

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTALIDADE NO BRASIL EM 1980

Marilisa Berti de Azevedo Barros*

BARROS, M. B. de A. Considerações sobre a mortalidade no Brasil em 1980. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 18: 122 - 37, 1984.

RESUMO: Com base na publicação das estatísticas de mortalidade do Brasil, de 1980, foram elaborados alguns indicadores de saúde e índices de mortalidade proporcional por causa básica do óbito. Os dados apontaram, além da precariedade da informação existente, em termos quantitativos e qualitativos, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, a deficiente situação de saúde da população brasileira, ainda em 1980, com 24,2% dos óbitos ocorridos em crianças menores de um ano, indicador de Swaroop-Uemura de 48,8%, curva Nelson de Moraes do tipo III e quantificação de Guedes de 8,0. É intensa a desigualdade dos indicadores entre as regiões e verifica-se que as populações residentes nas capitais não apresentam índices muito diversos dos constatados para a população do respectivo Estado. As doenças cardiovasculares representaram 32,1% das causas básicas dos óbitos, as infecciosas e parasitárias 11,8%, as neoplasias 10,4% e as causas externas 11,8%. Comparados com os valores observados em outros trabalhos, para períodos anteriores, verifica-se tendência à piora dos indicadores de saúde nas regiões Norte e Nordeste.

UNITERMOS: Mortalidade, Brasil. Indicadores de saúde.

INTRODUÇÃO

Avançando em direção ao final do século, ao marco "2.000 - Saúde para Todos" preconizado pela OMS, sucedem-se no Brasil as propostas e projetos de modificações da estrutura e organização dos serviços de saúde, com preocupações explícitas, embora com nuances variáveis, quanto à extensão da cobertura, criação da rede básica, redução dos custos, racionalização, hierarquização e regionalização destes serviços.

Das preocupações e trabalho empenhado para se atingir melhor organização das instituições de saúde, não pode ficar à margem, o que se supõe ser o objetivo essencial e primeiro de todo esse esforço: a saúde da população.

Parece, assim, ser fundamental acompanhar com atenção, dentro dos limites dos instrumentos existentes, os níveis de saúde do brasileiro, especialmente quando nos encontramos em meio a uma crise econômica e social com desdobramentos e aprofundamentos ainda não totalmente percorridos.

Esta pretensão fica, de imediato, limitada pela precariedade em que se encontram as informações de saúde no país, situação compartilhada também pelas informações dos demais setores; deve-se, entretanto, ressaltar o muito que tem sido feito para uma aproximação ao conhecimento da realidade sanitária e social do país. O empenho em melhorar a qualidade das informações dos Censos, a realização das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios),

* Do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Rua Dr. Quirino, 1856 - 13100 - Campinas, SP

especialmente a de 1981 com ênfase nas questões da saúde, a implantação do Sistema de Informações de Saúde e do Subsistema de Informações de Mortalidade, entre outros, representam resultados da preocupação e esforços desenvolvidos com a finalidade de atingir esse objetivo.

A publicação neste ano, pelo Ministério da Saúde, das Estatísticas de Mortalidade do Brasil de 1980⁸, que segue as de 1979, editada em 1982⁷, estimulou o preparo de alguns indicadores de saúde, motivando reflexões sobre o tema com o objetivo de situar, embora muito parcialmente e apenas com base nos dados de óbitos, a situação de saúde da população brasileira, em 1980.

MATERIAL E MÉTODOS

Os índices de mortalidade proporcional que constam deste estudo foram elaborados a partir das tabulações dos óbitos registrados da população brasileira, ocorridos em 1980, segundo causa básica, idade e sexo, por unidades da Federação e capitais, que compõem a publicação já referida⁸.

Foram calculados índices de mortalidade por faixas etárias, dos quais derivaram: a) mortalidade proporcional de menores de um ano; b) o indicador de Swaroop-Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional: a porcentagem de óbitos de pessoas com 50 anos e mais; c) as curvas Nelson de Moraes: representação gráfica da proporção de óbitos das faixas etárias: < 1, 1 - 4, 5 - 19, 20 a 49 e 50 anos e mais; d) Indicador de Guedes, que consiste na quantificação das curvas Nelson de Moraes, ao atribuir pesos diferentes às proporções de óbitos de cada faixa etária (-4, -2, -1, -3 e +5, respectivamente para os grupos etários de < 1 ano, 1 - 4, 5 - 19, 20 - 49 e 50 e mais) e dividindo a soma desses valores por 10⁶.

Além desses, foram preparados índices de mortalidade proporcional por causa básica do óbito em agrupamentos que tomam por base os 17 grupos da Classificação Internacional das Doenças³. Os índices foram calculados para o Brasil, grandes regiões e unidades da Federação, sendo que as razões de

mortalidade proporcional, por faixa etária, foram elaboradas, também, para as populações residentes nas capitais.

Para que os valores encontrados no Brasil pudessem ser comparados aos de outros países, foram calculados os índices acima referidos para a Inglaterra e Gales, em 1980, e para os Estados Unidos e Cuba, em 1978, a partir das tabelas de óbitos publicadas pela OMS^{11, 12}. Como as tabelas publicadas com os dados de óbitos desses países (Inglaterra, Estados Unidos e Cuba) apresentam uma distribuição por idade que não corresponde aos grupos etários necessários ao cálculo dos índices analisados, os números de óbitos ocorridos nas faixas etárias de 15 a 24, bem como na de 45 a 54 anos, foram subdivididos em duas partes iguais para serem integrados em outros grupos etários: 5 a 19, 20 a 49 e 50 anos e mais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora os dados de óbito representem a fonte mais simples e comum de obter indicações sobre os níveis de saúde da população, encontram-se no Brasil, ainda hoje, em situação de grande deficiência, seja em termos de cobertura do sistema de registro e coleta de dados, seja quanto à qualidade das informações que constam na Declaração de Óbito.

Entretanto, apesar dessas deficiências, pode-se hoje, com os dados disponíveis, fazer observações aproximadas quanto à estrutura geral da mortalidade da população brasileira.

Assim, dos óbitos registrados e analisados no Brasil, em 1980, verificou-se que 24,2% foram referentes a crianças com menos de um ano de idade e 48,9% a pessoas com 50 anos e mais (Tabela 1). A região Sul é a que apresenta os melhores índices de saúde, seguida pela região Sudeste. As condições mais precárias são vividas pelas populações das regiões Norte e Nordeste, ficando a residente na região Centro-Oeste com índices intermediários.

