção de óbitos neonatais dentre os óbitos de menores de 1 ano aumentou de cerca de 44 a 68% desde a década de 1980, até a de 2010. Fatores como deficiências de assistência ao acompanhamento pré-natal, às gestantes, ao parto e ao recém-nascido estão envolvidos na manutenção dessas taxas elevadas (Lanksy et al., 2002; França e Lansky, 2008; Victora et al., 2011; Brasil, 2012).

Como parte de recomendações nacionais e internacionais, variáveis como cor ou raça e etnia têm sido incluídas nos sistemas nacionais de informação em saúde como SIM e SINASC. Desde então tem havido aumento progressivo na proporção de informação desta variável em tais sistemas. Além disso, no Censo 2010 a pergunta sobre cor ou raça foi incluída no questionário do universo ao contrário dos anos anteriores quando era feita apenas do questionário da amostra (Santos e Pereira, 2005; Pereira et al., 2009; Mello Jorge et al., 2007; Santos e Teixeira, 2011; Braz et al., 2013).

Com relação aos povos indígenas, a potencialidade da utilização destas informações ainda é subestimada, frente à escassez de estudos que utilizem estas fontes de dados. Não obstante, os resultados dos estudos disponíveis oriundos de fontes diversas, indicam situação de desigualdade nas condições de saúde e indígenas em relação aos demais segmentos da população (Cardoso et al., 2005; Machado et al., 2009; Souza et al., 2009; Cardoso et al., 2010; Dias Jr et al., 2010; Souza et al., 2010; Souza et al., 2011; Cardoso et al., 2011; Ferreira et al., 2011; Basta et al., 2012; Coimbra Jr. et al., 2013; Horta et al., 2013).

O objetivo do presente estudo é analisar a mortalidade infantil e seus componentes de acordo com as causas básicas de óbitos segundo cor ou raça com ênfase nos indígenas, a partir das informações disponíveis nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde nos anos de 2009 e 2010 no Brasil.

6.2. Metodologia

Para o cálculo das TMI por componentes foram selecionados os registros de óbitos disponíveis no SIM-DATASUS no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2010 através da ferramenta TABWIN. Os óbitos foram selecionados segundo as faixas: de 0 a 6 dias (neonatal precoce), de 7 a 27 dias (neonatal tardio) e de

28 dias a 364 dias (pós-neonatal) e segundo as cinco categorias de cor ou raça (branca, preta, amarela, parda e indígena), de acordo com cada região geográfica, no período analisado. Os registros de óbitos de cor ou raça ignorados foram redistribuídos proporcionalmente entre as cinco categorias e de acordo em cada região geográfica. Em seguida segundo cada região geográfica, foram aplicados os fatores de correção para subnotificação de óbitos propostos por Szwarcwald et al. (2011).

Para compor os denominadores para cálculo das TMI foram obtidas as frequências de nascidos vivos oriundas do SINASC para os anos de 2009 e 2010, de acordo com cada região geográfica. Tal como nos óbitos, os nascidos vivos cuja cor ou raça era ignorada foram redistribuídos proporcionalmente entre as cinco categorias de cor ou raça. A seguir, foram aplicados fatores de correção para subnotificação de nascidos vivos por região (Szwarcwald et al., 2011). Adicionalmente, com o objetivo de análises em recortes geográficos com maior concentração de indígenas, foram selecionados por meio de acesso ao Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) aqueles municípios que de acordo com o Censo de 2010 apresentavam pelo menos 5% de sua população constituída por indígenas. Em seguida, foram gerados a partir das bases do SIM e do SINASC os dados referentes a óbitos de menores de 1 ano de idade por componentes e de nascidos vivos nesses municípios, no período de 2009 a 2010. Devido à baixa frequência de óbitos observada em pretos e amarelos nestes municípios, as análises referentes a estas categorias foram excluídas. Os mesmos procedimentos de redistribuição de cor ou raça ignorada e de aplicação de fatores de correção de nascidos vivos e óbitos foram aplicados nos dados referentes a estes municípios. Foram calculadas as TMI para este conjunto de municípios segundo cor ou raça em cada região do Brasil, a partir dos dados do SIM.

Para seleção das causas básicas dos óbitos neonatais foram selecionados 10 grupamentos de causas básicas "3 caracteres", baseado nas recomendações de França e Lansky (2008), que por sua vez se basearam em recomendações internacionais sobre os grupamentos de causas de óbitos mais importantes para este componente da MI. Os dados foram processados utilizando o pacote estatístico IBM SPSS® versão 20. Os seguintes grupamentos de causas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID 10) foram aplicadas nas proporções de óbitos de 0-6 dias e de 7-27 dias:

1. Prematuridade:

1.1. Prematuridade: P07- transtorno relacionado com a gestação de curta duração e baixo peso ao nascer não relacionado em outra parte;

1.2. Prematuridade e códigos relacionados: P22.0- Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido; P25- Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal; P26- Hemorragia pulmonar originada no período perinatal; P52- Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido; P77- Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido.

2. Infecções:

2.1. Infecções específicas do recém-nascido (RN): P35 a P39- Infecções específicas do período perinatal.

2.2. Outras infecções: A00 a A09- Doenças infecciosas intestinais; A33- Tétano do recém-nascido [neonatal]; A40- Septicemia estreptocócica; A41- Outras septicemias; A50- Sífilis congênita; P23- Pneumonia congênita; J12- Pneumonia viral não classificada em outra parte; J13- Pneumonia devida a *Streptococcus pneumoniae*; J14- Pneumonia devida a *Haemophilus influenzae*; J15- Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte; J16- Pneumonia devida a outros microorganismos infecciosos especificados não classificados em outra parte; J17- Pneumonia em doenças classificadas em outra parte; J18- Pneumonia por microorganismo não especificada; B20 a B24- Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]; G00- Meningite bacteriana não classificada em outra parte; G03- Meningite devida a outras causas e a causas não especificadas; G04- Encefalite, mielite e encefalomielite.

3. Asfixia/hipóxia:

3.1. Asfixia/hipóxia: P20- Hipóxia intrauterina; P21- Asfixia ao nascer.

3.2. Asfixia e códigos relacionados: P03- Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto; P10-P15- Traumatismo de parto; P24- Síndrome de aspiração neonatal; P01.7- Feto e recém-nascido afetados por apresentação anormal antes do trabalho de parto; P02.0- Feto e recém-nascido afetados por placenta prévia; P02.1- Feto e recém-nascido afetados por outras formas de descolamento da placenta e hemorragia; P02.4- Feto e recém-nascido afetados por prolapso de cordão umbilical P02.6- Feto e recém-nascido afetados por outras afecções do cordão umbilical e as não especificadas.

4. Mal formações congênitas: Q00 a Q99- Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

5. Afecções respiratórias do recém nascido (RN):

5.1. Afecções respiratórias originadas no período perinatal: P28- Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal;

5.2. Outros desconfortos respiratórios: P22.1- Taquipnéia transitória do recém-nascido; P22.8- Outros desconfortos respiratórios do recém-nascido; P22.9- Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido.

6. Fatores Maternos relacionados com a Gravidez:

6.1. Fatores Maternos relacionados com a Gravidez: P00- Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual; P01-Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez (P01.0-P01.6; P01.8-P01.9); P02-Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas (P02.2-P02.3; P02.7-P02.9); P04- Feto e recém-nascido afetados por influências nocivas transmitidas ao feto via placenta ou leite materno; P96.4- Interrupção de gravidez, afetando o feto e recém-nascido;

6.2. Crescimento fetal retardado e desnutrição: P05- Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal.

7. Transtornos Cardíacos originados no período perinatal: P029- Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal.

8. Afecções originadas no período perinatal não especificadas (NE): P969- Afecções originadas no período perinatal não especificadas.

9. Mal definidas: R00 a R99: Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

10. Demais causas: Todas as causas não selecionadas acima.

Devido à importância das infecções respiratórias e da desnutrição baseados em estudos sobre saúde dos povos indígenas, para a seleção das proporções de causas de óbitos do período pós-neonatal, foi feita a seguinte alteração nos grupamentos das infecções. Inicialmente os códigos J12 a J18 foram excluídos do grupamento infecções (2.2-outras infecções). Os códigos excluídos compuseram um grupamento denominado "infecções respiratórias". Adicionalmente foi criado o grupamento "desnutrição". Por

fim, os grupamentos de causas para o período pós-neonatal foram compostos pelas seguintes causas:

1. Infecções totais:

1.1. Infecções: o mesmo do item 2.1 acima, mais o item 2.2 (excluindo os códigos: J12 a J18).

1.2. Infecções Respiratórias: Códigos J09 a J18- Influenza [gripe] e pneumonia; J20 Bronquite aguda.

2. Mal formações congênitas: Q00 a Q99- Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

3. Mal definidas: R00 a R99: Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

4. Desnutrição: Códigos E40 a E46- Desnutrição.

5. Demais causas: Todas as demais não selecionadas acima.

6.3. Resultados

Os registros de óbitos ocorridos entre as idades de 0 a 364 dias obtidos a partir do SIM totalizaram 82.440 óbitos sendo 12,0 % cuja cor ou raça era ignorada. Após a redistribuição dos ignorados, entre as cinco categorias de cor ou raça e aplicação dos fatores de correção para subnotificação, o total de óbitos foi de 90.442. As maiores proporções foram observadas em brancos com 43,9%, e em pardos com 51,7 % de todos os óbitos. Entre indígenas a proporção foi de 1,6%, correspondendo a 1.466 óbitos em todo o Brasil (Tabela 6.1). O SINASC registrou a frequência de 5.743.449 nascidos vivos, sendo 4,7% cuja cor ou raça era ignorada. Após aplicação dos fatores de correção para subnotificação, a frequência total de nascidos vivos foi de 6.000.231, sendo 0,6% entre indígenas (Tabela 6.2). Segundo os dados do Censo de 2010, 167 municípios possuíam pelo menos 5% de população indígena. Entretanto os registros de óbitos nos menores de 1 ano de idade foram observados em 150 destes municípios, sendo que 57 se localizavam no Norte; 35 no Nordeste; 4 no Sudeste; 20 no Sul; 34 no Centro-Oeste. Foi observado que as proporções de óbitos e nascidos vivos em pardos e indígenas neste conjunto de municípios foram maiores em indígenas e pardos. Dos 2.181 óbitos registrados originalmente no SIM, 39,8% em pardos e 38,7% em indígenas. Nos 102.350 nascidos vivos registrados no SINASC, 56,7% em pardos e 23,0% em indígenas (Tabelas 6.12 e 6.13).

Dentre todos os componentes da mortalidade infantil, o período neonatal precoce foi o que apresentou as taxas de mortalidade mais elevadas em todas as regiões do país. No período de análise estudado a taxa de mortalidade neonatal (TMN) precoce foi de 8,0/1000 nascidos vivos no Brasil como um todo. O componente neonatal tardio apresentou entre todos os componentes a TMN mais baixa, sendo 2,4/1000 no Brasil. Quanto ao componente pós-neonatal, que já representou o principal componente da mortalidade infantil no país até o final da década de 1980, foi observada uma taxa de 4,7/1000 no Brasil como um todo (Tabela 6.3).

Em todos os componentes, as taxas de mortalidade mais baixas foram observadas na região Sul, com incremento na região Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. As taxas mais elevadas foram observadas na região Norte (Tabela 6.3).

Segundo a cor ou raça, as TMN precoce mais elevadas foram observadas em indígenas no Sudeste, no Sul e no Brasil como um todo, e em pretos nas regiões Norte e Nordeste e Centro-Oeste. Quanto à TMN tardia, foram observadas taxas mais elevadas em indígenas no Sul, Centro-Oeste e Brasil como um todo, em amarelos no Norte, e em pretos no Nordeste e Sudeste e (Tabela 6.3).

Os resultados mais contundentes e que representam as diferenças do risco de morrer antes de 1 ano de vida entre indígenas e demais categorias, são observados no componente pós-neonatal. Nesse componente, indígenas apresentaram as taxas mais elevadas em todas as regiões e no Brasil como um todo (Tabela 6.3).

As razões entre as TMI pós-neonatal de indígenas em relação ao total da população são muito elevadas e variaram em ordem crescente de 3,3 vezes no Nordeste, 4,3 vezes no Sul; 4,5 vezes no Sudeste; 4,6 vezes no Norte; 5,4 vezes no Brasil como um todo e 5,6 vezes no Centro-Oeste. Estas razões são superiores as de pretos em relação a todas as categorias, que variaram de 1,5 vezes no Centro-Oeste; 2 vezes em todo Brasil; 2,1 vezes no Sudeste, e 2,5 vezes no Norte e 2,8 vezes no Nordeste.

Quanto à mortalidade proporcional segundo componentes, nas regiões e país como um todo, as proporções de óbitos neonatais (0-27 dias) variaram de cerca de 66,9% (Norte) a 70,1% (Nordeste) dos óbitos infantis. Nesse componente, a proporção do período neonatal precoce em relação a todos os óbitos infantis foi de 50,8% (Sudeste) a 56,2% (Nordeste). Os resultados do presente estudo mostraram a manutenção da mortalidade neonatal ao longo os últimos anos, como de maior importância na mortalidade infantil em todo o Brasil. Esses resultados ratificam a

importância de intervenções nesse componente, cujos determinantes são distintos do componente pós-neonatal (Tabela 6.4 e 6.5).

Quanto à proporção de cada componente nos óbitos infantis, nos indígenas a situação é justamente oposta à observada no restante da população brasileira. Nesse segmento populacional é o período pós-neonatal que apresenta proporção acima de 50% em todas as regiões (Tabela 6.4).

A mortalidade infantil apresenta determinantes distintos de acordo com seus componentes. Os nove grupamentos de causas selecionados abrangeram 92,0 % de todas as causas de óbitos para o período neonatal precoce, 90,1% para o neonatal tardio e 67,6% para o período pós-neonatal da população total. No período neonatal precoce, as três principais causas foram a prematuridade, as malformações congênitas e a asfixia/hipóxia.

Em todas as regiões a prematuridade foi a causa mais importante. Entretanto entre as regiões houve variação na ordem de importância das demais causas. No Norte e Nordeste, após prematuridade, seguiu-se a asfixia/hipóxia. Como terceira causa figuraram as infecções no Norte e as malformações congênitas e no Nordeste. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste houve uma homogeneidade de causas. As três principais causas foram prematuridade, as mal formações congênitas e os fatores maternos relacionados com a gravidez (Tabela 6.6).

No período neonatal tardio em todo Brasil, o grupamento selecionado abrangeu 90,1% de todas as causas. As infecções, as malformações congênitas e prematuridade foram as principais causas no Brasil e em todas as regiões, exceto pelo Sul. Nesta última região, a causa mais importante foi o grupo das malformações congênitas, seguida de infecções e prematuridade (Tabela 6.7).

O grupamento de causas abrangeu 67,6% de todas as causas de óbitos do componente pós-neonatal. Os resultados indicaram as infecções totais, as malformações congênitas e as causas mal definidas como as principais causas de óbito no Brasil e regiões, exceto pelo Sul, onde as malformações congênitas foram a principal causa antes das infecções. No Norte, entre todas as regiões, ocorreu a maior proporção de causas mal definidas (12,8% de todos os óbitos) (Tabela 6.8).

Quanto aos resultados segundo cor ou raça, no período neonatal precoce, as causas com a maior importância relativa nos indígenas em todo o Brasil, foram a asfixia/hipóxia, a prematuridade e malformações congênitas. Nas demais categorias a prematuridade foi a principal causa (Tabela 6.9).

No período neonatal tardio, as duas principais causas observadas em todas as categorias de cor ou raça foram as infecções e as malformações congênitas. Nos indígenas, a terceira causa foi o grupo das afecções originadas no período perinatal não especificadas, e em brancos, pretos e pardos, a prematuridade (Tabela 6.10).