A análise da Razão da Mortalidade Proporcional revela que, segundo a classificação

TABELA 1
Alguns indicadores de saúde* por grandes regiões brasileiras - 1980.

Região.	Mortalidade Proporcional <1 ano	Swaroop-Uemura	Quantificação de Guedes
Norte	31,7	34,4	- 3,5
Nordeste	34,7	39,1	- 0,6
Sudeste	20,4	53,2	11,6
Sul	18,2	56,1	14,3
Centro-Oeste	21,5	42,8	3,8
BRASIL	24,2	48,9	8,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

* Excluídos os óbitos com idade ignorada.

estabelecida por Swaroop-Uemura¹⁰, 3 regiões brasileiras encontram-se ainda no nível III (25 a 49%) e as regiões Sul e Sudeste, que se encontram no nível II (50 a 74%), situam-se a grande distância do valor 75% que representa o limite mínimo das populações consideradas com elevado nível de saúde. Ao se observar que esse indicador apresentou, em 1980, um valor de 92,4% na Inglaterra¹² e de 85,0% nos Estados Unidos em 1978¹¹, constata-se a distância que separa os índices de saúde da população brasileira, dos verificados nos países de maior desenvolvimento capitalista. Mas não apenas destes, ao se observar que o indicador de Swaroop-Uemura em Cuba, foi de 75,7%, em 1978¹¹, o que aponta um nível bom de saúde em país com menor desenvolvimento das forças produtivas, mas em que prevalece um modo de produção distinto.

Enquanto na região Sul 18,2% dos óbitos são de crianças menores de um ano, no Nordeste este valor atinge 34,7%. Em 1980, esta proporção foi de 1,4% na população da Inglaterra¹², e, em 1978, foi de 2,4% na população dos Estados Unidos, e 6,0% na população cubana¹¹.

Com respeito à quantificação de Guedes, os valores foram negativos para as regiões Norte e Nordeste atingindo o maior índice (14,3) na região Sul. Guedes (1972)⁵ observou que a quantificação da curva atingia valores de 36,4 na Inglaterra e 29,2 nos Es-

tados Unidos, por volta de 1950, e que, entre as regiões do Estado de São Paulo, em 1967, a de Presidente Prudente apresentava o menor valor (-5, 2) e a de Campinas o maior (+ 10, 0). A quantificação da curva de mortalidade proporcional para Inglaterra, em 1980, e Estados Unidos e Cuba, em 1978, assume respectivamente os valores de 43,9, 38,2 e 30,9, lembrando-se que, "teoricamente", o valor máximo que o Indicador de Guedes pode atingir é de 50.

As curvas Nelson de Moraes (Fig. 1) ilustram as diferenças marcantes existentes entre as regiões brasileiras, encontrando-se as do Norte e Nordeste com curvas de transição entre os tipos II e III e as demais regiões com as curvas do tipo III. As curvas de Inglaterra e Cuba, justapostas à brasileira, fornecem uma imagem da desigualdade sanitária existente entre as populações desses países.

As desigualdades regionais dos indicadores não captam a amplitude total das desigualdades do Brasil. Quando se detém a observação a nível das unidades da Federação, elas se ampliam com as diferenças intra-regionais (Tabela 2). Na região Norte, os piores índices são verificados em Rondônia e Roraima, sendo que, em Roraima 44% dos óbitos foram de crianças menores de um ano, a maior mortalidade proporcional desta faixa etária verificada no país. No Nordeste, as piores condições são compartilhadas por Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Ceará. No Sudeste a condição mais favorável é observada no Rio de Janeiro, sendo a mais deficiente encontrada no Espírito Santo. A região Sul, a de melhor situação de saúde do país, deve muito de sua posição aos índices encontrados no Rio Grande do Sul: mortalidade proporcional de menores de um ano de apenas 13,9% e um indicador de Guedes que atinge o valor de 19,9. Na região Centro-Oeste fica evidente a posição desfavorável do Distrito Federal, quanto aos indicadores de saúde analisados.

E, cabe lembrar, como está-se lidando com indicadores relativos a proporções de óbitos por idade, a estrutura etária da população afeta os seus valores, o que ressalta

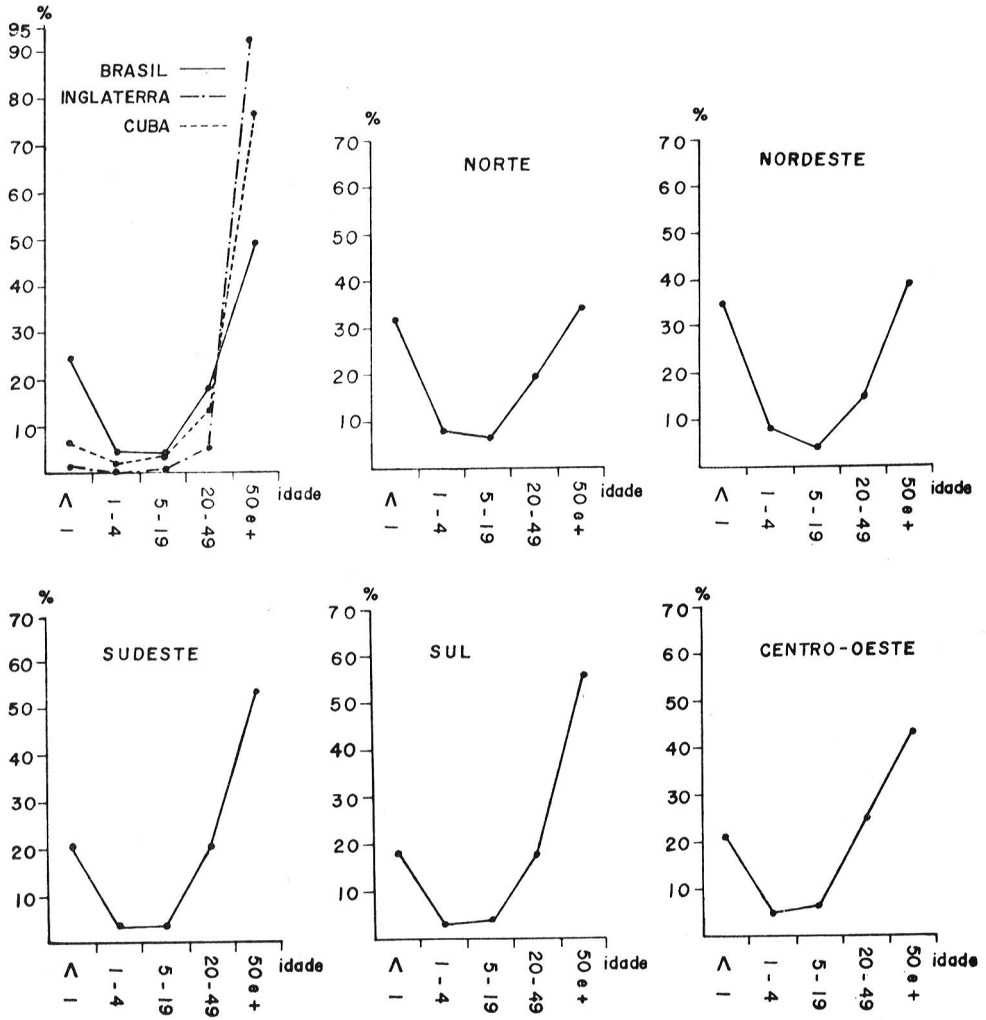


Fig. 1 - Curvas de mortalidade proporcional do Brasil (1980), Inglaterra e Gales (1980), Cuba (1978) e das regiões brasileiras em 1980.

a importância de se trabalhar, também, com os coeficientes de mortalidade, para avaliar mais adequadamente as diferenças encontradas.

Desta forma, nas áreas sujeitas a intenso processo de imigração, como Rondônia, Roraima e as demais unidades da região Norte, assim como Mato Grosso e Distrito Federal, que apresentaram, no período de 1970-80, taxa média geométrica de incremento anual

superior a 4%¹, os baixos níveis observados nos indicadores de saúde estudados estão, em parte, afetados pela alteração da estrutura etária da população, provocada pela intensa imigração.

Quanto aos valores do indicador de Swaroop-Uemura, melhor visualizados na Fig. 2, a variação se dá de um valor mínimo de 23%, em Rondônia, a um máximo de 62,9%, no Rio Grande do Sul.

TABELA 2

Alguns indicadores de saúde* segundo Unidades da Federação do Brasil - 1980.

Unidade da Federação	Mortalidade Proporcional de < 1 ano	Indicador de Swaroop -Uemura	Quantificação de Guedes
Rondônia	32,9	23,0	- 12,0
Acre	27,1	37,8	- 0,4
Amazonas	34,9	31,9	- 5,9
Roraima	44,4	24,2	- 13,5
Pará	30,2	37,3	- 1,2
Amapá	34,4	37,9	- 1,2
Maranhão	23,1	44,1	4,8
Piauí	27,0	43,2	3,7
Ceará	36,6	38,6	- 1,4
Rio Grande do Norte	33,8	45,2	4,1
Paraíba	40,0	38,2	- 1,9
Pernambuco	37,0	36,2	- 3,1
Alagoas	39,6	34,4	- 4,9
Sergipe	24,4	50,1	9,0
Bahia	30,2	40,9	1,5
Minas Gerais	22,0	50,4	9,3
Espírito Santo	22,1	48,2	7,9
Rio de Janeiro	16,8	55,9	14,1
São Paulo	21,2	53,6	11,7
Paraná	22,5	48,8	8,2
Santa Catarina	19,4	55,7	13,9
Rio Grande do Sul	13,9	62,9	19,9
Mato Grosso do Sul	25,3	41,4	2,3
Mato Grosso	17,3	43,4	5,1
Goiás	18,2	46,4	6,9
Distrito Federal	28,8	33,9	4,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

* Excluídos os óbitos com idade ignorada.

Os Estados da mesma região tendem a apresentar índices próximos entre si, sendo que uma observação do nível das desigualdades intra-regionais pode, também, ser feita pela comparação das curvas das unidades da Federação com índices de saúde extre-

mos, dentro de uma mesma região fisiográfica (Fig. 3).

As desigualdades regionais nos níveis de saúde foram verificadas, entre outros, pelo estudo de Carvalho e Wood² que revelou esperança de vida na região Nordeste* de

* No trabalho de Carvalho e Wood², a região Nordeste é formada pelos Estados de Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Território Fernando de Noronha; a região Sul por Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