No componente pós-neonatal entre os indígenas, as infecções, as causas mal definidas e o grupamento da desnutrição foram os principais grupos de causas de óbitos. Quanto às infecções respiratórias, estas representaram 47,5% de todas as infecções. Infecções foram a principal causa em pretos, pardos e amarelos. Em brancos, o grupamento das malformações congênitas foi o principal grupo de causas (Tabela 6.11).

No conjunto de municípios com pelo menos 5% de população indígena, 84,7% eram residentes em áreas rurais. Neste conjunto de municípios, conforme já descrito, devido ao pequeno número, foram excluídos os óbitos de pretos e amarelos. Deste modo a comparação foi feita entre indígenas, brancos e pardos. No componente neonatal precoce e tardio, indígenas apresentaram as taxas mais elevadas no Brasil como um todo, no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com destaque para as duas últimas regiões. Nas regiões Norte e Nordeste, as taxas mais elevadas foram observadas em brancos. No período pós-neonatal, indígenas apresentaram as taxas mais elevadas em todas as regiões e Brasil.

Quanto às principais causas de óbitos, os resultados para indígenas nos municípios selecionados e no Brasil todo foram similares. No período neonatal precoce, a asfíxia/hipóxia teve maior importância relativa, seguida de prematuridade e malformações congênitas. No período neonatal tardio as principais causas foram infecções, as afecções originadas no período perinatal não especificadas e as malformações congênitas. No período pós- neonatal, as infecções, as mal definidas e a desnutrição foram as mais importantes. As infecções respiratórias corresponderam a 45,4% de todas as infecções.

6.4. Discussão

Um primeiro ponto de discussão diz respeito aos resultados gerais para mortalidade infantil no Brasil segundo componentes. Assim como observado em outras investigações recentemente realizadas no país (ver Duarte; 2007; França e Lansky, 2008; Victora et al., 2011; Brasil, 2012), os resultados do presente estudo indicaram, que o componente neonatal foi o principal componente da mortalidade infantil no Brasil, sendo responsável por mais de 60% de todas as mortes nesta faixa de idade. Em

destaque no componente neonatal, o neonatal precoce foi o mais relevante com a maior proporção e as taxas mais elevadas.

No Brasil, assim como em outros países, a mortalidade do período pós-neonatal, mais sensível a intervenções públicas de mais baixo custo, foi a primeira a ser reduzida mais rapidamente ao longo dos anos. Nos últimos anos, a melhoria das condições socioeconômicas, o acesso a programas de saúde direcionados a mulheres e crianças como, terapia de reidratação oral, programa de imunização, promoção do aleitamento materno, programas de redução da desnutrição, e expansão da atenção primária à saúde, dentre outros, levaram à redução das TMI na população em geral. Por sua vez, a mortalidade do período neonatal permanece elevada, e depende de maiores investimentos para sua redução (Volpe et al., 2009).

Os resultados, segundo cor ou raça, demonstraram as desigualdades nas condições de saúde de indígenas e pretos. Apesar de uma menor proporção nos óbitos neonatais entre todos os óbitos de menores de 1 ano de idade as TMN de indígenas, estão entre as mais elevadas em todas as regiões e Brasil. Quanto às taxas de mortalidade pós-neonatais, as dos indígenas se mostraram extremamente elevadas, em comparação com demais grupos de cor ou raça. A desigualdade entre as taxas de mortalidade pós-neonatais entre indígenas e a população em geral, medida pela razão entre taxas foi mais elevada na região Centro-Oeste. Por outro lado, na região Nordeste foi observada a menor razão. A elevada proporção de óbitos do período pós-neonatal nos indígenas foi similar ao observado no Brasil na década de 1980.

As causas básicas de óbitos do período neonatal precoce, observadas na presente investigação, sendo a prematuridade a principal, foram também relatadas em demais estudos realizados no Brasil (França e Lansky, 2008; Volpe et al., 2009; Ministério da Saúde, 2012). Os resultados em conjunto confirmam que estas causas vêm se mantendo como principais nos últimos anos.

A prematuridade e as malformações congênitas como os dois principais grupos de causas de óbitos no período neonatal no Brasil como um todo, no Sudeste, Sul e Centro-Oeste indicam padrão semelhante ao de países desenvolvidos, pois se tratam de causas de mortes de mais difícil prevenção (Lansky et al., 2002; Ferreira et al., 2002).

Conforme argumentaram Volpe et al. (2009), os avanços alcançados na sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso, devido às melhorias na atenção neonatal, têm sido anulados pelo aumento da proporção da prematuridade no Brasil.

Dentre os fatores de risco destacam-se, a contribuição das intervenções médicas, como as cesarianas, para o aumento dos nascimentos pré-termo. Enquanto alguns estudos mostram uma associação, outros indicam que o nascimento pré-termo aumentou igualmente entre os nascimentos por cesariana ou por parto vaginal (Victora et al., 2011; Volpe et al., 2009).

Demais fatores de risco incluem baixo peso materno pré-gestacional, extremos da idade materna, história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, ganho de peso materno insuficiente, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção no trato geniturinário, cinco ou menos consultas de pré-natal, baixa escolaridade e estresse materno. Outros fatores sugeridos incluem a determinação incorreta da idade gestacional baseada em exames de ultrassonografia, e a baixa qualidade do pré-natal, além de falhas no controle de infecções que podem levar a nascimentos prematuros (Silveira et al., 2008).

A asfixia/hipóxia, considerada evitável se houver máxima supervisão durante o trabalho de parto, foi a causa mais importante após a prematuridade nas regiões Norte e Nordeste. O óbito fetal ou neonatal por asfixia intraparto tem sido considerado uma medida sensível da qualidade da assistência, durante o momento do pré-parto e nascimento. Alguns estudos relacionaram o óbito por asfixia durante o trabalho de parto com o manejo clínico inadequado, dada a maior taxa de mortalidade em bebês nascidos durante a noite, durante o principal período de férias das equipes de saúde e nos fins de semana em países desenvolvidos. Além disso, a asfixia/hipóxia é mais frequente como principal causa de óbito neonatal, em países em desenvolvimento na África e Ásia (Lansky, 2002).

As principais causas de óbitos no período neonatal tardio foram as infecções, malformações congênitas, prematuridade, fatores maternos relacionados à gravidez, asfixia/hipóxia em todas as regiões do Brasil na mesma ordem de importância, exceto pelo Norte onde a asfixia/hipóxia superou os fatores maternos.

Outro ponto a ser destacado na região Norte é que esta apresentou a maior proporção de infecções entre todas as regiões. Tais resultados reforçam a necessidade de ações de atenção à saúde ao recém-nascido em todas as regiões, pois no grupamento das infecções, muitas causas são consideradas como evitáveis (Malta et al., 2010).

Quanto às causas pós-neonatais, os resultados mostraram também diferenças segundo regiões e cor ou raça. Infecções com elevados percentuais de infecções respiratórias são as principais causas no Brasil, região Norte e Nordeste enquanto no

Sudeste/Sul e Centro-Oeste as malformações congênitas aparecem como causa mais importante. A maior proporção de causas mal definidas ocorreu na região Norte e a menor no Centro-Oeste.

O padrão de mortalidade infantil por componentes e causas observado no Brasil, seja da importância da proporção do componente neonatal, quanto das causas básicas de óbitos foram igualmente observados em demais países do mundo. Um estudo de revisão sistemática sobre causas globais, regionais e nacionais de mortalidade infantil com análises de tendência entre 2000 e 2010 em países da África, das Américas, Europa, Leste Europeu, Sudoeste da Ásia, Austrália e Oceania, identificou que de 7,6 milhões de mortes em menores de cinco anos de idade, 40% ocorreram no período neonatal. As principais causas neonatais foram a prematuridade, a asfixia, as infecções (seps e meningite) e as malformações congênitas. Em crianças maiores, pneumonia, diarreias e malária foram responsáveis pela maioria das mortes (Liu et al., 2012).

Entretanto na análise por cor ou raça, foram observadas variações na ordem de importância. Algumas causas são consideradas evitáveis, enquanto outras são de mais difícil prevenção, mesmo em países mais desenvolvidos. Deste modo, a depender da variação da ordem relativa de importância segundo a cor ou raça, pode haver maior ou menor acesso a assistência à saúde no período pré-natal, durante o parto e no puerpério (Tabela 6.16).

Quanto aos indígenas no período neonatal precoce a principal causa no Brasil no conjunto de municípios com maior concentração de população indígena foi a asfixia/hipóxia, o que revela padrão de mortalidade similar ao de países em desenvolvimento, ou de pouca assistência durante manejo do parto, conforme já discutido. Destaca-se entre indígenas, que as afecções do período neonatal não especificadas e as causas mal definidas somadas, apresentaram maior proporção do que nas demais categorias de cor ou raça. As causas mal definidas ou as não especificadas estão relacionadas com limitado acesso ou baixa qualidade dos serviços de saúde, o que indica que muitos indivíduos estão morrendo sem adequado diagnóstico e tratamento (Cardoso et al., 2011).

Nas causas pós-neonatais as proporções de infecções e infecções respiratórias, as causas mal definidas e a desnutrição foram maiores entre indígenas do que nas demais categorias.

Deste modo o padrão de causas de mortalidade de indígenas em todos os componentes incluem causas de óbitos consideradas evitáveis, ou seja, causas cujos

conhecimentos e as tecnologias já existentes permitem intervenções eficazes de modo que tais condições jamais ou raramente evoluam a óbito (Boing e Boing, 2008; Malta, 2010).

O padrão de mortalidade infantil elevado, com concentração dos óbitos no componente pós-neonatal, e a elevada proporção de infecções respiratórias dentre as causas básicas de óbito, foi observado em outros estudos com população indígena no Brasil e nos Estados Unidos.

Em indígenas Guarani que vivem em 83 aldeias do Sudeste e Sul do Brasil foi observada TMI de 29,6/1000 NV. A magnitude da TMI Guarani pós-neonatal foi cinco vezes maior do que a neonatal precoce. As TMI por Infecção Respiratória Aguda (IRA) foram também as mais altas entre as causas específicas de mortalidade nos Guarani, sendo 3,5 a 2,3 vezes maiores do que as TMI por diarreia e outras causas respectivamente. As razões entre taxas devido a causas específicas selecionadas usando cálculos diretos oriundos do DATASUS mostraram maiores TMI para os Guarani em relação ao restante da população para todas as causas, especialmente IRA, cujas razões variaram de 14,4 (Norte) para 43,3 vezes (Sul). De todas as mortes infantis, 83,3% ocorreram no período pós-neonatal. As IRA seguidas de diarreia, principais causas de mortes infantis entre os Guarani, explicaram segundo os autores a alta TMI pós-neonatal, resultados oriundos de condições de saúde e de vida adversas. Mais de metade (51,6%) das mortes Guarani entre zero e 75 meses de idade foram devido a causas evitáveis. As proporções de mortes por causas mal definidas também foram altas entre os Guarani (Cardoso et al., 2011).

A TMI de indígenas no Mato Grosso do Sul no triênio 2005 a 2007 foi de 48,9/1000 nascidos vivos, o que representou 2,5 vezes o verificado na população total do estado segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O componente pós-neonatal respondeu por 62,8% dos óbitos infantis. Os resultados demonstraram que os indígenas apresentaram piores condições de saúde quando comparados com o restante da população (Ferreira et al. 2011).

Em estudo realizado nos Estados Unidos as mudanças nas taxas de mortalidade infantil por idade e por causas foram analisadas com índios americanos e nativos do Alasca em comparação com crianças brancas. O estudo comparou dois períodos, de 1989 a 1991 e de 1998 a 2000. Em ambos os grupos as TMI declinaram entre os dois períodos, porém nos indígenas e nativos da Alasca a TMI foi 1,7 vezes maior, sendo a diferença devido à elevada mortalidade pós-neonatal. Dentre as principais causas,

pneumonia e influenza foram descritas assim como síndrome de morte súbita e acidentes (Tomashek et al., 2006).

Os resultados apresentados apontaram para a desigualdade nas condições de vida experimentadas pela população indígena, quando comparados com os dados do restante da população brasileira, e no caso de estudos internacionais, com dados de população branca.

Em suma, o presente estudo analisou a mortalidade infantil segundo componentes, a partir do SIM, de acordo com a cor ou raça no Brasil. Apesar da acentuada redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, o componente neonatal não foi reduzido na mesma velocidade. O mesmo se mantém com taxas elevadas, se constituindo como componente da maior importância. Também persistem as diferenças regionais com as maiores taxas neonatais precoces observadas nas regiões Nordeste e Norte. Em geral, com algumas diferenças regionais, em maior ou menor grau, as causas de óbitos revelaram necessidade de melhoria de acesso à assistência ao parto, gestante e recém-nascido em todas as regiões do país. Para o período pós-neonatal as ações ligadas à prevenção e cuidados com as infecções mostram-se as mais urgentes.

Indígenas e pretos têm as maiores taxas em todos os componentes, mas as taxas e as proporções do componente pós-neonatal são muito mais elevadas entre os indígenas. As causas de óbito do período neonatal precoce entre indígenas indicaram que além do pré-natal e assistência à gestante, maior atenção deve ser dada às condições do nascimento. Devido à importância do componente pós-neonatal em indígenas, medidas de redução das causas de óbitos nesse componente devem ser priorizadas.

Além das medidas do âmbito de assistência à saúde, outras medidas ligadas à redução da mortalidade neste componente devem ser priorizadas. Apesar de não terem sido analisadas neste estudo, escolaridade materna, baixo peso ao nascer, condições nutricionais, acesso à imunização devem ser amplamente ofertadas para os indígenas, sob pena da persistência das enormes disparidades observadas. Considerando a melhoria da proporção de óbitos e nascidos vivos com cor ou raça informada nos sistemas nacionais de informação nos últimos anos, estudos adicionais e contínuos devem ser realizados, em especial nos níveis locais, a fim de subsidiar gestores e profissionais para estabelecimento de ações que visem à melhoria as condições de saúde dos povos indígenas no país.

Tabela 6.1. Frequências de óbitos de menores de 1 ano de idade por componentes segundo a cor ou raça, originais do SIM e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	Óbitos sem correção	(%)	Óbitos Corrigidos	(%)
0-6 dias				
Branca	16420	37,7	19607	41,0
Preta	908	2,1	1134	2,4
Amarela	53	0,1	68	0,1
Parda	20093	46,1	26646	55,7
Indígena	332	0,8	420	0,9
Ignorada	5749	13,2	-	-
Total	43555	100	47875	100,0
7-27 dias				
Branca	5997	44,9	7061	48,6
Preta	304	2,3	368	2,5
Amarela	19	0,1	23	0,2
Parda	5321	39,9	6938	47,7
Indígena	120	0,9	152	1,0
Ignorada	1583	11,9	-	-
Total	13344	100	14542	100,0
28-364 dias				
Branca	11042	43,2	12994	46,4
Preta	742	2,9	899	3,2
Amarela	43	0,2	52	0,2
Parda	10425	40,8	13185	47,0
Indígena	718	2,8	895	3,2
Ignorada	2571	10,1	-	-
Total	25541	100	28026	100,0
Menor de 1 ano				
Branca	33459	40,6	39662	43,9
Preta	1954	2,4	2401	2,7
Amarela	115	0,1	144	0,2
Parda	35839	43,5	46769	51,7
Indígena	1170	1,4	1466	1,6
Ignorada	9903	12,0	-	-
Total	82440	100,0	90442	100,0

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.2. Frequências de nascidos vivos segundo cor ou raça originais do SINASC e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação de nascimentos. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	Nascidos vivos sem correção	(%)	Nascidos vivos Corrigidos	(%)
Branca	2566861	44,7	2750996	45,8
Preta	90025	1,6	97425	1,6
Amarela	11216	0,2	12311	0,2
Parda	2774967	48,3	3109995	51,8
Indígena	31778	0,6	35504	0,6
Ignorada	268602	4,7	0	0,0
Total	5743449	100,0	6006231	100,0

Fonte: SINASC, 2009-2010.

Tabela 6.3. Taxas de mortalidade infantil por componentes, a partir do SIM, segundo cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Regiões	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
0-6 dias						
Norte	12,5	18,8	13,4	9,4	11,7	10,0
Nordeste	10,8	18,1	7,7	9,5	12,8	9,9
Sudeste	6,4	9,8	3,6	6,8	10,1	6,6
Sul	6,1	6,3	3,4	5,6	7,6	6,1
Centro-Oeste	7,4	13,8	3,3	7,1	13,1	7,4
Brasil	7,1	11,6	5,5	8,6	11,8	8,0
7-27 dias						
Norte	4,4	5,2	7,5	2,5	4,5	2,8
Nordeste	3,5	4,7	0,8	2,2	1,3	2,4
Sudeste	2,4	3,8	1,8	2,1	2,9	2,4
Sul	2,1	2,3	1,7	2,4	3,0	2,2
Centro-Oeste	2,7	3,3	0,0	2,1	6,7	2,5
Brasil	2,6	3,8	1,9	2,2	4,3	2,4
28-364 dias						
Norte	10,7	15,9	13,2	4,7	29,0	6,4
Nordeste	8,7	14,8	3,6	4,3	17,5	5,3
Sudeste	4,0	8,3	2,7	3,9	18,4	4,0
Sul	3,6	3,3	3,4	4,2	15,6	3,7
Centro-Oeste	4,8	7,0	6,9	3,8	25,9	4,6
Brasil	4,7	9,2	4,3	4,2	25,2	4,7

Fonte: SIM e SINASC, 2009-2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos

Tabela 6.4. Proporções de óbitos de menores de 1 ano de idade por componentes neonatal e pós neonatal, a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Cor ou raça						
Regiões	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
0-27 dias						
Norte	61,2	60,2	61,2	71,6	35,9	66,9
Nordeste	62,2	60,5	70,3	73,1	44,7	70,1
Sudeste	69,0	62,0	66,4	69,7	41,4	68,9
Sul	69,5	72,0	60,0	65,6	40,4	69,2
Centro-Oeste	67,9	71,1	32,8	70,8	43,3	68,1
Brasil	67,2	62,6	63,5	71,8	39,0	69,0
28 - 364 dias						
Norte	38,8	39,8	38,8	28,4	64,1	33,1
Nordeste	37,8	39,5	29,7	26,9	55,3	29,9
Sudeste	31,0	38,0	33,6	30,3	58,6	31,1
Sul	30,5	28,0	40,0	34,4	59,6	30,8
Centro-Oeste	32,1	28,9	67,2	29,2	56,7	31,9
Brasil	32,8	37,4	36,5	28,2	61,0	31,0

Fonte: SIM, 2009-2010.

OBS: Proporções derivadas das frequências de óbitos corrigidos (Tabela 6.1).

Tabela 6.5. Proporções de óbitos do período neonatal, a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil e regiões, 2009-2010.

Regiões	Cor ou raça					Total
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
0- 6 dias						
Norte	45,2	47,1	39,3	56,7	25,9	52,1
Nordeste	47,1	48,1	63,3	59,4	40,6	56,2
Sudeste	50,1	44,7	44,0	53,0	32,2	50,8
Sul	51,4	53,1	39,9	46,2	28,8	51,0
Centro-Oeste	49,6	57,5	32,8	54,6	28,7	51,1
Brasil	49,4	47,2	47,4	57,0	28,6	52,9
7-27 dias						
Norte	16,0	13,0	21,9	14,9	10,0	14,8
Nordeste	15,1	12,4	7,0	13,7	4,1	13,9
Sudeste	18,9	17,3	22,5	16,8	9,2	18,1
Sul	18,1	18,9	20,1	19,5	11,6	18,2
Centro-Oeste	18,3	13,6	0,0	16,2	14,6	17,0
Brasil	17,8	15,3	16,1	14,8	10,3	16,1

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.6. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal precoce (0-6 dias), a partir do SIM, segundo regiões e Brasil. 2009-2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça					
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro- Oeste	Brasil
Prematuridade	%	27,0	26,6	28,3	25,8	26,0	27,1
Malformações Congênitas	%	13,4	13,6	18,6	21,2	17,8	16,3
Asfixia/hipóxia	%	16,4	16,2	11,7	11,8	13,3	14,0
Fatores maternos relacionados com a gravidez	%	4,6	11,4	12,2	17,9	14,3	11,7
Infecções	%	14,1	11,2	11,9	8,2	11,5	11,5
Afecções respiratórias do RN	%	6,5	6,6	4,4	3,5	3,8	5,3
Transtornos cardíacos orig. no período perinatal	%	3,4	3,5	2,5	2,3	3,0	3,0
Afecções orig. per. perinatal NE	%	1,8	1,9	1,6	1,3	1,8	1,7
Mal definidas	%	3,5	1,0	1,0	0,5	0,6	1,3
Demais Causas	%	9,3	7,9	7,7	7,4	8,0	8,0
Total	n	5653	15671	14664	4370	3197	43555
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.7. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal tardio (7-27 dias), a partir do SIM, segundo regiões e Brasil, 2009- 2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça					
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Infecções	%	37,2	32,5	30,7	22,2	29,9	31,0
Malformações Congênitas	%	16,2	18,2	20,7	23,5	24,8	20,1
Prematuridade	%	13,3	13,0	16,4	17,0	13,9	14,9
Fatores maternos relacionados com a gravidez	%	3,3	9,9	9,2	13,4	9,9	9,2
Asfixia/hipóxia	%	8,7	8,8	6,2	7,1	6,3	7,4
Afecções respiratórias do RN	%	2,2	2,8	2,1	1,0	1,9	2,2
Mal definidas	%	3,4	1,8	2,0	1,4	0,5	1,9
Transtornos cardíacos orig. no período perinatal	%	1,7	1,7	1,7	2,0	1,5	1,7
Afecções orig. período perinatal NE	%	2,2	2,3	1,0	1,8	1,9	1,7
Demais causas	%	11,8	9,0	10,0	10,5	9,5	9,9
Total	n	1606	3887	5228	1557	1066	13344
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.8. Distribuição proporcional das principais causas básicas de mortalidade do componente pós-neonatal (28 a 364 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil.2009- 2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Regiões					
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Infecções totais	%	37,2	33,0	25,7	17,8	29,5	29,2
▪ Infecções	%	21,8	22,1	16,7	11,4	16,8	18,7
▪ Infecções Respiratórias	%	15,4	10,9	9,0	6,4	12,7	10,5
Malformações Congênitas	%	16,7	20,8	23,2	28,4	28,3	22,4
Mal Definidas	%	12,8	8,2	8,2	8,8	5,5	8,7
Prematuridade	%	1,0	1,7	3,9	4,4	1,5	2,6
Demais causas	%	32,3	36,4	38,9	40,6	35,2	37,0
Total	n	3595	8340	8965	2644	1997	25541
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.9. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal precoce (0-6 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil, 2009-2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça						
		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorados	Total
Prematuridade	%	25,6	26,1	24,5	27,6	18,1	30,6	27,1
Malformações Congênitas	%	20,0	14,8	18,9	13,8	13,3	15,2	16,3
Asfixia/hipóxia	%	12,4	12,9	20,8	15,5	22,0	13,4	14,0
Fatores maternos relacionados com a gravidez	%	12,6	15,2	11,3	11,4	5,7	9,7	11,7
Infecções	%	11,4	11,3	5,7	11,5	11,1	12,2	11,5
Afecções respiratórias do RN	%	4,9	4,1	11,3	5,9	3,6	5,0	5,3
Transtornos cardíacos orig. no período perinatal	%	2,6	4,2	1,9	3,3	2,4	2,9	3,0
Afecções orig. período perinatal NE	%	1,7	2,2	1,9	1,5	8,7	2,0	1,7
Mal definidas	%	1,1	1,5	0	1,4	3,3	0,8	1,3
Demais Causas	%	7,7	7,7	3,8	8,1	11,7	8,2	8,0
Total	n	16420	908	53	20093	332	5749	43555
	%	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.10. Distribuição proporcional das causas básicas de óbitos do componente neonatal tardio (7-27 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil, 2009- 2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça						
		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorada	Total
Infecções	%	29,3	25,7	26,3	32,8	27,5	32,0	31,0
Malformações Congênitas	%	22,4	18,4	5,3	17,3	17,5	21,4	20,1
Prematuridade	%	15,0	15,1	26,3	14,8	7,5	15,4	14,9
Fatores maternos relacionados com a gravidez	%	9,1	13,5	5,3	9,7	2,5	8,1	9,2
Asfixia/hipóxia	%	6,9	9,2	5,3	7,9	10,0	6,7	7,4
Afecções respiratórias do RN	%	2,0	3,3	5,3	2,4	5,8	1,5	2,2
Mal definidas	%	1,8	2,0	5,3	2,1	4,2	1,6	1,9
Transtornos cardíacos orig. no período perinatal	%	1,8	2,3	5,3	1,6	0,0	2,0	1,7
Afecções orig. período perinatal NE	%	1,4	2,6	0,0	1,7	12,5	2,1	1,7
Demais causas	%	10,4	7,9	15,8	9,6	12,5	9,2	9,9
Total	n	5997	304	19	5321	120	1583	13344
	%	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.11. Distribuição proporcional das principais causas básicas de mortalidade do componente pós-neonatal (28 a 364 dias), a partir do SIM, segundo a cor ou raça. Brasil.2009- 2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça						
		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorada	Total
Infecções totais	%	24,9	28,8	23,3	32,0	50,4	30,3	29,2
• Infecções	%	15,7	18,1	11,6	20,6	26,5	21,4	18,7
• Infecções respiratórias	%	9,2	10,8	11,6	11,4	24,0	8,9	10,5
Malformações Congênitas	%	26,2	18,1	23,3	18,9	5,4	26,7	22,4
Mal Definidas	%	7,9	9,0	14,0	9,3	13,6	8,1	8,7
Desnutrição	%	1,6	1,9	4,7	3,0	7,4	1,9	2,4
Demais causas	%	30,5	33,3	27,9	29,8	20,5	26,4	29,6
Total	n	11042	742	43	10425	718	2571	25541
	%	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM, 2009-2010.

Obs: Os itens 1.1. Infecções e 1.2. Infecções respiratórias estão contidos no item 1. Infecções totais.

Tabela 6.12. Frequências de óbitos de menores de 1 ano de idade por componentes segundo a cor ou raça, originais do SIM e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação. Municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	Óbitos sem correção	(%)	Óbitos Corrigidos	(%)
0-6 dias				
Branca	159	17,0	187	17,4
Preta	11	1,2	13	1,2
Amarela	01	0,1	1	0,1
Parda	493	52,8	610	56,6
Indígena	220	23,6	265	24,6
Ignorada	50	5,4	0	0,0
Total	934	100,0	1077	100,0
7-27 dias				
Branca	47	18,5	56	19,2
Preta	03	1,2	4	1,4
Amarela	0	0,0	0	0,0
Parda	105	41,3	129	44,3
Indígena	86	33,9	103	35,4
Ignorada	13	5,1	0,0	0,0
Total	254	100,0	291	100,0
28 - 364 dias				
Branca	131	13,2	156	13,6
Preta	09	0,9	11	1,0
Amarela	02	0,2	2	0,2
Parda	269	27,1	332	28,9
Indígena	538	54,2	646	56,3
Ignorada	44	4,4	0,0	0,0
Total	993	100,0	1147	100,0
Menor de 1 ano				
Branca	337	15,5	398	15,8
Preta	23	1,1	28	1,1
Amarela	3	0,1	4	0,2
Parda	867	39,8	1071	42,6
Indígena	844	38,7	1014	40,3
Ignorada	107	4,9	0,0	0,0
Total	2181	100,0	2515	100,0

Fonte: SIM, 2009-2010.

Tabela 6.13. Frequências de nascidos vivos segundo cor ou raça originais do SINASC e após redistribuição de cor ou raça ignorada e correção de subnotificação e nascimentos. Municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil, 2009-2010.

Cor ou raça	Nascidos vivos sem correção	(%)	Nascidos vivos redistribuídos e corrigidos	(%)
Branca	18898	18,5	20164	18,3
Preta	851	0,8	921	0,8
Amarela	200	0,2	217	0,2
Parda	58037	56,7	63346	57,5
Indígena	23522	23,0	25608	23,2
Ignorada	842	0,8	0	0
Total	102350	100,0	110256	100,0

Fonte: SINASC, 2009-2010.

Tabela 6.14. Taxas de mortalidade infantil por componentes, a partir do SIM, segundo a cor ou raça, em municípios com pelo menos 5% de população indígena. Brasil e regiões, 2009-2010.

Regiões	Cor ou raça			Total
	Branca	Parda	Indígena	
0-6 dias				
Norte	11,0	9,4	10,1	9,7
Nordeste	11,8	10,6	8,2	10,6
Sudeste	7,0	8,7	17,9	11,8
Sul	4,6	7,6	6,1	5,1
Centro-Oeste	9,0	7,7	13,8	9,7
Brasil	9,3	9,6	10,4	9,8
7-27 dias				
Norte	4,2	1,7	4,1	2,7
Nordeste	2,1	2,1	1,5	2,0
Sudeste	0,0	1,9	2,2	1,7
Sul	1,0	0,0	3,1	1,5
Centro-Oeste	3,0	3,6	6,2	4,0
Brasil	2,8	2,0	4,0	2,6
28 a 384 dias				
Norte	7,2	5,4	26,3	11,9
Nordeste	16,5	5,3	18,3	8,2
Sudeste	19,2	0,0	30,3	14,3
Sul	4,6	0,0	14,2	7,0
Centro-Oeste	4,8	4,7	30,4	10,6
Brasil	7,7	5,2	25,2	10,4

Fonte: SIM e SINASC, 2009-2010.

Obs: Taxas por 1000 nascidos vivos

Tabela 6.15. Distribuição proporcional das principais causas básicas de óbito em menores de 1 ano segundo componentes a partir do SIM, de acordo com a cor ou raça, nos municípios com pelo menos 5% de população indígena, 2009- 2010.

Causas Básicas 3 caracteres		Cor ou raça				
		Branca	Parda	Indígena	Ignorada	Total
Neonatal precoce						
Prematuridade	%	23,9	22,9	17,7	32,0	22,3
Asfixia/hipóxia	%	21,4	20,3	23,6	12,0	20,7
Malformações Congênitas	%	11,9	13,2	11,8	16,0	12,7
Total	n	159	493	220	50	934
Neonatal tardio						
Infecções	%	31,9	35,2	31,4	7,7	31,9
Malformações congênitas	%	21,3	21,9	12,8	15,4	18,1
Prematuridade	%	4,3	11,4	7,0	30,8	9,8
Afecções orig. Período Perinatal NE.	%	2,1	5,7	16,3	0,0	8,3
Total	n	47	105	86	13	254
Pós-neonatal						
Infecções Totais	%	29,0	32,7	52,8	38,6	43,3
• Infecções	%	19,1	21,6	28,8	22,7	25,2
• Infecções Respiratórias	%	9,9	11,2	24,0	15,9	18,1
Mal definidas	%	16,0	16,7	16,2	20,5	16,5
Malformações congênitas	%	18,3	14,1	3,3	13,6	8,9
Desnutrição	%	2,3	5,2	7,2	4,5	5,8
Total	n	131	269	538	44	993

Fonte: SIM, 2009-2010.