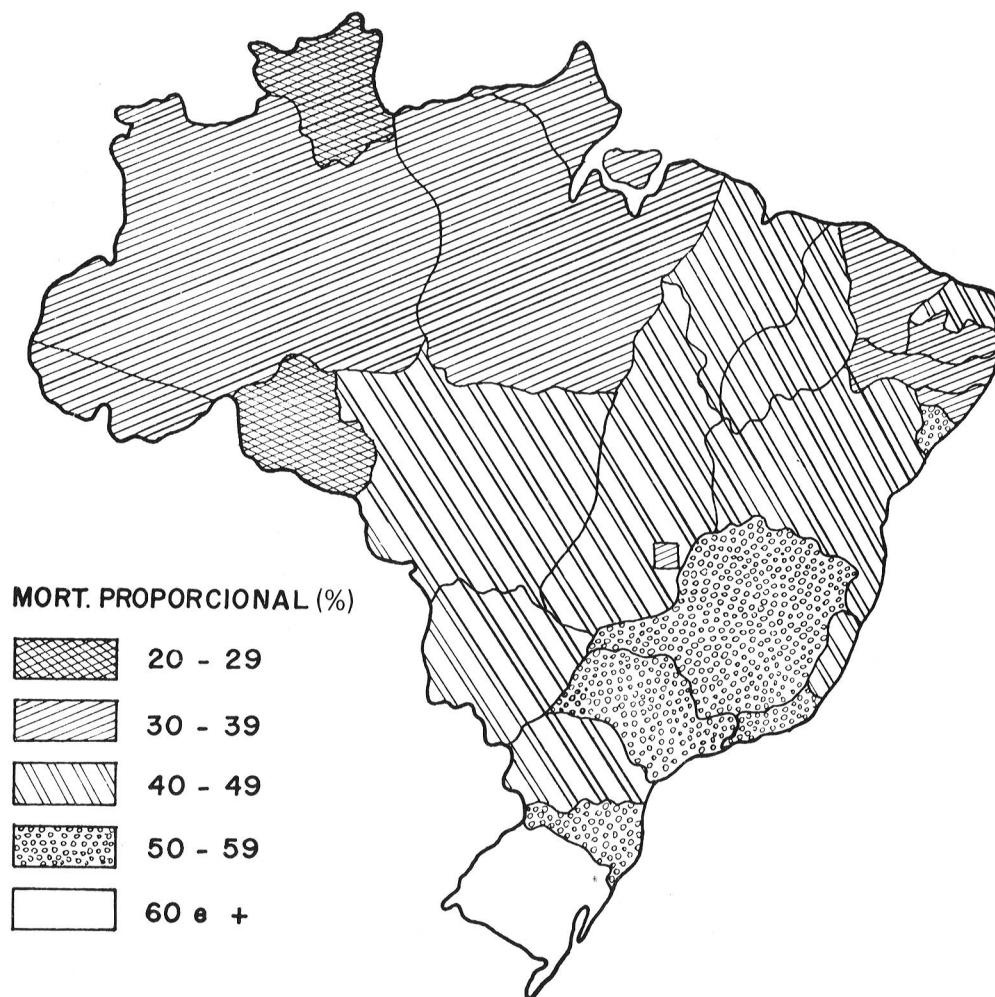


Fig. 2 - Razão de mortalidade proporcional das Unidades Federadas - Brasil, 1980.

44,2 anos e 61,9 anos na região Sul, tendo os autores assinalado a relação dos diferenciais de mortalidade com a história do desenvolvimento econômico-social do país, que ganha especificidade em cada região.

A análise da mortalidade por Estados e Regiões representa apenas uma aproximação à realidade, dado que as informações não se referem ao conjunto das populações ali residentes.

Ainda em 1980, apenas 77,2% dos municípios brasileiros, nos quais viviam 87,3% da população do país, apresentavam informação regular sobre os óbitos registrados. A situação é especialmente grave nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nesta, apenas 57,6% dos municípios têm informação regular sobre o registro de óbitos (Tabela 3). A cobertura das informações é boa nas regiões Sul e Sudeste: os dados referem-se a

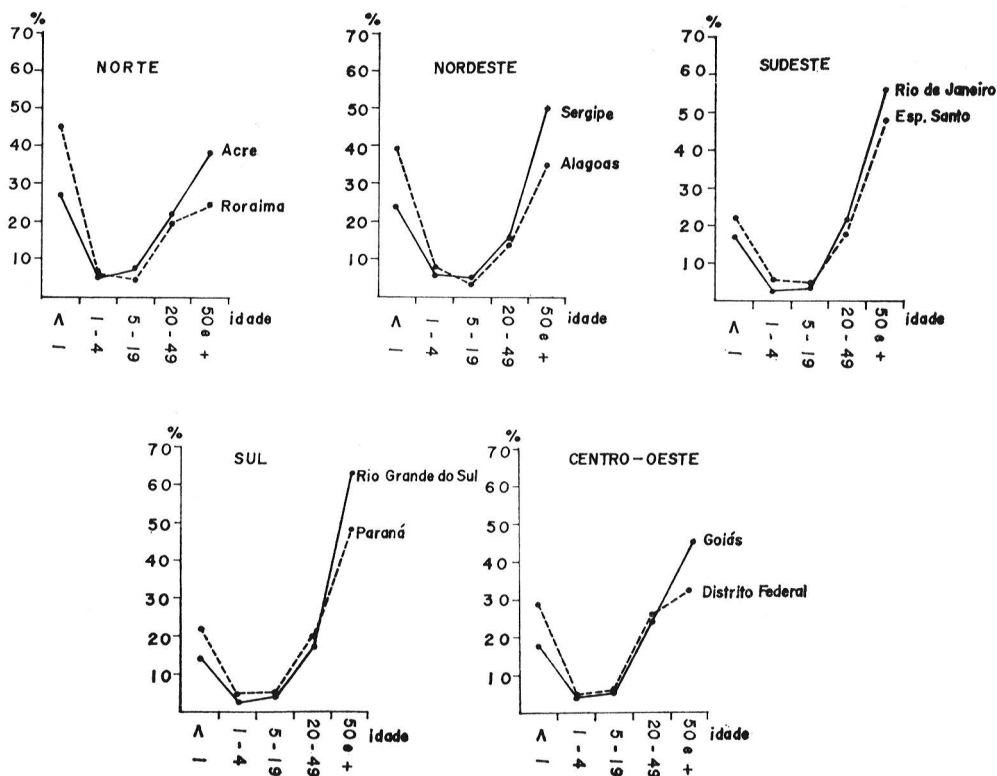


Fig. 3 - Curvas de mortalidade proporcional das Unidades da Federação com valores extremos dentro de cada região - Brasil, 1980.

TABELA 3

Municípios e respectivas populações com informação regular de declarações de óbitos, segundo as grandes regiões brasileiras, em 1980.

Grandes Regiões	Municípios com informação regular (%)	População residente nos municípios com informação regular (%)
Norte	53,6	78,4
Nordeste	57,6	68,2
Sudeste	97,3	99,2
Sul	98,2	99,5
Centro-Oeste	38,9	69,8
Brasil	77,2	87,3

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

99% da população residente. Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul apresentam 100% das populações cobertas e, no Estado de São Paulo, apenas um município ainda não coletava sistematicamente as informações sobre os óbitos.

Mesmo em termos de "quantidade de dados", encontram-se, portanto, algumas regiões, muito longe de atingir um nível satisfatório. Observa-se, entretanto, em 1980, um aumento significativo da proporção de municípios cobertos (77,2%), comparada à cobertura de 1979, que foi de 69,4%⁴.

Os municípios maiores apresentam melhor cobertura e qualidade dos dados, com menor ocorrência de subregistro, de modo que os estudos de mortalidade limitam-se, no geral, aos dados das capitais.

A comparação da mortalidade proporcional de menores de um ano, de populações

residentes nas capitais, segundo regiões fisiográficas, em 1980 (Tabela 4), com as observadas por Yunes^{1,3}, no período de 1968 a 1977, aponta declínio importante desse índice nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Na região Norte, o valor observado em 1980 (33%) é maior que todos os valores observados no período de 1968-77. Na região Nordeste, o índice de 1980 (33,1%), embora mais elevado que o apresentado em 1977 (31,6%), situa-se abaixo do valor médio observado para o período 1968-77.