Obs: 1- Foram excluídos os óbitos relativos a pretos e amarelos: 12 no período neonatal precoce; 03 no neonatal tardio; e 11 no pós-neonatal.

Tabela 6.16. Grupamento das principais causas de óbito neonatal e sua relação com assistência perinatal.

Grupos de Causas	Principais intervenções na assistência
Prematuridade	Assistência pré-natal; Manejo obstétrico (abordagem da imaturidade pulmonar); Assistência ao recém-nascido (assistência ao prematuro).
Infecção	Assistência ao pré-natal (prevenção); Assistência ao trabalho de parto (prevenção); Prevenção e assistência ao recém-nascido.
Asfixia/hipóxia	Prevenção e manejo obstétrico das complicações do parto; Reanimação e assistência neonatal.
Mal formações congênitas	Assistência pré-natal (rastreamento, diagnóstico na gravidez, procedimentos em lesões potencialmente tratáveis).
Fatores maternos relacionados com a gravidez	Assistência à saúde.
Afecções orig. Período Perinatal Não Especificadas	Por dificuldade de classificação das causas pode representar falta de assistência à saúde qualificada

Fonte: Adaptado de França e Lansky, 2008.

7. Considerações Finais

Em todo o mundo, são cerca de 370 milhões de indígenas, que apresentam uma ampla diversidade de experiências de interação com as sociedades nacionais envolvidas, bem como de padrões socioculturais e linguísticos. Estão presentes em diversos países de todos os continentes, onde, em geral, compartilham perfis de saúde precários, condições de vida desiguais e marginalidade em relação aos demais segmentos da sociedade. Esta situação é com frequência associada à pobreza, condição nutricional inadequada, contaminação ambiental, além de elevadas prevalências de infecções. Como agravante, os serviços de atenção, prevenção e promoção à saúde tendem a ser ineficientes (Stephens et al., 2006). Em associação a esse cenário, os povos indígenas das mais diversas partes do mundo vêm passando por uma transição de seu modo de vida tradicional. Como consequência, observa-se a emergência de doenças crônicas não transmissíveis nos perfis epidemiológicos desses povos. Também se observa que os sistemas de informação em saúde nacionais raramente estão estruturados ou concebidos de modo a gerar estatísticas vitais específicas para o segmento indígena. Isto contribui para a marginalização desses povos e para a insuficiente produção de dados sobre a situação de saúde e condições socioeconômicas (Gracey e King, 2009).

Na América Latina e Caribe, são cerca de 400 povos diferentes, alcançando quase 10% da população total. Conforme indicam recentes revisões sobre as condições de saúde de povos indígenas na América Latina (Montenegro e Stephens, 2006, Stephens, 2006), os dados são escassos em muitos países, o que decorre do fato de que as fontes não são comparáveis e há pouca sistematização de informações. Não obstante, as informações disponíveis indicam que os povos indígenas apresentam piores indicadores se comparados a de outros segmentos das respectivas populações nacionais. Embora esteja havendo recuperação populacional dos indígenas em muitos países, os níveis de mortalidade infantil e materna podem ser de 3 a 4 vezes maiores que as médias nacionais. Os padrões de morbidade são elevados, com a tuberculose, por exemplo, alcançando incidência até 8 vezes maior no que no restante da população. As causas gastrointestinais se configuram como uma das principais causas de morte em menores de 5 anos, aliada ao fato de que a prevalência de desnutrição infantil pode chegar a 60% em algumas comunidades. As parasitoses intestinais têm carga elevada e se relacionam com estado nutricional precário. Casos de HIV têm sido relatados desde a década de 1990 e cerca de 10 a 15% dos indígenas tem alguma doença sexualmente transmissível

(DST). De um ponto de vista socioeconômico, a ocupação da terra por não indígenas afeta os meios de subsistência e o modo de vida tradicional, além de ocasionar contaminação ambiental.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Indígena (PNSI) foi estabelecida em 1999, com a criação de um subsistema vinculado ao SUS, por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O documento do Ministério da Saúde sobre a PNSI (2002:13) indica que: "O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura". Após uma década e meia, o cenário que se delineia é de uma atenção à saúde para os povos indígenas que está longe de contemplar os pressupostos da política proposta (Cardoso et al. 2012; Garnelo et al., 2012; Basta et al., 2012; Coimbra Jr. et al., 2013; Coimbra Jr. et al., 2014; Cardoso, 2014).

Nesse sentido, em 2003, o Banco Mundial, por meio de Acordo de Empréstimo com o Governo Brasileiro, realizou uma avaliação parcial do subsistema, a fim de subsidiar o componente 2 (Saúde Indígena) do Projeto Vigisus 2. As conclusões desta avaliação apontaram para problemas de capacidade de gestão da FUNASA, em relação ao subsistema, e para lacunas de informação quanto ao estado nutricional da população indígena, quanto ao alcoolismo, e quanto ao conhecimento sobre práticas de medicina tradicional (Sanigest, 2003). Em 2007, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório de auditoria operacional com o principal objetivo de avaliar a adequação dos meios postos à disposição da FUNASA de acordo com seus objetivos institucionais. Segundo o relatório, "os dados disponíveis demonstram que a Fundação não vem conseguindo alcançar as metas fixadas para os seus indicadores de desempenho, e há indícios de que a Fundação apresenta baixa eficiência administrativa" (TCU, 2008). Mais recentemente, Basta et al. (2012) analisaram informações de saúde a partir de dados do Sistema de Informação Saúde Indígena (SIASI), criado no âmbito da PNSI. Segundo esses autores, foi observado que o coeficiente geral de mortalidade foi de 5,8 óbitos por 1000 habitantes em 2002, com variações entre os 34 DSEI, o que pode sugerir baixa qualidade de dados. Foi também observado que, para o mesmo ano, a principal causa de morte foi atribuída a causas mal definidas (23,8%), seguida das

causas externas (16,8%); doenças do aparelho respiratório (12,3%); doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (10,8%), e doenças infecciosas e parasitárias (10,2%). Quanto à mortalidade infantil, a média para o período de 2000 a 2009, apesar de tendência de queda, se manteve elevada, em torno de 52,4/1000 nascidos vivos. Ou seja, duas vezes maior do que para a população brasileira em 2006. As infecções respiratórias, sobretudo a pneumonia, as diarreias, e as parasitoses intestinais, representaram uma das principais causas de morbidade entre crianças menores de cinco anos. Em 2002, 70% dos atendimentos ambulatoriais foram devido a doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho respiratório (Basta et al., 2012). Esses achados confirmam o importante peso das doenças infecciosas e parasitárias no perfil de saúde das populações indígenas no Brasil, além de apontar para importantes iniquidades no que diz respeito aos indicadores de saúde.

Uma importante iniciativa para conhecimento dos perfis de saúde dos povos indígenas foi a realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígena, uma estratégia no escopo da implementação da PNSI, realizado entre 2008 e 2009 no Brasil (Caldas et al., 2008). O inquérito buscou caracterizar o estado nutricional e outros indicadores de saúde de crianças indígenas menores de cinco anos e mulheres indígenas de 14 a 49 anos de idade. Para fins da investigação, foi definida uma amostra representativa de indígenas residentes em aldeias no Brasil, de acordo com quatro regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul-Sudeste). Os resultados apontaram, com base nos parâmetros avaliados em mulheres indígenas, para uma acentuada transição nutricional em todas as regiões. Em crianças menores de cinco anos, as prevalências de baixo peso e baixa estatura para idade foram maiores no Norte, nos domicílios de estratos socioeconômicos mais baixos, com piores condições sanitárias, com mães anêmicas, que tiveram baixo peso ao nascer e que foram hospitalizadas nos seis meses anteriores à coleta dos dados. As disparidades observadas indicaram que os serviços básicos de saúde e saneamento não estão amplamente disponíveis para os as comunidades indígenas (Coimbra Jr., et al., 2013). A partir dos resultados do Inquérito, o mais amplo sobre a temática da saúde indígena já realizado no Brasil, Coimbra Jr. Comentou:

“... é somente dentre os estudos realizados em comunidades indígenas brasileiras que se encontram referências a frequências de desnutrição crônica superior a 50% em crianças menores de cinco anos, e da ordem de 80% de anemia nesta mesma faixa etária. Nas comunidades indígenas onde a tuberculose é endêmica,

mais de 60% das notificações têm sido reportadas em crianças. É também entre as crianças indígenas que ainda se observam coeficientes de mortalidade infantil que podem chegar a impensáveis 97 óbitos em menores de um ano por 1.000 crianças nascidas vivas, como entre os Xavante, ou 29,6/1.000 entre os Guarani, dentre outras etnias” (Coimbra Jr., 2014: 857).

Em larga medida, os resultados da presente Tese se alinham com as análises sobre saúde dos povos indígenas no Brasil, sejam aquelas oriundas de estudos de caso em comunidades específicas, o recente inquérito nacional ou investigações a partir de bases de dados secundários, no sentido de apontar para uma situação de saúde desfavorável para o segmento indígena no Brasil.

Especificamente, as análises aqui apresentadas indicam que as taxas de mortalidade infantil de indígenas derivadas tanto dos dados do Censo IBGE como do SIM são mais elevadas que aquelas relativas aos demais segmentos da população brasileira, com destaque para as diferenças observadas no Centro-Oeste e Norte. No caso das análises que focaram os municípios com maior presença indígena, também se observaram níveis mais elevados para esses povos (com exceção do Nordeste). Um dos achados mais contundentes desta Tese se refere às proporções e taxas de mortalidade do período pós-neonatal, cujos determinantes são sensíveis a medidas de redução de mais baixo custo. Isso porque os indígenas apresentaram as taxas de mortalidade pós-neonatal mais elevadas em todas as regiões e no Brasil como um todo. As razões das TMI pós-neonatal em relação ao total da população variaram de 3,3 vezes no Nordeste, a 5,6 vezes no Centro-Oeste. Além disso, a proporção de óbitos nesse componente dentre os menores de 1 ano foi o dobro da observada no restante da população (61,0%). Nos indígenas, a principal causa de óbito neonatal precoce em todo o Brasil, e na seleção de municípios, foi a asfixia/hipóxia. As causas mal definidas e afecções perinatais não especificadas tiveram proporção maior nesse segmento, do que nas demais categorias de cor ou raça. O padrão de causas básicas de óbitos neonatais precoces, observado no Brasil e na seleção de municípios indica condições inadequadas de manejo do parto, além de problemas na assistência qualificada ao recém-nascido. As infecções representaram o principal grupo de causas de óbitos no período neonatal tardio e pós-neonatal, em todo o Brasil. Nesse componente, as infecções respiratórias, foram responsáveis por 45% de todas as infecções. Os resultados apresentados indicaram que indígenas em todo o Brasil, têm as condições de saúde desiguais em relação ao restante da população brasileira.

Cabe refletir sobre esse cenário de saúde considerando os investimentos alocados na execução da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, com estrutura governamental nacional, assim como nos níveis locais por meio dos Distritos Sanitários Especiais, desde 1999. Conforme argumentou Garnelo,

"A implantação dos DSEI não é capaz, por si só, de equacionar os graves problemas que ameaçam a sobrevivência dos povos indígenas no Brasil, mas seguramente representa uma contribuição essencial para a redução de indicadores de morbimortalidade que estão muito acima daqueles encontrados para a população brasileira. A extensão da cobertura nas aldeias e a manutenção de uma rede resolutiva e culturalmente sensível de atenção à saúde são caminhos insubstituíveis para a promoção da desejada equidade" (Garnelo, 2003:86).

Indubitavelmente, a promulgação da PNSI representou o reconhecimento do Estado brasileiro em relação às necessidades dos povos indígenas quanto a uma proposta de atenção à saúde diferenciada. Esta proposta deveria ser articulada ao Sistema Único de Saúde, e de maneira inequívoca atender aos seus princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde, e integralidade da assistência. Logo em seguida à estruturação dos DSEI, houve importantes avanços na ampliação de cobertura de ações e serviços de saúde específicos aos povos indígenas, que anteriormente eram restritos a atendimentos emergenciais ou a incursões campanhistas. Entretanto, segundo Cardoso, "...o chamado Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ainda não se encontra plenamente consolidado no país, apesar da criação dos DSEIs" (Cardoso, 2012: 862). Apesar de considerar que o modelo ainda se configure como viável devido a atender as especificidades dos povos indígenas em um subsistema articulado ao nacional, a autora ainda aponta que,

"Sua consolidação, entretanto, ainda é devedora não só de um modelo assistencial, mas também de um modelo organizacional efetivo, marcado por conflitos e falta de integração entre instâncias institucionais para a sua plena operacionalização; fraca cobertura das áreas territoriais indígenas (que divergem consideravelmente de tamanho, composição étnica, formas e meios de acesso às comunidades); falta de infraestrutura física e de recursos humanos para a formação das equipes gestoras e multiprofissionais locais, articuladas com o complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS, o que se espelha nos dados disponíveis sobre a situação de saúde das populações indígenas no Brasil" Cardoso (2014:862).

No caso das enormes disparidades nas condições de saúde observadas nos indígenas, segundo os resultados da presente Tese, é necessário, para sua reversão, compromisso e reconhecimento por parte de gestores e profissionais de saúde para necessidade de medidas emergentes e prioritárias na agenda da saúde. Em larga medida, os principais problemas apontados são evitáveis por ações de atenção básica, com grande potencial para melhorias efetivas e de relativamente de baixo custo. Apesar de os princípios da equidade e da atenção diferenciada serem norteadores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a realidade da saúde dos povos indígenas no Brasil continua distante do ideal. Conforme destacado por Welch (2014), demandas de lideranças indígenas para melhoras nos serviços de saúde e de implementação plena de uma política de atenção diferenciada não deve ser vistos como uma demanda por direitos especiais, mas sim como a reiteração dos princípios de um Sistema Único de Saúde de fato inclusivo.

8. Referências Bibliográficas

- Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MP. Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estudos Avançados*. 2004; 18 (50): 119-123.
- Aith F. Saúde Indígena no Brasil: Atual quadro jurídico-administrativo do Estado Brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. *R. Dir. sanit.* 2009; 9 (3): 115-132.
- Andrade CLT. Desigualdades sócio-espaciais da saúde infantil no Brasil [Tese de Doutorado]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2006. 90 p.
- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.* 2009; 13(31): 383-94.
- Azevedo MM. Demografia dos Povos Indígenas do Alto Rio Negro. *Rev. bras. estud. popul.* 1994; 11(2): 235-244.
- Banco Multidimensional de Estatísticas (BME). Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística (IBGE) [Internet]. [1º Acesso em 2012 Abr 17]. Disponível em: <http://www.bme.ibge.gov.br>
- Barros FC, Victora CG, Horta BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil: a birth cohort study. *Int J Epidemiol.* 2001; 30:1001-8.
- Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza, ALM, Pagliaro H. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(2): 407-12.
- Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: Notas sobre agravos selecionados. In: Pontes AL, Garnelo L, editores. *Saúde Indígena: Uma Introdução à Temática*. Brasília: Ministério da Educação; 2012: p. 60-106.
- Bastos FI, Travassos C. “Raça” e saúde pública: os dilemas da ciência e da prática contemporânea. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 461-71.

- Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Socioeconomic differences between self- and interviewer-classification of color/race. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42 (2): 1-10.
- Batista LM, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública.* 2004; 38 (5): 630-6.
- Boing AF, Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(2): 447-455.
- Bramley D, Hebert P, Jackson R, Chassin M. Indigenous disparities in disease-specific mortality, a cross country comparison: New Zealand, Australia, Canada, and the United States. *N Z Med J.* 2004; 117 (1207): 1-16.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Capítulo VIII, Dos Índios, Artigos 231 e 232. [Acesso em 2014 nov 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Brasil. Lei nº 6001, de 19 de dezembro de 1973. Disposições sobre o Estatuto do Índio [Internet]. [Acesso em 2014 nov 13]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm
- Braz RM, Reis AT, Silva NM, Machado NMS. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate.* 2013; 37(99): 554-562.
- Caldas ADR, Pasquim EM, Moreira RVR, Santos LMP. Desafios na Construção do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate.* 2008; 10: 43-54.
- Caldas ADR, Valente JG, Almeida LR, Santos RV. Comparação de taxas de mortalidade geral entre indígenas e não indígenas a partir do Censo Demográfico de 2010. Trabalho apresentado no: Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP); 2012 Nov 24-28; São Pedro-SP, Brasil.
- Capelli JCS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(2): 433-37.

- Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Barreto CTG, Werneck GL, Santos RV. Mortality among Guarani Indians in Southern and Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 Supl 2: S222-36.
- Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Guimarães FT. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13 (1): 21-34.
- Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (5):1602-8.
- Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Políticas Públicas em saúde para os povos indígenas. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin SA. *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 75-91.
- Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 911-32.
- Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(4): 860-66.
- Carneiro RM, Franco RA, Medeiros RM, Schwab GL. Mortalidade infantil e estratificação social: subsídios para a elaboração de políticas de saúde. *Arq. Catarin. Med.* 2012; 41(4): 47-50.
- Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2): 295-305.
- Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29 (8):1572-82.
- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1586-94.
- Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29 (7): 1272-75.
- Coimbra Jr. CEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV. *The Xavante in Transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil*. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 2002. 343p.

- Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Follér M-L, Horta BL. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. BMC Public Health [internet]. 2013 jan19 [acesso 2013 Abr 20]; 13(52): 1-19. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-52.pdf>
- Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. Ciên. Saúde Colet. 2000; 5:125-32.
- Coimbra Jr. CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(4): 855-59.
- Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos de recentes de crise econômica. Rev. Saúde Pública; 2003; 37 (6): 699-706.
- Cunha EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: Hogan DJ, editor. Population change in Brazil: contemporary perspective. Campinas: MPC Artes Gráficas; 2001. p. 333-6.
- Del Popolo F. Los pueblos indígenas y afrodescendientes em las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Santiago (CL): CEPAL. Naciones Unidas (CL); 2008 Jun. 38 p.
- Dias Jr. CS, Verona APA, Pena JL, Machado-Coelho GLL. Desigualdades demográficas e socioeconômicas entre brancos e indígenas no Brasil. REDES. 2010; 15(2): 50-65.
- Drumond E, Abreu DM, Machado C, Gomes F, França E. Racial Disparities and Avoidable Infant Mortality in a City of Southeastern Brazil, 2001–09. J Trop Pediatr. 2013; 59 (1): 23-28.
- Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (7): 1511-1528.
- Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(12): 2327-39.
- França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas [Internet]. 2008 [acesso em 2014 jul 28]: [29 p.]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf

- Garcia LP, Santana LR. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. *Ciê. Saúde Colet.* 2011; 16(9): 3717-3728.
- Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 120 p.
- Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Pontes AL, Garnelo L, editores. *Saúde Indígena: Uma Introdução à Temática*. Brasília: Ministério da Educação; 2012: p. 19-58.
- Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet.* 2009; 374 (9683): 65-75.
- Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 1987. Chapter 4: Measures of Disease Frequency and Association; p. 55-98.
- Horta BL, Santos RV, Welch J, Cardoso AM, Santos JV, Assis AM, Lira PC, Coimbra Jr. CEA. Nutritional status of indigenous children: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil. *International Journal for Equity in Health* [internet]. 2013 Abr 03 [acesso 2013 Abr 20]; (12) 23: 1-13. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-12-23.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012. 31 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012. 245 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Características da População e dos Domicílios. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. 270 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tendências demográficas. Uma análise dos indígenas com base dos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005. 141 p.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. 261 p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Metodologia do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013. 712 p. (Série Relatórios Metodológicos; v.41).
- Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. 2012; 22 (3): 895-918.
- Kaufman JS, Cooper RS. Commentary: considerations for use of racial/ethnic classification in etiologic research. *Am J Epidemiol*. 2001; 154 (4): 291-298.
- Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. de Saúde Pública*. 2002; 36 (6): 759-72.
- Leal MC, Gama, SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39 (1): 100-7.
- Lima ACS, Barroso-Hoffman M. Estado e povos indígenas no Brasil. In: Lima ACS, Barroso-Hoffman M, organizadores. Estado e povos indígenas: bases para uma política indigenista II. Rio de Janeiro: Contra capa; 2002. P. 7-24.
- Lin S S, Kelsey JL. Use of race and ethnicity in epidemiologic research: concepts, methodological issues, and suggestions for research. *Epidemiol Rev*. 2000; 22 (2):187-202.
- Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, Rudan I, Campbell H, Cibulskis R, Li M, Mathers C, Black RE. Global, regional, and national, causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*. 2012; 379: 2151-61.
- Machado M, Pagliaro H, Baruzzi RG. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). *Rev. bras. estud. popul.* 2009; 26 (1): 37-50.
- Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor ou raça no Estudo Pró-saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:171-80.
- Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL, França E, Almeida MF, Duarte EC. *Epidemiol. serv. saúde*. 2010; 19 (2): 173-176.

- Mello Jorge MHP; Laurenti R; Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciê Saúde Colet.* 2007; 12 (3): 643-654.
- Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília; 2002 [acesso 2014 mar 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Brasília; 2007 [acesso 2014 mar 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise da Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher [Internet]. Brasília; 2011. Capítulo 6, Mortalidade Infantil no Brasil: tendências, componentes e causas do morte no período de 2000 a 2010; [Acesso 2014 ago 18]; p.163-181. Disponível em:http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte3_cap17.pdf
- Ministério da Saúde. Portaria nº 1922, de 11 de setembro de 2008. Diário Oficial da União. Seção 1. Nº 177. Publicado em 12 de setembro de 2008.
- Monteiro SS. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro SS, Sansone L, editores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre saúde, raça e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 45-56.
- Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet.* 2006; 367 (9525):1859-69.
- Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Catherine M, Mohsen N, Salomon JA, Shibuya K, Vos T, Lopez AD. GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet.* 2012; 380:2055-58.
- O'Hare B, Makuta I, Chiwaula L, Bar-Zeev N. Income and child mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *J Royal Soc Med.* 2013; 106 (10) 408–14.

- Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16: 1137-42.
- Orellana JDY, Coimbra Jr CEA, Lourenço AEP, Santos RV. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82 (5): 383-89.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 132ª Sessão do Comitê Executivo. Etnicidade e Saúde. Washington, D.C.: Organização Mundial da Saúde; 2003.
- Pagliari H. A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 79-102.
- Pagliari H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 11-32.
- Pereira NOM, Azevedo MM. Os povos indígenas e os Censos do IBGE: uma experiência brasileira. Trabalho apresentado no: I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP; 2004 Set 18-20; Caxambu- MG – Brasil.
- Pereira NOM, Santos RV, Welch JR, Souza LG, Coimbra Jr. CEA. Demography, Territory, and Identity of Indigenous Peoples in Brazil: The Xavante Indians and the 2000 Brazilian National Census. *Human Organization*. 2009; 68 (2): 166-180.
- Perz SG, Warren J, Kennedy DP. Contributions of Racial-Ethnic Reclassification and Demographic Processes to Indigenous Population Resurgence. The Case of Brazil. *LARR*. 2008; 43 (2): 7-33.
- Queiroz BL, Sawyer DOT. O que os dados de mortalidade do Censo de 2010 podem nos dizer? *R. bras. est. popul.* 2012; 29 (2): 225-238.
- Rede Interagencial de Informações para Saúde 2012 (RIPSA). Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (IDB) [Internet]. [Acesso 2014 maio 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/c01b.htm>
- Sanigest International. Programa de Saúde Indígena - Brasil. Avaliação do Programa de Saúde Indígena do Brasil. Sanigest International; 2003.
- Santos HG, Andrade SM, Birolim MM, Carvalho WO, Silva AMR. Mortalidade Infantil no Brasil: uma revisão da literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. *Pediatrics*. 2010; 32(2): 131-43.

- Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Cebes; 2008. p.1035-56.
- Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Cardoso AM. Povos Indígenas no Brasil. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin SA. Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 21-45.
- Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, editores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.13-47.
- Santos RV, Flowers NM, Coimbra Jr CEA. Demografia, epidemias e organização social: Os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéñitépa), Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, editores. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 59-78.
- Santos RV, Pereira NOM. Os indígenas nos censos nacionais no Brasil. Cad. Saúde Pública 2005; 21(6): 1626-1627.
- Santos RV, Teixeira P. O indígena que emerge do Censo Demográfico de 2010. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (6): 1048-49.
- Silveira FM, Santos IS, Barros AJ, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev. de Saúde Pública. 2008; 42 (5): 957-64.
- Simões CCS. Perfis de Saúde e Mortalidade no Brasil: Uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.
- Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. [1º Acesso em 2002 abr 17]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=3175&z=cd&o=7>
- Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (4): 853-61.
- Souza LG, Pagliaro H; Santos, R V. Perfil demográfico dos índios Boróro de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):328-336.

- Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15 Suppl 1: S1465-73.
- Souza LG, Santos RV, Pagliaro H, Carvalho MS, Flowers NM, Coimbra Jr. CEA. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(10): 1891-1905.
- Stephens C, Porter J, Nettleton C, Willis R. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *Lancet*. 2006; 367 (9527): 2019-28.
- Szwarcwald CL, Leal M C, Castilho EA, Andrade CLT. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(3):503-516.
- Szwarcwald CL, Neto OLM, Frias PG, Souza Júnior PRB, Escalante JJC, Lima RBL, Viola RC. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e Amazônia Legal: Estimação das coberturas do SIM e SINASC nos municípios brasileiros. In: *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e evidências selecionadas de impacto nas ações de vigilância em saúde* [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011 [Acesso 2013 maio 15]. p.79-97. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_3_saude_brasil_2010.pdf
- Tomashek KM, Qin C, Hsia J, Iyasu S, Barfield WD, Flowers LM. Infant mortality trends and differences between American indian/Alaska native infants and white infants in the United States, 1989–1991 and 1998–2000. *Am J Public Health*. 2006; 96(12):2222-27.
- Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20:660-78.
- Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria Operacional. TC-009.240/2007-5. Acórdão 668/2008: 164-165.
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil 2 - Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 6736 (11) 60138: 32-46.
- Volpe FM, Abrantes MM, Capanema FD, Chaves JG. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26 (6): 478–84.

Welch JR. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Introdução. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(4): 851-54.

Wood CH, Carvalho JAM, Horta CJG. The Color of Child Mortality in Brazil 1950-2000. LARR. 2010; 45(2): 114-138.

9. Anexos

Anexo 1-Questionário do universo do Censo de 2010.

Anexo 2- Questionário da amostra do Censo de 2010.



Censo Demográfico 2010

CD 2010

Questionário Básico

MUNICÍPIO:

POSTO DE COLETA:

1 IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

1.01 UF	1.02 MUNICÍPIO	1.03 DISTRITO	1.04 SUBDISTRITO	1.05 SETOR	1.06 Nº DA QUADRA	1.07 Nº DA FACE
LOCALIDADE:				CEP:		
LOGRADOURO: (Endereço completo)						

ESPÉCIES DE DOMICÍLIO OCUPADO

- 1.08 ☐ 1 - DOMICÍLIO PARTICULAR PERMANENTE OCUPADO ☐ 6 - DOMICÍLIO COLETIVO COM MORADOR
- ☐ 5 - DOMICÍLIO PARTICULAR IMPROVISADO OCUPADO

Siga 1.09

TIPO

- 1.09 ☐ 11 - CASA ☐ 53 - OUTRO (VAGÃO, TRAILER, GRUTA, ETC.)
- ☐ 12 - CASA DE VILA OU EM CONDOMÍNIO ☐ 61 - ASILO, ORFANATO E SIMILARES COM MORADOR
- ☐ 13 - APARTAMENTO ☐ 62 - HOTEL, PENSÃO E SIMILARES COM MORADOR
- ☐ 14 - HABITAÇÃO EM: CASA DE CÔMODOS, CORTIÇO OU CABEÇA DE PORCO ☐ 63 - ALOJAMENTO DE TRABALHADORES COM MORADOR
- ☐ 15 - **OCA OU MALOCA** ☐ 64 - PENITENCIÁRIA, PRESÍDIO OU CASA DE DETENÇÃO COM MORADOR
- ☐ 51 - TENDA OU BARRACA ☐ 65 - OUTRO COM MORADOR
- ☐ 52 - DENTRO DO ESTABELECIMENTO

Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas.

Se código 1 no quesito 1.08, siga para o quesito 2.01
Se código 5 no quesito 1.08, siga para o quesito 3.01
Se código 6 no quesito 1.08, siga para o quesito 4.01

2 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES OCUPADOS CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

2.01 - ESTE DOMICÍLIO É:

- ☐ 1 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - JÁ PAGO ☐ 4 - CEDIDO POR EMPREGADOR
- ☐ 2 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - AINDA PAGANDO ☐ 5 - CEDIDO DE OUTRA FORMA
- ☐ 3 - ALUGADO ☐ 6 - OUTRA CONDIÇÃO

Siga 2.02

2.02 - QUANTOS BANHEIROS DE USO EXCLUSIVO DOS MORADORES EXISTEM NESTE DOMICÍLIO?
(Inclusive os localizados no terreno ou na propriedade)

- ☐ 1 - BANHEIRO(S) COM CHUVEIRO (OU BANHEIRA) E VASO SANITÁRIO (OU PRIVADA)

(Se 0(zero), siga 2.03. Caso contrário, passe ao 2.04)
(Se 9 ou mais de 9, registre 9. Se não existir registre 0 (zero))

2.03 - UTILIZA SANITÁRIO OU BURACO PARA DEJEIÇÕES, INCLUSIVE OS LOCALIZADOS NO TERRENO OU NA PROPRIEDADE?
(Cercado por paredes de qualquer material)

- ☐ 1 - SIM (Siga 2.04) ☐ 2 - NÃO (Passe ao 2.05)

Obs.: Dependendo da região do país, sanitário pode ser conhecido como: casinha, patente, latrina privada, sentina, retere, casa-de-força, cambrone

2.04 - O ESGOTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO É LANÇADO (JOGADO) EM:

- ☐ 1 - REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL ☐ 3 - FOSSA RUDIMENTAR ☐ 5 - RIO, LAGO OU MAR
- ☐ 2 - FOSSA SÉPTICA ☐ 4 - VALA ☐ 6 - OUTRO

Siga 2.05

2.05 – A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É:

- ☐ 1 - REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO
 ☐ 5 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA
 ☐ 8 - OUTRA
- ☐ 2 - POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE
 ☐ 6 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA
 ☐ 9 - POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA
- ☐ 3 - POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE
 ☐ 7 - RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS
 ☐ 10 - POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA
- ☐ 4 - CARRO-PIPA

Obs.: As categorias em negrito só foram disponibilizadas em setores de terras indígenas.

Siga 2.06

2.06 – O LIXO DESTE DOMICÍLIO É:

- ☐ 1 - COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA
 ☐ 4 - ENTERRADO (Na propriedade)
 ☐ 6 - JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR
- ☐ 2 - COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA
 ☐ 5 - JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO
 ☐ 7 - TEM OUTRO DESTINO
- ☐ 3 - QUEIMADO (Na propriedade)

Siga 2.07

2.07 – EXISTE ENERGIA ELÉTRICA NO DOMICÍLIO?

- ☐ 1 - SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA Siga 2.08
 ☐ 2 - SIM, DE OUTRAS FONTES Passe ao 3.01
 ☐ 3 - NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA Passe ao 3.01

2.08 - EXISTE MEDIDOR OU RELÓGIO NO DOMICÍLIO?

- ☐ 1 - SIM, DE USO EXCLUSIVO
 ☐ 2 - SIM, DE USO COMUM
 ☐ 3 - NÃO TEM MEDIDOR OU RELÓGIO

Siga 3.01

3 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES - EMIGRAÇÃO INTERNACIONAL

3.01 - ALGUMA PESSOA QUE MORAVA COM VOCÊ(S) ESTAVA MORANDO EM OUTRO PAÍS EM 31 DE JULHO DE 2010?

- ☐ 1 - SIM (Siga 3.02)
 ☐ 2 - NÃO (Passe ao 4.01)

3.02 - NOME Siga 3.03	3.03 - SEXO 1 - M 2 - F Siga 3.04	3.04 - ANO DE NASCIMENTO Siga 3.05	3.05 - ANO DA ÚLTIMA PARTIDA PARA MORAR EM OUTRO PAÍS Siga 3.06	3.06 - PAÍS DE RESIDÊNCIA EM 31 DE JULHO DE 2010 Siga 4.01
		 ano	 ano	
		 ano	 ano	
		 ano	 ano	

INFORMAÇÕES SOBRE MORADORES

4 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES E COLETIVOS

4.01 – QUANTAS PESSOAS MORAVAM NESTE DOMICÍLIO EM 31 DE JULHO DE 2010?

Siga 4.02

PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES

4.02 – A RESPONSABILIDADE PELO DOMICÍLIO É DE:

(Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores)

- ☐ 1 - APENAS UM MORADOR
 ☐ 2 - MAIS DE UM MORADOR

Siga 5.01

LISTA DE MORADORES EM 31 DE JULHO DE 2010

5.01 - NOME DO MORADOR		5.02 - QUAL É A RELAÇÃO DE PARENTESCO OU DE CONVIVÊNCIA COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?		5.04 Nº DE ORDEM
Siga 5.02		Siga 5.04		Siga 5.05
RELAÇÃO COM RESPONSÁVEL				
1 - PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO	5 - FILHO(A) SOMENTE DO RESPONSÁVEL	10 - NETO(A)	17 - PENSIONISTA	
2 - CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) DE SEXO DIFERENTE	6 - ENTEADO(A)	11 - BISNETO(A)	18 - EMPREGADO(A) DOMÉSTICO(A)	
3 - CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) DO MESMO SEXO	7 - GENRO OU NORA	12 - IRMÃO OU IRMÃ	19 - PARENTE DO(A) EMPREGADO(A) DOMÉSTICO(A)	
4 - FILHO(A) DO RESPONSÁVEL E DO CÔNJUGE	8 - PAI, MÃE, PADRASTO OU MADRASTA	13 - AVÔ OU AVÓ	20 - INDIVIDUAL EM DOMICÍLIO COLETIVO	
	9 - SOGRO(A)	14 - OUTRO PARENTE		
		15 - AGREGADO(A)		
		16 - CONVIVENTE		
5.05 - TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO, INCLUSIVE AUSENTES, IDOSOS E CRIANÇAS, FORAM LISTADOS?				
1 - SIM (Siga 6.00)		2 - NÃO (Volte à lista para inclusão)		

6

CARACTERÍSTICAS DO MORADOR

6.00 - NOME DA PESSOA 		Siga 6.01
6.01 - SEXO ☐ 1 - MASCULINO ☐ 2 - FEMININO Siga 6.02	6.02 - QUAL É O MÊS E O ANO DO SEU NASCIMENTO? 6.021 - MÊS (Se mês ou ano em branco, siga 6.03) (Se mês e ano preenchidos, passe ao 6.04) 6.022 - ANO 	
6.03 - QUAL ERA A SUA IDADE EM 31 DE JULHO DE 2010? 6.031 - UM ANO OU MAIS 6.032 - MENOS DE UM ANO MESES Siga 6.04		
6.04 - A SUA COR OU RAÇA É: ☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - AMARELA ☐ 4 - PARDA ☐ 5 - INDÍGENA (Passe ao 6.06) (Se terra indígena no tipo de setor e código 1 a 4 neste quesito, siga 6.05) (Se tipo de setor diferente de terra indígena e código 1 a 4 neste quesito: a) Tem idade menor ou igual a 10 anos, passe ao 6.10) b) Tem idade maior do que 10 anos, passe ao 6.11)		
6.05 - VOCÊ SE CONSIDERA INDÍGENA? ☐ 1 - SIM (Siga 6.06) ☐ 2 - NÃO → (Tem idade menor ou igual a 10 anos, passe ao 6.10) (Tem idade maior do que 10 anos, passe ao 6.11)		

6.06 - QUAL É A SUA ETNIA OU O POVO A QUE PERTENCE?

6.07 - FALA LÍNGUA INDÍGENA NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais)

☐ 1 - SIM (Siga 6.08) ☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.09)

6.08 - QUAL(IS)?
(ESPECIFIQUE A(S) LÍNGUA(S) INDÍGENA(S) - ATÉ DOIS REGISTROS)

6.081

6.083

6.09 - FALA PORTUGUÊS NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais)

☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO (Tem idade menor ou igual a 10 anos, siga 6.10)
(Tem idade maior do que 10 anos, passe ao 6.11)

PARA PESSOAS COM ATÉ 10 ANOS DE IDADE

6.10 - TEM REGISTRO DE NASCIMENTO:

☐ 1 - DO CARTÓRIO ☐ 2 - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) DO HOSPITAL OU DA MATERNIDADE ☐ 3 - REGISTRO ADMINISTRATIVO DE NASCIMENTO INDÍGENA(RANI) (Somente para aquele que se declarar ou se considerar indígena) ☐ 4 - NÃO TEM ☐ 5 - NÃO SABE

(Se tem idade maior ou igual a 5 anos, siga 6.11) (Caso contrário, passe ao 6.13)

EDUCAÇÃO

PARA PESSOA DE 5 ANOS OU MAIS DE IDADE

6.11 - SABE LER E ESCREVER?

☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO (Se tem idade maior ou igual a 10 anos, siga 6.12)
(Caso contrário, passe ao 6.13)

RENDIMENTO

PARA A PESSOA DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

6.12 - QUAL ERA O SEU RENDIMENTO MENSAL TOTAL, EM JULHO DE 2010?
(DEVEM SER SOMADOS TODOS OS RENDIMENTOS MENSAIS DE TRABALHOS E DE OUTRAS FONTES DA PESSOA)

☐ 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS ☐ 2 - SOMENTE EM BENEFÍCIOS (Moradia, alimentação, treinamento, etc.) ☐ 0 - NÃO TEM

↳ 6121 - R\$,00

PARA TODAS AS PESSOAS

6.13 - ASSINALE QUEM PRESTOU AS INFORMAÇÕES DESTA PESSOA:

☐ 1 - A PRÓPRIA PESSOA (Encerre a entrevista da pessoa) ☐ 3 - NÃO MORADOR (Encerre a entrevista da pessoa)

☐ 2 - OUTRO MORADOR

6.14 - Nome do outro morador

7 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES - MORTALIDADE

7.01 - DE AGOSTO DE 2009 A JULHO DE 2010, FALECEU ALGUMA PESSOA QUE MORAVA COM VOCÊ(S)?
(Inclusive crianças recém-nascidas e idosos)

☐ 1 - SIM (Siga 7.02) ☐ 2 - NÃO (Encerre a entrevista)

7.02 - NOME Siga 7.03	7.03 - MÊS E ANO DE FALECIMENTO Siga 7.04	7.04 - SEXO 1 - M 2 - F Siga 7.05	7.05 - IDADE AO FALECER	
			7.051 - EM ANOS UM ANO OU MAIS	7.052 - EM MESES MENOS DE UM ANO
	☐ 1 - Agosto de 2009			
	☐ 2 - Setembro de 2009			
	☐			
	☐ 11 - Junho de 2010			
	☐ 12 - Julho de 2010			



Censo Demográfico 2010

CD 2010

Questionário da Amostra

MUNICÍPIO:

POSTO DE COLETA:

1 IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

1.01 UF	1.02 MUNICÍPIO	1.03 DISTRITO	1.04 SUBDISTRITO	1.05 SETOR	1.06 Nº DA QUADRA	1.07 Nº DA FACE
LOCALIDADE:				CEP:		
LOGRADOURO: (Endereço completo)						

ESPÉCIES DE DOMICÍLIO OCUPADO

- 1.08 ☐ 1 - DOMICÍLIO PARTICULAR PERMANENTE OCUPADO ☐ 6 - DOMICÍLIO COLETIVO COM MORADOR
☐ 5 - DOMICÍLIO PARTICULAR IMPROVISADO OCUPADO

Siga 1.09

TIPO

- 1.09 ☐ 11 - CASA ☐ 53 - OUTRO (VAGÃO, TRAILER, GRUTA, ETC.)
☐ 12 - CASA DE VILA OU EM CONDOMÍNIO ☐ 61 - ASILO, ORFANATO E SIMILARES COM MORADOR
☐ 13 - APARTAMENTO ☐ 62 - HOTEL, PENSÃO E SIMILARES COM MORADOR
☐ 14 - HABITAÇÃO EM: CASA DE CÔMODOS, CORTIÇO OU CABEÇA DE PORCO ☐ 63 - ALOJAMENTO DE TRABALHADORES COM MORADOR
☐ 15 - **OCA OU MALOCA** ☐ 64 - PENITENCIÁRIA, PRESÍDIO OU CASA DE DETENÇÃO COM MORADOR
☐ 51 - TENDA OU BARRACA ☐ 65 - OUTRO MORADOR
☐ 52 - DENTRO DO ESTABELECIMENTO

Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas.

Se código 1 no quesito 1.08, siga para o quesito 2.01
Se código 5 no quesito 1.08, siga para o quesito 3.01
Se código 6 no quesito 1.08, siga para o quesito 4.01

2 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES OCUPADOS CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

2.01 - ESTE DOMICÍLIO É:

- ☐ 1 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - JÁ PAGO ☐ 4 - CEDIDO POR EMPREGADOR
☐ 2 - PRÓPRIO DE ALGUM MORADOR - AINDA PAGANDO ☐ 5 - CEDIDO DE OUTRA FORMA
☐ 3 - ALUGADO ☐ 6 - OUTRA CONDIÇÃO

2.011 - VALOR DO ALUGUEL R\$,00

Siga 2.02

2.02 - O MATERIAL PREDOMINANTE NAS PAREDES EXTERNAS É:

- ☐ 1 - ALVENARIA COM REVESTIMENTO ☐ 4 - TAIPA REVESTIDA ☐ 7 - PALHA
☐ 2 - ALVENARIA SEM REVESTIMENTO ☐ 5 - TAIPA NÃO REVESTIDA ☐ 8 - OUTRO MATERIAL
☐ 3 - MADEIRA APROPRIADA PARA CONSTRUÇÃO (APARELHADA) ☐ 6 - MADEIRA APROVEITADA ☐ 9 - SEM PAREDE

Obs.: A categoria em negrito só foi disponibilizada em setores de terras indígenas.

Siga 2.03

2.03 - QUANTOS CÔMODOS EXISTEM NESTE DOMICÍLIO? (Inclusive banheiro e cozinha)

(Não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais)

Siga 2.04

2.04 - QUANTOS CÔMODOS SERVEM DE DORMITÓRIO PARA OS MORADORES? Siga 2.05		2.05 - QUANTOS BANHEIROS DE USO EXCLUSIVO DOS MORADORES EXISTEM NESTE DOMICÍLIO? (Inclusive os localizados no terreno ou na propriedade) BANHEIROS COM CHUVEIRO (OU BANHEIRA) E VASO SANITÁRIO (OU PRIVADA) (Se 9 ou mais de 9, registre 9. Se não existir registre 0 (zero)) (Se 0 (zero) siga 2.06. Caso contrário, passe ao 2.07)	
2.06 - UTILIZA SANITÁRIO OU BURACO PARA DEJEÇÕES, INCLUSIVE OS LOCALIZADOS NO TERRENO OU NA PROPRIEDADE? (Cercado por paredes de qualquer material) 1 - SIM (Siga 2.07) 2 - NÃO (Passe ao 2.08) Obs.: Dependendo da região do país, sanitário pode ser conhecido como: casinha, patente, latrina, privada, sentina, retrete, casa-de-força, cambrone			
2.07 - O ESGOTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO É LANÇADO (JOGADO) EM: 1 - REDE GERAL DE ESGOTO OU PLUVIAL 2 - FOSSA SÉPTICA 3 - FOSSA RUDIMENTAR 4 - VALA 5 - RIO, LAGO OU MAR 6 - OUTRO Siga 2.08			
2.08 - A FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É: 1 - REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO 2 - POÇO OU NASCENTE NA PROPRIEDADE 3 - POÇO OU NASCENTE FORA DA PROPRIEDADE 4 - CARRO-PIPA 5 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA EM CISTERNA 6 - ÁGUA DA CHUVA ARMAZENADA DE OUTRA FORMA 7 - RIOS, AÇUDES, LAGOS E IGARAPÉS 8 - OUTRA 9 - POÇO OU NASCENTE NA ALDEIA 10 - POÇO OU NASCENTE FORA DA ALDEIA Obs.: As categorias em negrito só foram disponibilizadas em setores de terras indígenas. Siga 2.09			
2.09 - NESTE DOMICÍLIO EXISTE ÁGUA CANALIZADA (ENCANADA)? 1 - SIM, EM PELO MENOS UM CÔMODO 2 - SIM, SÓ NA PROPRIEDADE OU TERRENO 3 - NÃO Siga 2.10			
2.10 - O LIXO DESTA DOMICÍLIO É: 1 - COLETADO DIRETAMENTE POR SERVIÇO DE LIMPEZA 2 - COLOCADO EM CAÇAMBA DE SERVIÇO DE LIMPEZA 3 - QUEIMADO (Na propriedade) 4 - ENTERRADO (Na propriedade) 5 - JOGADO EM TERRENO BALDIO OU LOGRADOURO 6 - JOGADO EM RIO, LAGO OU MAR 7 - TEM OUTRO DESTINO Siga 2.11			
2.11 - EXISTE ENERGIA ELÉTRICA NO DOMICÍLIO? 1 - SIM, DE COMPANHIA DISTRIBUIDORA → (Siga 2.12) 2 - SIM, DE OUTRAS FONTES → (Passe ao 2.13) 3 - NÃO EXISTE ENERGIA ELÉTRICA → (Passe ao 2.13)			
2.12 - EXISTE MEDIDOR OU RELÓGIO NO DOMICÍLIO? 1 - SIM, DE USO EXCLUSIVO 2 - SIM, DE USO COMUM 3 - NÃO TEM MEDIDOR OU RELÓGIO Siga 2.13			
NESTE DOMICÍLIO EXISTE: 2.13 - RÁDIO (Inclusive integrado a outro tipo de aparelho)? Siga 2.14 1 - SIM 2 - NÃO 2.14 - TELEVISÃO? Siga 2.15 1 - SIM 2 - NÃO 2.15 - MÁQ. DE LAVAR ROUPA? (Não considerar tanquinho) Siga 2.16 1 - SIM 2 - NÃO 2.16 - GELADEIRA? Siga 2.17 1 - SIM 2 - NÃO 2.17 - TELEFONE CELULAR? Siga 2.18 1 - SIM 2 - NÃO 2.18 - TELEFONE FIXO? Siga 2.19 1 - SIM 2 - NÃO 2.19 - MICROCOMPUTADOR? Siga 2.20 1 - SIM (Siga 2.20) 2 - NÃO (Passe ao 2.21) 2.20 - MICROCOMPUTADOR COM ACESSO À INTERNET? Siga 2.21 1 - SIM 2 - NÃO 2.21 - MOTOCICLETA PARA USO PARTICULAR? Siga 2.22 1 - SIM 2 - NÃO 2.22 - AUTOMÓVEL PARA USO PARTICULAR? Siga 3.01 1 - SIM 2 - NÃO			