Verifica-se, pela comparação dos achados da Tabela 4 com os da Tabela 1, que apesar da cobertura insuficiente das informações de óbitos, a situação de saúde das populações que residem nas capitais é próxima e um pouco melhor que a verificada para as populações dos respectivos Estados.

TABELA 4

Alguns Indicadores de Saúde* das populações residentes nas capitais brasileiras, segundo Grandes Regiões - Brasil, 1980.

Regiões	Mortalidade Proporcional < 1ano	Swaroop-Uemura	Quantificação de Guedes
Norte	33,0	35,9	-2,8
Nordeste	33,1	40,1	0,3
Sudeste	17,8	56,4	14,2
Sul	16,6	58,2	15,8
Centro-Oeste	20,3	45,4	5,8
Brasil	22,7	50,7	9,4

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

* Excluídos os óbitos com idade ignorada.

Entretanto, se levarmos a análise das grandes regiões ao nível das unidades da Federação, verifica-se que apenas na região Sul todas as capitais apresentam nível de saúde mais elevado que o Estado como um todo (Tabela 5). Em 14 Estados, dois ou mais dos indicadores estudados, indicam

pior nível de saúde na capital que no conjunto da unidade considerada, devendo-se levar em conta, porém, a deficiência desigual da cobertura dos dados.

Comparando-se a mortalidade proporcional de menores de um ano, em 1980, com as observadas por Paim⁹, em algumas capitais brasileiras, de 1960 a 1979, observa-se redução do índice em Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Nas capitais da região Nordeste, estudadas por Paim, Fortaleza, Recife e Salvador, os índices de 1980 são superiores aos observados em 1979.

Além dos indicadores que se baseiam na estrutura etária dos óbitos, outras observações importantes derivam da análise da mortalidade proporcional por causa básica, embora esta seja uma informação muito mais vulnerável e suscetível a erros.

Observa-se que 32% dos óbitos registrados no Brasil, em 1980, decorreram de doenças do aparelho cardiovascular, 11,8% de doenças infecciosas e parasitárias e igual proporção de mortes por causas externas (Tabela 6). Encontram-se, ainda, entre as principais causas de óbito, as neoplasias (10,4%), as doenças do aparelho respiratório (10,1%) e as afecções perinatais (8,8%).

Os perfis de causas de mortalidade diferenciam-se nitidamente entre as faixas etárias. Nos menores de um ano, as causas mais frequentes são as afecções perinatais (38,3%) seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias (28,7%) e doenças do aparelho respiratório (15,4%). Nas crianças de 1 a 4 anos o grupo das infecciosas e parasitárias ocupa o 1º posto com 34,7% e as doenças do aparelho respiratório são responsáveis por 25,8% das mortes. É interessante ressaltar que no grupo de 5 a 19 anos a principal causa de óbito constitui-se dos acidentes, envenenamentos e violências que respondem por 50,7% dos óbitos. As causas externas persistem como a principal causa de óbito na faixa de 20 a 49 anos (33,8%), mas as doenças cardiovasculares e os neoplasmas já aparecem como relevantes nesse grupo etário, com 24,3% e 10,6%, respectivamente. Já no grupo de 50 anos e mais 54,5% dos óbitos

TABELA 5

Alguns Indicadores de Saúde* das populações residentes nas capitais dos Estados - Brasil, 1980.

Capitais	Mort. Pro- porcional de < 1 ano	Indicador de Swaroop -Uemura	Quantificação de Guedes	Diferença en- tre quantificação de Guedes da Capital e Estado
Porto Velho	30,2	28,6	- 7,9	+ 4,1
Rio Branco	30,3	34,4	- 3,6	- 3,2
Manaus	36,9	31,4	- 6,7	- 0,8
Boa Vista	44,8	23,8	- 13,8	- 0,3
Belém	30,0	40,7	1,3	+ 2,5
Macapá	36,1	37,9	- 1,6	- 0,4
São Luís	25,9	42,6	3,2	- 1,6
Teresina	34,8	34,9	- 3,7	- 7,4
Fortaleza	39,5	35,3	- 4,4	- 3,0
Natal	31,4	43,8	3,4	- 0,7
João Pessoa	35,8	40,3	0,1	+ 2,0
Recife	27,2	47,0	6,1	+ 9,2
Maceió	38,2	37,2	2,8	+ 7,7
Aracaju	35,6	38,0	1,7	- 7,3
Salvador	31,5	39,4	0,0	- 1,5
Belo Horizonte	27,6	43,8	3,5	- 5,8
Vitória	17,7	52,0	11,0	+ 3,1
Rio de Janeiro	10,4	64,6	21,5	+ 7,4
São Paulo	21,0	53,4	11,5	- 0,2
Curitiba	21,3	51,2	10,0	+ 1,8
Florianópolis	16,1	61,9	18,8	+ 4,9
Porto Alegre	12,4	63,9	20,6	+ 0,7
Campo Grande	27,0	43,8	3,8	+ 1,5
Cuiabá	17,0	43,0	4,6	- 0,5
Goiânia	18,6	46,7	3,1	- 3,8

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia (1983).

* Excluídos os óbitos com idade ignorada.

TABELA 6

Mortalidade Proporcional, segundo os grupos mais frequentes de causa básica do óbito e faixas etárias - Brasil - 1980.

Grupos de Causas Básicas	Grupos Etários				Total*	
	< 1	1 - 4	5 - 19	20 - 49		50 e +
Doenças Infeciosas e Parasitárias	28,7	34,7	9,4	7,7	3,9	11,8
Neoplasmas	0,2	3,1	7,6	10,6	16,0	10,4
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	6,5	9,3	2,1	2,2	4,0	4,3
Doenças do Aparelho Circulatório	0,7	2,3	7,2	24,3	54,5	32,1
Doenças do Aparelho Respiratório	15,4	25,8	7,5	5,4	8,5	10,1
Doenças do Aparelho Digestivo	0,6	1,5	3,0	7,9	4,9	4,3
Anomalias Congênitas	5,3	2,7	1,8	0,2	0,0	1,5
Algumas Afeções originadas no período Perinatal	38,3	0,1	0,0	0,0	0,0	8,8
Lesões e envenenamentos	0,7	12,2	50,7	33,8	4,7	11,8
Sintomas, Sinais e Afeções mal-definidas	3,6	8,3	10,7	7,9	3,5	4,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia^s (1983).