3 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES - EMIGRAÇÃO INTERNACIONAL				
3.01 - ALGUMA PESSOA QUE MORAVA COM VOCÊ(S) ESTAVA MORANDO EM OUTRO PAÍS EM 31 DE JULHO DE 2010?				
☐ 1 - SIM (Siga 3.02) ☐ 2 - NÃO (Passe ao 4.01)				
3.02 - NOME Siga 3.03	3.03 - SEXO 1 - M 2 - F Siga 3.04	3.04 - ANO DE NASCIMENTO Siga 3.05	3.05 - ANO DA ÚLTIMA PARTIDA PARA MORAR EM OUTRO PAÍS Siga 3.06	3.06 - PAÍS DE RESIDÊNCIA EM 31 DE JULHO DE 2010 Siga 4.01
	☐	ano	ano	
	☐	ano	ano	
	☐	ano	ano	

INFORMAÇÕES SOBRE MORADORES

4 PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES E COLETIVOS	
4.01 – QUANTAS PESSOAS MORAVAM NESTE DOMICÍLIO EM 31 DE JULHO DE 2010?	
	Siga 4.02

PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES	
4.02 – A RESPONSABILIDADE PELO DOMICÍLIO É DE: (Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores)	
☐ 1 - APENAS UM MORADOR ☐ 2 - MAIS DE UM MORADOR	
Siga 5.01	

5 LISTA DE MORADORES EM 31 DE JULHO DE 2010		
5.01 - NOME DO MORADOR	5.02 - QUAL É A RELAÇÃO DE PARENTESCO OU DE CONVIVÊNCIA COM A PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO?	5.04 Nº DE ORDEM
Siga 5.02	Siga 5.04	Siga 5.05

RELAÇÃO COM RESPONSÁVEL			
1 - PESSOA RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO 2 - CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) DE SEXO DIFERENTE 3 - CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) DO MESMO SEXO 4 - FILHO(A) DO RESPONSÁVEL E DO CÔNJUGE	5 - FILHO(A) SOMENTE DO RESPONSÁVEL 6 - ENTEADO(A) 7 - GENRO OU NORA 8 - PAI, MÃE, PADRASTO OU MADRASTA 9 - SOGRO(A)	10 - NETO(A) 11 - BISNETO(A) 12 - IRMÃO OU IRMÃ 13 - AVÔ OU AVÓ 14 - OUTRO PARENTE 15 - AGREGADO(A) 16 - CONVIVENTE	17 - PENSIONISTA 18 - EMPREGADO(A) DOMÉSTICO(A) 19 - PARENTE DO(A) EMPREGADO(A) DOMÉSTICO(A) 20 - INDIVIDUAL EM DOMICÍLIO COLETIVO
5.05 - TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO, INCLUSIVE AUSENTES, IDOSOS E CRIANÇAS, FORAM LISTADOS?			
☐ 1 - SIM (Siga 6.00) ☐ 2 - NÃO (Volte à lista para inclusão)			

6		CARACTERÍSTICAS DO MORADOR	
6.00 - NOME DA PESSOA			
			Siga 6.01
6.01 - SEXO		6.02 - QUAL É O MÊS E O ANO DO SEU NASCIMENTO?	
☐ 1 - MASCULINO ☐ 2 - FEMININO Siga 6.02		6.021 - MÊS 6.022 - ANO (Se mês ou ano em branco, siga 6.03) (Se mês e ano preenchidos, passe ao 6.04)	
6.03 - QUAL ERA A SUA IDADE EM 31 DE JULHO DE 2010?			
6.031 - UM ANO OU MAIS		6.032 - MENOS DE UM ANO	
		MESES	
Siga 6.04			
6.04 - TEM MÃE VIVA? (considere apenas mãe biológica)			
☐ 1 - SIM E MORA NESTE DOMICÍLIO (Siga 6.05) ☐ 2 - SIM E MORA EM OUTRO DOMICÍLIO (Passe ao 6.06) ☐ 3 - NÃO (Passe ao 6.06) ☐ 4 - NÃO SABE (Passe ao 6.06)			
6.05 - NOME DA MÃE DO MORADOR			
			Siga 6.06
6.06 - A SUA COR OU RAÇA É:			
☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - AMARELA ☐ 4 - PARDA ☐ 5 - INDÍGENA (Passe ao 6.08)			
(Se terra indígena no tipo de setor e códigos 1 a 4 neste quesito, siga 6.07) (Se Tipo de setor diferente de terra indígena e códigos 1 a 4 neste quesito, passe ao 6.12)			
6.07 - VOCÊ SE CONSIDERA INDÍGENA?			
☐ 1 - SIM (Siga 6.08) ☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.12)			
6.08 - QUAL É A SUA ETNIA OU O POVO A QUE PERTENCE?			
			Siga 6.09
6.09 - FALA LÍNGUA INDÍGENA NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais)			
☐ 1 - SIM (Siga 6.10) ☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.11)			
6.10 - QUAL(IS)? (ESPECIFIQUE A(S) LÍNGUA(S) INDÍGENA(S) - ATÉ DOIS REGISTROS)			
6101			
6103			
Siga 6.11			
6.11 - FALA PORTUGUÊS NO DOMICÍLIO? (Considere também o uso da língua de sinais)			
☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO			
Siga 6.12			
6.12 - QUAL É A SUA RELIGIÃO OU CULTO?			
(Se tem até 10 anos de idade, siga 6.13. Caso contrário, passe ao 6.14)			
PARA PESSOAS COM ATÉ 10 ANOS DE IDADE			
6.13 - TEM REGISTRO DE NASCIMENTO:			
☐ 1 - DO CARTÓRIO ☐ 2 - DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) DO HOSPITAL OU DA MATERNIDADE ☐ 3 - REGISTRO ADMINISTRATIVO DE NASCIMENTO INDÍGENA(RANI) (Somente para aquele que se declarar ou se considerar indígena) ☐ 4 - NÃO TEM ☐ 5 - NÃO SABE			
Siga 6.14			
DEFICIÊNCIA - PARA TODAS AS PESSOAS			
6.14 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE ENXERGAR? (SE UTILIZA ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO OS ESTIVER UTILIZANDO)			
☐ 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM ☐ 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE ☐ 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE ☐ 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE			
Siga 6.15			
6.15 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE OUVIR? (SE UTILIZA APARELHO AUDITIVO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO)			
☐ 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM ☐ 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE ☐ 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE ☐ 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE			
Siga 6.16			
6.16 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE CAMINHAR OU SUBIR DEGRAUS? (SE UTILIZA PRÓTESE, BENGALA OU APARELHO AUXILIAR, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO)			
☐ 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM ☐ 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE ☐ 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE ☐ 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE			
Siga 6.17			
6.17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA MENTAL/INTELLECTUAL PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS, COMO TRABALHAR, IR À ESCOLA, BRINCAR, ETC.?			
☐ 1 - SIM, ☐ 2 - NÃO			
Siga 6.18			

MIGRAÇÃO INTERNA E IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL

6.18 - NASCEU NESTE MUNICÍPIO?

- ☐ 1 - SIM E SEMPRE MOROU (Se 5 anos ou mais de idade, passe 6.27. Caso contrário, passe ao 6.28)
 ☐ 2 - SIM MAS MOROU EM OUTRO MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO (Passe ao 6.23)
 ☐ 3 - NÃO (Siga 6.19)

6.19 - NASCEU NESTA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO)?

- ☐ 1 - SIM, E SEMPRE MOROU (Passe ao 6.24)
 ☐ 2 - SIM, MAS MOROU EM OUTRA UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU PAÍS ESTRANGEIRO (Passe 6.23)
 ☐ 3 - NÃO (Siga 6.20)

6.20 - QUAL É A SUA NACIONALIDADE?

- ☐ 1 - BRASILEIRO NATO (Passe ao 6.22)
 ☐ 2 - NATURALIZADO BRASILEIRO (Siga 6.21)
 ☐ 3 - ESTRANGEIRO (Siga 6.21)

6.21 - EM QUE ANO FIXOU RESIDÊNCIA NO BRASIL?

--	--	--	--

ANO

Siga 6.22

6.22 - QUAL É A UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) OU PAÍS ESTRANGEIRO DE NASCIMENTO?

- ☐ 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO

- ☐ 2 - PAÍS ESTRANGEIRO

--	--	--	--

6.221 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO

--	--	--	--

6.223 - PAÍS ESTRANGEIRO

Siga 6.23

6.23 - HÁ QUANTO TEMPO MORA SEM INTERRUPÇÃO NESTA UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO)? (SE INFERIOR A 1 ANO, REGISTRE ZERO)

--	--	--

Siga 6.24

6.24 - HÁ QUANTO TEMPO MORA SEM INTERRUPÇÃO NESTE MUNICÍPIO? (SE INFERIOR A 1 ANO, REGISTRE ZERO)

--	--	--

NÚMERO DE ANOS

(Se mora há menos de 10 anos, siga 6.25.)

(Se mora há 10 anos ou mais e tem 5 anos ou mais de idade, passe ao 6.27)

(Caso contrário, passe ao 6.28)

6.25 - EM QUE UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) E MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO MORAVA ANTES DE MUDAR-SE PARA ESTE MUNICÍPIO?

- ☐ 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO/MUNICÍPIO

- ☐ 2 - PAÍS ESTRANGEIRO

--	--	--	--

6.251 - UF

--	--	--	--

6.253 - MUNICÍPIO

--	--	--	--

6.255 - PAÍS ESTRANGEIRO

(Se no quesito 6.24 mora há menos de 6 anos e tem 5 anos ou mais de idade, siga 6.26)

(Se no quesito 6.24 mora há 6 anos ou mais e tem 5 anos ou mais de idade, passe ao 6.27)

(Se tiver menos de 5 anos de idade, passe ao 6.28)

6.26 - EM QUE UNIDADE DA FEDERAÇÃO (ESTADO) E MUNICÍPIO OU PAÍS ESTRANGEIRO MORAVA EM 31 DE JULHO DE 2005?

- ☐ 1 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO/MUNICÍPIO

- ☐ 2 - PAÍS ESTRANGEIRO

--	--	--	--

6.261 - UF

--	--	--	--

6.263 - MUNICÍPIO

--	--	--	--

6.265 - PAÍS ESTRANGEIRO

(Se tem 5 anos ou mais de idade, siga 6.27. Caso contrário, passe ao 6.28)

EDUCAÇÃO

PARA PESSOA DE 5 ANOS OU MAIS DE IDADE

6.27 - SABE LER E ESCREVER?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO
 Siga 6.28

PARA TODAS AS PESSOAS

6.28 - FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?

- ☐ 1 - SIM, PÚBLICA
 ☐ 2 - SIM, PARTICULAR
 ☐ 3 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (Passe ao 6.33)
 ☐ 4 - NÃO, NUNCA FREQUENTOU (Se tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70)

(Siga 6.29)

PARA PESSOA QUE FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE

6.29 - QUAL É O CURSO QUE FREQUENTA?

- | | |
|---|---|
| <p>☐ 01 - CRECHE</p> <p>☐ 02 - PRÉ-ESCOLAR (MATERNAL E JARDIM DE INFÂNCIA)</p> <p>☐ 03 - CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA</p> <p>☐ 04 - ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS</p> <p>☐ 05 - REGULAR DO ENSINO FUNDAMENTAL (Siga 6.30)</p> <p>☐ 06 - EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA - OU SUPLETIVO DO ENSINO FUNDAMENTAL (Passe ao 6.36)</p> | <p>☐ 07 - REGULAR DO ENSINO MÉDIO (Passe ao 6.31)</p> <p>☐ 08 - EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - EJA - OU SUPLETIVO DO ENSINO MÉDIO (Passe ao 6.36)</p> <p>☐ 09 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO (Passe ao 6.32)</p> <p>☐ 10 - ESPECIALIZAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR (MÍNIMO DE 360 HORAS)</p> <p>☐ 11 - MESTRADO</p> <p>☐ 12 - DOUTORADO</p> |
|---|---|

(Passe ao 6.35)

6.30 - QUAL É A SÉRIE/ANO QUE FREQUENTA?

- ☐ 01 - PRIMEIRO ANO
 ☐ 06 - QUINTA SÉRIE/SEXTO ANO
☐ 02 - PRIMEIRA SÉRIE/SEGUNDO ANO
 ☐ 07 - SEXTA SÉRIE/SETIMO ANO
☐ 03 - SEGUNDA SÉRIE/TERCEIRO ANO
 ☐ 08 - SÉTIMA SÉRIE/OITAVO ANO
☐ 04 - TERCEIRA SÉRIE/QUARTO ANO
 ☐ 09 - OITAVA SÉRIE/NONO ANO
☐ 05 - QUARTA SÉRIE/QUINTO ANO
 ☐ 10 - CURSO NÃO SERIADO

Passe ao 6.36

6.31 - QUAL É A SÉRIE QUE FREQUENTA?

- ☐ 1 - PRIMEIRA SÉRIE
 ☐ 3 - TERCEIRA SÉRIE
 ☐ 5 - CURSO NÃO SERIADO
☐ 2 - SEGUNDA SÉRIE
 ☐ 4 - QUARTA SÉRIE

Passe ao 6.36

6.32 - JÁ CONCLUIU OUTRO CURSO SUPERIOR DE GRADUAÇÃO?

- ☐ 1 - SIM (Passe ao 6.35)
 ☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.36)

PARA PESSOA QUE NÃO FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE, MAS JÁ FREQUENTOU

6.33 - QUAL FOI O CURSO DE NÍVEL MAIS ELEVADO QUE FREQUENTOU?

- ☐ 01 - CRECHE, PRÉ-ESCOLAR (MATERNAL E JARDIM DE INFÂNCIA), CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA
☐ 02 - ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS
☐ 03 - ANTIGO PRIMÁRIO (ELEMENTAR)
☐ 04 - ANTIGO GINÁSIO (MÉDIO 1º CICLO)

(Siga 6.34)

REGULAR DO ENSINO
FUNDAMENTAL OU 1º GRAU

- ☐ 05 - (da 1ª A 3ª série/do 1º ao 4º ano)
☐ 06 - (4ª série/5º ano)
☐ 07 - (da 5ª a 8ª série/do 6º ao 9º ano)

(Se tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37)
 (Se tem menos de 10 anos de idade, passe ao 6.70)

- ☐ 08 - SUPLETIVO DO ENSINO FUNDAMENTAL OU DO 1º GRAU
☐ 09 - ANTIGO CIENTÍFICO, CLÁSSICO, ETC....(MÉDIO 2º CICLO)
☐ 10 - REGULAR OU SUPLETIVO DO ENSINO MÉDIO OU DO 2º GRAU
☐ 11 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO
☐ 12 - ESPECIALIZAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR (MÍNIMO DE 360 HORAS)
☐ 13 - MESTRADO
☐ 14 - DOUTORADO

(Siga 6.34)

6.34 - CONCLUIU ESTE CURSO?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

(Se códigos 12; 13 ou 14 no quesito 6.33, siga 6.35)
 (Se código 11 no quesito 6.33 e código 1 neste quesito, siga 6.35)
 (Se código 11 no quesito 6.33 e código 2 neste quesito, passe ao 6.37)
 (Se códigos de 01 a 10 no quesito 6.33 e tem 10 anos ou mais de idade, passe ao 6.37)
 (Se códigos de 01 a 10 no quesito 6.33 e tem menos de 10 anos de idade, passe ao 6.70)

6.35 - QUAL É A ESPÉCIE DO CURSO MAIS ELEVADO QUE CONCLUIU?

- ☐ 1 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO
 ☐ 2 - MESTRADO
 ☐ 3 - DOUTORADO

6.351 - SUPERIOR DE GRADUAÇÃO

6.353 - MESTRADO

6.355 - DOUTORADO

(Se código 1 ou 2 no quesito 6.28, siga 6.36. Caso contrário, passe ao 6.37)

DESLOCAMENTO PARA ESTUDO (PARA A PESSOA QUE FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE)

6.36 - EM QUE MUNICÍPIO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU PAÍS ESTRANGEIRO FREQUENTA ESCOLA (OU CRECHE)?

- ☐ 1 - NESTE MUNICÍPIO - (Se tem 10 anos ou mais de idade, Passe ao 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70)
☐ 2 - EM OUTRO MUNICÍPIO

6.361 - UF

6.363 - MUNICÍPIO

- ☐ 3 - EM PAÍS ESTRANGEIRO

6.365 - PAÍS ESTRANGEIRO

(Se tem 10 anos ou mais de idade, siga 6.37. Caso contrário, passe ao 6.70)

NUPCIALIDADE

PARA A PESSOA DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

6.37 - VIVE EM COMPANHIA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)?

☐ 1 - SIM - (Se mulher e tipo de setor igual a terra indígena, siga 6.38)
(Se mulher, tipo de setor diferente de terra indígena e condição no domicílio de 04 a 19, siga 6.38.
Caso contrário, passe ao 6.39)

☐ 2 - NÃO, MAS JÁ VIVEU ANTES (Passe ao 6.40)

6.38 - Nome do cônjuge ou companheiro(a)

☐ 3 - NUNCA VIVEU (Passe ao 6.40)

6.39 - QUAL É A NATUREZA DA UNIÃO?

☐ 1 - CASAMENTO CIVIL E RELIGIOSO

☐ 2 - SÓ CASAMENTO CIVIL

☐ 3 - SÓ CASAMENTO RELIGIOSO

☐ 4 - UNIÃO CONSENSUAL

Siga 6.40

6.40 - QUAL É O ESTADO CIVIL?

☐ 1 - CASADO(A)

☐ 2 - DESQUITADO(A) OU SEPARADO(A) JUDICIALMENTE

☐ 3 - DIVORCIADO(A)

☐ 4 - VIÚVO(A)

☐ 5 - SOLTEIRO(A)

Siga 6.41

TRABALHO E RENDIMENTO

PARA A PESSOA DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010, DURANTE PELO MENOS 1 HORA:

6.41 - TRABALHOU GANHANDO EM DINHEIRO, PRODUTOS, MERCADORIAS OU BENEFÍCIOS?

BENEFÍCIOS: MORADIA, ALIMENTAÇÃO, TREINAMENTO, ETC.

☐ 1 - SIM (Passe ao 6.45)

☐ 2 - NÃO (Siga 6.42)

NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010:

6.42 - TINHA ALGUM TRABALHO REMUNERADO DO QUAL ESTAVA TEMPORARIAMENTE AFASTADO(A)?

(Férias, doença, licença, greve, falta, más condições do tempo, etc.)

☐ 1 - SIM (Passe ao 6.45)

☐ 2 - NÃO (Siga 6.43)

NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010, DURANTE PELO MENOS 1 HORA:

6.43- AJUDOU SEM QUALQUER PAGAMENTO NO TRABALHO REMUNERADO DE MORADOR DO DOMICÍLIO?

☐ 1 - SIM (Passe ao 6.45)

☐ 2 - NÃO (Siga 6.44)

NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010, DURANTE PELO MENOS 1 HORA:

6.44 - TRABALHOU NA PLANTAÇÃO, CRIAÇÃO DE ANIMAIS OU PESCA, SOMENTE PARA ALIMENTAÇÃO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO?

INCLUSIVE CAÇA,E EXTRAÇÃO VEGETAL

☐ 1 - SIM (Passe ao 6.46)

☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.54)

6.45 - QUANTOS TRABALHOS TINHA?

☐ 1 - UM

☐ 2 - DOIS OU MAIS

Siga 6.46

Os quesitos de 6.46 a 6.49 devem referir-se ao trabalho único ou principal que a pessoa tinha na semana de referência

ATENÇÃO - Critérios para definir o trabalho principal na semana de referência:

1 - Maior número de horas normalmente trabalhadas por semana;

2 - Maior rendimento mensal habitual;

3 - Trabalho que possui há mais tempo.

6.46 - QUAL ERA A OCUPAÇÃO QUE EXERCIA NO TRABALHO QUE TINHA?

Siga 6.47

6.47 - QUAL ERA A ATIVIDADE PRINCIPAL DO EMPREENDIMENTO (NEGÓCIO, FIRMA, EMPRESA, INSTITUIÇÃO, ENTIDADE, ETC.) EM QUE TINHA ESSE TRABALHO?

(Se código 1 no quesito 6.44, passe ao 6.53. Caso contrário, siga 6.48)

6.48 - NESSE TRABALHO ERA:

- ☐ 01 - EMPREGADO COM CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA
☐ 02 - MILITAR DO EXÉRCITO, MARINHA, AERONÁUTICA, POLÍCIA MILITAR OU CORPO DE BOMBEIROS
☐ 03 - EMPREGADO PELO REGIME JURÍDICO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS
☐ 04 - EMPREGADO SEM CARTEIRA DE TRABALHO ASSINADA
☐ 05 - CONTA PRÓPRIA
☐ 06 - EMPREGADOR (Siga 6.49)
☐ 07 - NÃO-REMUNERADO - (Se código 1 no quesito 6.45, passe ao 6.53)
 (Se código 2 no quesito 6.45, passe ao 6.50)

(Passe ao 6.51)

(Passe ao 6.50)

6.49 - QUANTAS PESSOAS EMPREGAVA NESSE TRABALHO?

- ☐ 1 - (1 A 5 PESSOAS)
 ☐ 2 - (6 OU MAIS PESSOAS)

Siga 6.50

6.50 - ERA CONTRIBUINTE DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL EM ALGUM TRABALHO QUE TINHA NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010?

- ☐ 1 - SIM, NO TRABALHO PRINCIPAL
 ☐ 2 - SIM, EM OUTRO TRABALHO
 ☐ 3 - NÃO

Siga 6.51

6.51 - NO TRABALHO PRINCIPAL, QUAL ERA O RENDIMENTO BRUTO (OU A RETIRADA) MENSAL QUE GANHAVA HABITUALMENTE EM JULHO DE 2010?

- ☐ 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS
 ☐ 2 - SOMENTE EM BENEFÍCIOS (Moradia, alimentação, treinamento, etc.)
 ☐ 0 - NÃO TEM

6.511 - R\$

,00

(Se código 1 no quesito 6.45, passe ao 6.53. Se código 2 no quesito 6.45, siga 6.52)

6.52 - NOS DEMAIS TRABALHOS, QUAL ERA O RENDIMENTO BRUTO (OU A RETIRADA) MENSAL QUE GANHAVA HABITUALMENTE EM JULHO DE 2010?

- ☐ 1 - EM DINHEIRO, PRODUTOS OU MERCADORIAS
 ☐ 2 - SOMENTE EM BENEFÍCIOS (Moradia, alimentação, treinamento, etc.)
 ☐ 0 - NÃO TEM

6.521 - R\$

,00

Siga 6.53

6.53 - NO TRABALHO PRINCIPAL, QUANTAS HORAS TRABALHAVA HABITUALMENTE POR SEMANA?

 HORAS

Passe ao 6.56

6.54 - NO PERÍODO DE 02 A 31 DE JULHO DE 2010 TOMOU ALGUMA PROVIDÊNCIA, DE FATO, PARA CONSEGUIR TRABALHO?

- ☐ 1 - SIM (Siga 6.55)
 ☐ 2 - NÃO (Passe ao 6.56)

6.55 - SE TIVESSE CONSEGUIDO TRABALHO, ESTARIA DISPONÍVEL PARA ASSUMI-LO NA SEMANA DE 25 A 31 DE JULHO DE 2010?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

Siga 6.56

EM JULHO DE 2010, TINHA RENDIMENTO MENSAL HABITUAL DE:

6.56 - APOSENTADORIA OU PENSÃO DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL (FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL)?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

Siga 6.57

6.57 - PROGRAMA SOCIAL BOLSA-FAMÍLIA OU PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL - PETI?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

Siga 6.58

6.58 - RENDIMENTO DE OUTROS PROGRAMAS SOCIAIS OU DE TRANSFERÊNCIAS?

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

Siga 6.59

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC/LOAS, DOAÇÃO OU MESADA DE NÃO MORADOR DO DOMICÍLIO, PENSÃO ALIMENTÍCIA, SEGURO DESEMPREGO, BOLSA DE ESTUDO, OUTROS PROGRAMAS, ETC.

6.59 - OUTRAS FONTES (JUROS DE POUPANÇA, APLICAÇÕES FINANCEIRAS, ALUGUEL, PENSÃO OU APOSENTADORIA DE PREVIDÊNCIA PRIVADA, ETC.)

- ☐ 1 - SIM
 ☐ 2 - NÃO

(Se do quesito 6.56 ao 6.59 houve pelo menos uma resposta "Sim", Siga 6.591. Caso contrário, veja comandos abaixo)

6.591 - EM JULHO DE 2010 QUAL FOI O VALOR TOTAL DESTES RENDIMENTO(S)?

R\$

,00

(Se assinalou código 1 ou 2 no quesito 6.45, siga 6.60)

(Se assinalou código 1 no quesito 6.44, siga 6.60)

(Caso contrário, se for mulher, passe ao 6.63. Se for homem, passe ao 6.70)

DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO

6.60 - EM QUE MUNICÍPIO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO OU PAÍS ESTRANGEIRO TRABALHA?

☐ 1 - NO PRÓPRIO DOMICÍLIO (Se for mulher, passe ao 6.63. Se for homem, passe ao 6.70)

☐ 2 - APENAS NESTE MUNICÍPIO, MAS NÃO NO PRÓPRIO DOMICÍLIO (Siga 6.61)

☐ 3 - EM OUTRO MUNICÍPIO (Siga 6.601 e 6.603)

6.601 - UF

6.603 - MUNICÍPIO

(siga 6.61)

☐ 4 - EM PAÍS ESTRANGEIRO (Siga 6.605)

6.605 - PAÍS ESTRANGEIRO

☐ 5 - EM MAIS DE UM MUNICÍPIO OU PAÍS
(Se for mulher, passe ao 6.63. Se for homem, passe ao 6.70)

6.61 - RETORNA DO TRABALHO PARA CASA DIARIAMENTE?

☐ 1 - SIM (Siga 6.62)

☐ 2 - NÃO (Se for mulher, Passe ao 6.63. Se for homem, Passe ao 6.70)

6.62 - QUAL É O TEMPO HABITUAL GASTO DE DESLOCAMENTO DE SUA CASA ATÉ O TRABALHO?

☐ 1 - ATÉ 05 MINUTOS

☐ 4 - MAIS DE UMA HORA ATÉ DUAS HORAS

☐ 2 - DE 06 MINUTOS ATÉ MEIA HORA

☐ 5 - MAIS DE DUAS HORAS

☐ 3 - MAIS DE MEIA HORA ATÉ UMA HORA

(Se for mulher, Siga 6.63. Se for homem, passe ao 6.70)

FECUNDIDADE

PARA A MULHER DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

6.63 - QUANTOS FILHOS E FILHAS NASCIDOS VIVOS TEVE ATÉ 31 DE JULHO DE 2010?

☐ 1 - TEVE FILHOS NASCIDOS VIVOS

☐ 2 - NÃO TEVE FILHO NASCIDO VIVO (Passe ao 6.69)

6.631 - HOMENS

6.632 - MULHERES

(Siga 6.64)

6.64 - DOS FILHOS E FILHAS QUE TEVE, QUANTOS ESTAVAM VIVOS EM 31 DE JULHO DE 2010?

☐ 1 - FILHOS VIVOS EM 31/07/2010

☐ 2 - NÃO SABE O Nº DE FILHOS HOMENS E MULHERES VIVOS EM 31/07/2010

6.641 - HOMENS

6.642 - MULHERES

Siga 6.65

6.65 - QUAL É O SEXO DO ÚLTIMO FILHO TIDO NASCIDO VIVO ATÉ 31 DE JULHO DE 2010?

☐ 1 - MASCULINO

☐ 2 - FEMININO

Siga 6.66

6.66 - QUAL É O MÊS E O ANO DE NASCIMENTO DO(A) ÚLTIMO(A) FILHO(A) TIDO(A) NASCIDO(A) VIVO(A) ATÉ 31 DE JULHO DE 2010? CASO NÃO SAIBA, PREENCHA APENAS O CAMPO COM A IDADE DESTES FILHOS.

6.661 - MÊS

6.662 - ANO

6.663 - IDADE DO FILHO EM 31/07/2010
O campo 6.663 somente será habilitado se os campos 6.661 ou 6.662 estiverem em branco

Siga 6.67

6.67 - ESTE (A) FILHO (A) ESTAVA VIVO(A) EM 31 DE JULHO DE 2010?

☐ 1 - SIM (Passe ao 6.69)

☐ 2 - NÃO (Siga 6.68)

☐ 9 - NÃO SABE (Passe ao 6.69)

6.68 - QUAL FOI O MÊS E O ANO QUE ESTE (A) FILHO(A) FALECEU?

☐ 1 - SABE O MÊS E ANO OU SOMENTE O ANO

6.681 - MÊS

6.682 - ANO

☐ 2 - NÃO SABE

Siga 6.69

6.69 - QUANTOS FILHOS E FILHAS NASCIDOS MORTOS TEVE ATÉ 31 DE JULHO DE 2010?
(GESTAÇÃO DE 7 MESES OU MAIS SEM NENHUM SINAL DE VIDA AO NASCER. NÃO INCLUIR ABORTOS)

☐ 1 - TEVE FILHO NASCIDO MORTO (Siga 6.681 a 6.683)

6.691 - HOMENS

6.692 - MULHERES

6.693 - TOTAL (Siga 6.70)

☐ 2 - NÃO TEVE FILHO NASCIDO MORTO (Passe ao 6.70)

☐ 3 - NÃO SABE (Passe ao 6.70)

(Comando especial: o sistema somente deverá habilitar o campo 6.693 se o quesito 0669 for igual a 1 e o(s) campo(s) 6.691 ou 6.692 estiver(em) em branco)

PARA TODAS AS PESSOAS

6.70 - ASSINALE QUEM PRESTOU AS INFORMAÇÕES DESTA PESSOA

☐ 1 - A PRÓPRIA PESSOA (Encerre a entrevista da pessoa)

☐ 2 – OUTRO MORADOR

6.71 – NOME DO OUTRO MORADOR

(Encerre a entrevista da pessoa)

☐ 3 - NÃO MORADOR (Encerre a entrevista da pessoa)

3 - NÃO MORADOR (Encerre a entrevista da pessoa)

7	PARA DOMICÍLIOS PARTICULARES – MORTALIDADE
---	--

7.01 - DE AGOSTO DE 2009 A JULHO DE 2010, FALECEU ALGUMA PESSOA QUE MORAVA COM VOCÊ(S)?
(Inclusive crianças recém-nascidas e idosos)

☐ 1 - SIM (Siga 7.02) ☐ 2 - NÃO (Encerre a entrevista)

☐ 2 - NÃO (Encerre a entrevista)

7.02 - NOME Siga 7.03	7.03 - MÊS E ANO DE FALECIMENTO Siga 7.04	7.04 - SEXO 1 - M 2 - F Siga 7.05	7.05 - IDADE AO FALECER	
			7.051 - EM ANOS UM ANO OU MAIS	7.052 - EM MESES MENOS DE UM ANO
	1 – Agosto de 2009			
	2 – Setembro de 2009			
				
	11 – Junho de 2010			
	12 – Julho de 2010			

OBSERVAÇÕES	
-------------	--

[illegible]