* Excluídos os óbitos com idade ignorada e aqueles cuja causa básica foi classificada entre os Sintomas e Estados Mórbidos Mal-Definidos.

são devidos a doenças cardiovasculares e 16% às neoplasias.

Estes dados representam aproximações muito gerais ao padrão de mortalidade da população brasileira, pois, como vimos, as informações não se referem à população como um todo e, além disso, a qualidade do dado é bastante insatisfatória. A observação da proporção dos óbitos classificados no Grupo dos Sintomas e Estados Mórbidos Mal-Definidos (Tabela 7) revela a enorme precariedade das informações existentes quanto à causa básica do óbito. Seria necessário um estudo mais detido dos diagnósticos mais freqüentes do Grupo XVI, para se tentar caracterizar o quanto de sua freqüência decorre da ausência de assistência médica e o quanto é fruto de designações e registros não adequados por parte dos médicos. De qualquer forma, é assustador verificar que 48,6% das causas básicas, no Nordeste, foram incluídas no Grupo XVI, assim como 26,9% dos óbitos da região Norte. Como a proporção de óbitos mal-definidos é mais elevada entre as crianças (25,1% em menores de um ano; 36,2%, de 1 a 4 anos; 16,5% de 5 a 19; 15,0% de 20 a 49 e 20,9% no grupo de 50 anos e mais) a mor-

talidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil deve ser superior à registrada.

Além das desigualdades regionais observadas quanto à proporção de óbitos "mal-definidos", podemos verificar que nas regiões Norte e Nordeste são proporcionalmente mais freqüentes as mortes decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 8).

Nas regiões Sul e Sudeste as mortes provocadas por doenças do aparelho cardiovascular atingem 35,7 e 34,5%, respectivamente. São também elevadas as proporções de mortes por tumores, enquanto os índices de mortalidade por infecciosas e parasitárias, dessas regiões, são os menores. Para melhor avaliar os índices de mortalidade proporcional, por grupos de causa básica do óbito, encontrados no Brasil e Regiões, incluímos alguns dados de outros países (Tabela 9). A comparação com os índices observados na Inglaterra e Gales (1980), em Cuba (1978) e nos EUA (1978) revela a elevada proporção de óbitos, no Brasil, que decorrem de causas mal-definidas, de doenças infecciosas e parasitárias e causas perinatais. Enquanto as proporções relativas de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho cardiovascular estão abaixo das observadas nos outros países apresentados, a mortalidade proporcional por acidentes, envenenamentos e violências já se revela muito elevada no Brasil.

Como estamos analisando apenas proporções de óbitos, em populações com estruturas etárias muito distintas, estes dados só nos permitem aferir a importância de certo grupo de causas no total da mortalidade de cada país. Necessita-se trabalhar com coeficientes específicos por idade e sexo, ou coeficientes padronizados, para avaliar a intensidade dos riscos de cada causa de óbito, nos diferentes países.

Quanto às variações regionais das causas básicas dos óbitos, verifica-se que são mais intensas quanto analisadas por unidades da Federação (Tabela 10). As maiores proporções de mortes por doenças infecciosas e parasitárias são encontradas em Rondônia (32,9%), Amazonas (27,4%), Paraíba

TABELA 7

Índices de Mortalidade Proporcional por Causa Básica do óbito, classificada como Sintomas e Estados Mórbidos Mal-Definidos, segundo Grandes Regiões - Brasil - 1980.

Grandes Regiões	Óbitos por causas mal-definidas	
	Nº de Óbitos	%
Norte	7.723	26,9
Nordeste	94.158	48,6
Sudeste	36.017	9,6
Sul	18.055	15,1
Centro-Oeste	5.293	16,3
Brasil	161.246	21,5

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

TABELA 8

Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causa básica do óbito, por Grandes Regiões Brasileiras - 1980

Grandes Regiões	Grupos de causas básicas							Total*
	Doenças Infeciosas e Parasitárias	Neoplasmas	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Respiratório	Algumas Afecções originadas no período perinatal	Lesões e Envenenamento	Demais Grupos*	
Norte	26,0	7,1	19,9	8,2	12,4	13,3	13,1	100,0
Nordeste	21,0	7,4	24,3	9,3	9,8	12,3	15,9	100,0
Sudeste	9,1	10,8	34,5	10,6	8,7	11,1	15,2	100,0
Sul	8,0	13,3	35,7	9,9	7,0	12,4	13,7	100,0
Centro-Oeste	14,8	8,7	26,1	9,3	9,1	17,2	14,8	100,0
Brasil	11,8	10,4	32,1	10,1	8,8	11,8	15,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

* Excluídos os diagnósticos do Grupo XVI - Sintomas e Estados Mórbidos Mal-Definidos.

TABELA 9

Mortalidade proporcional segundo alguns grupos de causas básicas.

Grupos de Causas*	Inglaterra e Gales (1980)	EUA (1978)	Cuba (1978)	Brasil (1980)	Brasil (1980)
Doenças Infeciosas e Parasitárias	0,4	0,9	2,4	9,3	11,8
Neoplasmas	22,5	20,9	17,9	8,2	10,4
Doenças do Aparelho Circulatório	49,9	50,9	43,8	25,2	32,1
Doenças do Aparelho Respiratório	14,3	6,3	10,8	7,9	10,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	0,5	1,1	2,6	6,9	8,8
Lesões e Envenenamentos	3,5	8,2	11,3	9,4	11,8
Sintomas, Sinais e Afecções-mal definidas	0,4	1,6	0,3	21,5	-
Demais	8,5	10,1	10,9	11,6	15,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0**

* Os dados do Brasil⁸ e Inglaterra e Gales¹² baseiam-se na 9ª Revisão da CID e os de Cuba e EUA¹¹ na 8ª Revisão.

** Excluídos os óbitos com causa classificada entre os "sintomas e estados mórbidos mal definidos".

TABELA 10
Mortalidade proporcional, segundo principais grupos de causa básica do óbito, por Unidades da Federação - Brasil - 1980

Unidades da Federação	Doenças Infeciosas e parasitárias	Neoplasmas	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Respiratório	Algumas Afecções originadas no período perinatal	Lesões e envenenamentos	Demais Grupos *	Total*	Proporção de óbitos por causas Mal Definidas
Rondônia	32,9	4,0	12,2	8,5	14,0	17,7	10,7	100,0	24,2
Acre	24,7	8,5	19,1	9,3	11,1	14,2	13,1	100,0	31,8
Amazonas	27,4	7,7	20,3	5,4	16,9	11,2	11,1	100,0	16,0
Roraima	24,2	4,7	17,5	12,0	12,3	13,1	16,2	100,0	8,9
Pará	24,4	7,5	21,7	9,3	9,8	13,3	14,0	100,0	31,9
Amapá	20,2	7,3	17,8	6,8	17,8	10,2	19,9	100,0	20,1
Maranhão	20,5	7,2	28,7	8,8	7,4	12,9	14,5	100,0	22,2
Piauí	18,1	6,0	23,1	7,9	21,3	11,1	12,5	100,0	28,4
Ceará	25,3	9,1	25,3	7,9	5,4	14,0	13,0	100,0	40,4
Rio G. do Norte	19,2	9,2	24,8	11,9	6,2	11,6	17,1	100,0	51,4
Paraíba	29,4	6,9	24,6	4,0	10,9	12,5	11,7	100,0	68,2
Pernambuco	16,5	7,0	23,8	10,5	10,3	13,4	18,5	100,0	55,1
Alagoas	27,1	6,6	22,6	7,1	7,1	12,1	17,4	100,0	58,3
Sergipe	16,1	6,8	22,9	9,2	13,3	12,5	19,2	100,0	46,4
Bahia	21,0	7,3	24,4	10,7	10,4	11,0	15,2	100,0	35,1
Minas Gerais	12,3	9,1	30,7	9,5	12,5	10,0	15,9	100,0	19,2
Espírito Santo	9,4	9,1	31,1	9,0	10,9	15,0	15,5	100,0	25,3
Rio de Janeiro	7,2	11,5	37,0	10,6	6,4	12,6	14,7	100,0	4,4
São Paulo	8,7	11,3	35,2	11,2	8,2	10,7	14,7	100,0	6,0
Paraná	11,1	11,1	32,7	7,8	8,7	13,7	14,9	100,0	18,0
Santa Catarina	8,2	11,8	34,6	11,2	7,4	13,9	12,9	100,0	20,9
Rio G. do Sul	5,3	15,6	38,5	11,2	5,4	10,7	13,3	100,0	10,2
Mato Grosso do Sul	12,7	8,6	27,4	8,9	9,4	18,2	14,8	100,0	12,1
Mato Grosso	12,1	7,8	30,6	8,2	5,8	17,2	18,3	100,0	24,5
Goiás	17,1	8,4	27,1	8,3	7,9	17,3	13,9	100,0	21,5
Distrito Federal	13,1	9,8	20,3	12,8	13,4	15,7	14,9	100,0	2,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia⁸ (1983).

* Excluídos os óbitos do grupo XVI - Síntomas e Estados Mórbidos Mal-Definidos.

(29,4%) e Alagoas (27,1%), sendo as menores verificadas no Rio Grande do Sul (5,3%) e Rio de Janeiro (7,2%).

As maiores proporções de neoplasias (15,6%) e de doenças do aparelho cardiovascular (38,5%) são encontradas no Rio Grande do Sul.

As causas externas foram mais frequentes em todos os estados da região Centro-Oeste, em Rondônia e no Espírito Santo. Os óbitos mal-definidos foram proporcionalmente mais frequentes na Paraíba (68,2%), Alagoas (58,3%) e Pernambuco (55,1%), sendo as menores proporções verificadas no Rio de Janeiro (4,4%) e Distrito Federal (2,0%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De há muito são apontadas limitações para o uso de dados de óbito como indicadores do nível de saúde de populações, sendo que os principais questionamentos podem ser centralizados e resumidos em três pontos: a) a quantificação e avaliação adequadas do nível de saúde da coletividade exigem indicadores mais abrangentes e sensíveis, como taxas de morbidade e mesmo o uso de "indicadores positivos" do estado de saúde, que possam mensurar higidez e bem-estar; b) o uso dos indicadores tradicionais costuma conduzir a uma análise fragmentada e não contextualizada da realidade global, impedindo a compreensão do processo saúde-doença como integrante da totalidade social; c) a análise dos indicadores, referidos a uma população geograficamente definida, esconde as diversidades e contradições vivenciadas no interior dessa coletividade, entre as classes sociais, seja quanto à produção da morbi-mortalidade, seja quanto aos meios de restauração da saúde.

No entanto, é forçoso reconhecer que pela deficiência existente no Brasil quanto ao próprio registro do óbito e à coleta sistemática dessas informações, sequer uma primeira etapa, de realização de diagnóstico de saúde por meio de indicadores tradicionais, foi ainda totalmente desenvolvida e explorada. De modo que, ao lado de ten-

tativas de realizar análises de saúde mais abrangentes e qualitativas, que superem as críticas apontadas, e de se buscar promover alterações no tipo de informação coletada de rotina, de sorte a permitir a análise dos processos de mortalidade ao nível dos grupos sociais, parece necessário o esforço a ser desenvolvido para que informações satisfatórias sobre a mortalidade fiquem disponíveis e sejam analisadas.

O uso de indicadores de saúde, mesmo dos tradicionais, permite acompanhar, em linhas gerais, a evolução do nível de saúde, assim como das desigualdades regionais, obtendo informações que são fundamentais para que a população possa reconhecer seu estado de saúde e as condições que o geram, podendo melhor direcionar suas reivindicações; por outro lado, constituem informações essenciais aos serviços públicos de saúde, para que possam redimensionar sua prática e avaliar o impacto que produzem no nível de saúde das populações que atendem.

A precária condição de saúde da população brasileira, que segundo os dados de 80 apresenta possível tendência a piora nas regiões Norte e Nordeste, diferencia-se de forma bastante heterogênea entre as várias regiões mas, em todas elas, revela o firme avanço das doenças "da industrialização": as doenças cardiovasculares, os tumores e os acidentes, envenenamentos e violências; possivelmente, de forma mais lesiva que nas áreas altamente industrializadas, por tratar-se de um processo de industrialização integrado num desenvolvimento capitalista dependente.

Mas o crescimento da importância das doenças da industrialização coexiste com o amplo quadro de carências: alimentar, de habitação e de infraestrutura, que se manifesta na elevada proporção de óbitos infantis e de doenças infecciosas e parasitárias. E, ao lado dessas, a carência insistente de serviços de saúde, indicada pela exorbitante frequência das causas de morte "mal-definidas".

O panorama das mortes no Brasil é o retrato trágico da condição de existência de grande parcela da população e do panorama

geral do país, que está a exigir transformações profundas.

CONCLUSÕES

- A análise de alguns indicadores de saúde para o Brasil, em 1980, aponta: mortalidade proporcional de menores de um ano de 24,2%, razão de mortalidade proporcional de 48,9%, curva Nelson de Moraes do tipo III e índice de quantificação de Guedes de 8,0 que, comparados aos de outros países, revelam a persistência de precário nível de saúde da população brasileira.
- Verificam-se fortes diferenças regionais no estado de saúde, sendo que as unidades da Federação pertencentes à mesma região, tendem a níveis mais próximos. Os valores extremos da mortalidade proporcional de menores de um ano e do indicador de Guedes são observados no Rio Grande do Sul (13,9% e 19,9 respectivamente) em Roraima (44,4% e -13,5).
- A situação de saúde das populações que residem nas capitais revela-se próxima à que prevalece no estado como um todo, sendo que, em 14 unidades da Federação, os índices das capitais são, inclusive, inferiores aos dos respectivos estados.
- A mortalidade proporcional de menores de um ano, de 1980, aponta uma tendência à piora do nível de saúde nas regiões Norte e Nordeste, quando comparada a período anterior.
- As causas de morte, no Brasil, apresentam padrão "misto" de mortalidade, com avanço das doenças cardiovasculares (32,1%), tumores (10,4%) e acidentes, envenenamentos e violências (11,8%), a par da persistência das doenças infecciosas e parasitárias (11,8%) e causas perinatais (8,8%). Os perfis da mortalidade por causa básica do óbito discriminam-se, acentuadamente, entre as grandes regiões e unidades da Federação.
- As causas mais frequentes de óbitos, nas diversas faixas etárias, foram: entre os menores de um ano as causas perinatais (38,3%), de 1 a 4 anos as doenças infecciosas e parasitárias (34,7%), de 5 a 19 anos as "causas externas" (50,7%), de 20 a 49 anos, também, as "causas externas" com 33,8% dos óbitos e, entre as pessoas com mais de 50 anos, as doenças do aparelho cardiovascular (54,5%).
- Em 1980, as informações existentes, no Brasil, sobre os óbitos não são satisfatórias sequer quantitativamente. Apenas 77,2% dos municípios brasileiros apresentavam-se com informação regular sobre os óbitos registrados. As situações mais graves foram verificadas nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, nas quais as informações não cobriam 70% da população.
- A precária qualidade da informação já é constatada pela elevada frequência (21,5%) dos óbitos "mal definidos". No Nordeste esta proporção atinge 48,6%.
- Conclui-se, pela necessidade de melhoria das informações sobre os óbitos e do desenvolvimento de estudos sobre as condições de saúde, ainda com indicadores tradicionais, enquanto se busca modificar o tipo de informação existente e que venha a permitir análises mais completas e abrangentes.

BARROS, M. B. de A. [Some considerations on mortality in Brazil on 1980]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18: 122 - 37, 1984.

ABSTRACT: This study presents an analysis of the index of proportional mortality by age and causes of death for the Brazilian population in 1980. The study points out the poor quality of the data, mainly in the North, Northeast and Middle-west regions and the Brazilian's low level of health: with proportional mortality under one year of age at 24.2% and proportional mortality over 50 years old at 48.9%, Nelson de Moraes' type III and Guedes' index at 8.0. The level of health in Brazil varies greatly from region to region. Dwellers in capital cities have a health index similar to that of the population of their respective state. In 1980 the proportional mortality for diseases of the circulatory system was 32.1%, for infectious and parasitic diseases 11.8%, for neoplasms 10.4% and for accidents, poisoning and injuries 11.8%. The index for North and Northeast regions indicate a worsening of conditions of health as compared with previous periods.

UNITERMS: Mortality, Brazil. Health indicators.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. (Fundação IBGE). Rio de Janeiro, 1982.
2. CARVALHO, J. A. M. & WOOD, C. H. Mortalidad, distribución del ingreso y residencia rural-urbana en Brasil. *Estud. Pobl.*, 3(7): 7-19, 1978.
3. CLASSIFICAÇÃO estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; 9ª revisão de 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português, 1978.
4. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. Estrutura da mortalidade em 1979. *RADIS-Dados*, 1(5), 1983.
5. GUEDES, J. S. Contribuição para o estudo da evolução do nível de saúde do Estado de São Paulo: análise das Regiões Administrativas (1950-1970). São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública USP].
6. LAURENTI, R. A medida das doenças. In: Forattini, O. P. *Epidemiologia geral*. São Paulo, Ed. Edgard Blucher/Ed. USP, 1976. p. 64-85.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Estatísticas de mortalidade: Brasil, 1979*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Estatísticas de mortalidade: Brasil, 1980*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
9. PAIM, J. S. & COSTA, M. C. N. Variação da mortalidade infantil em diferentes capitais brasileiras (1960-1979). *Rev. baia. Saúde públ.*, 9: 125-35, 1982.
10. SWAROOP, S. & UEMURA, K. Proportional mortality of 50 years and above: a suggested indicator of the component "Health, including Demographic Condition" in the measurement of Levels of Living. *Bull. Wld Hlth Org.*, 17: 439-81, 1954.
11. WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL. (World Health Organization). Geneva, 1981.
12. WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL. (World Health Organization). Geneva, 1982.
13. YUNES, J. Evolução da mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional no Brasil. *Pediatria*, S. Paulo, 3: 42-53, 1981.

Recebido para publicação em 23/09/1983.
Aprovado para publicação em 19/12/1983.

E R R A T A

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA,
18(2), 1984

p. 131, Tabela 6 – última linha

Onde se lê: Sintomas. . .

Leia-se: Demais grupos

18(4), 1984.

p.300, Referência Bibliográfica nº 13

Onde se lê: 13. WARD apud EVERITT, B. *Cluster analysis*. London, Heinemann Educational Books, 1974.

Leia-se: 13. WARD Jr., J. H. Hierarchical grouping to optimize an objective function. *J. Amer. Statist. Assoc.* 58:236-44, 1963.

O arquivo disponível sofreu correções conforme ERRATA publicada no Volume 18 Número 5 da revista.