

Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil

Mortality by race/color: evidence of social inequalities in Vitória (ES), Brazil

Resumo

Objetivo: Analisar a mortalidade por causa básica, sexo e raça/cor a partir do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), em Vitória (ES), no período de 2003 a 2006. **Métodos:** Foram calculados e analisados os coeficientes de mortalidade, segundo causa básica e sexo por raça/cor, bem como a idade média e mediana de óbito por causa básica, sexo e raça/cor. Foi calculado o risco relativo (RR) por sexo, idade e causa básica ($p < 0,05$ e IC 95%). **Resultados:** A completude da variável raça/cor no SIM variou de 1% em 1996 para 81% em 2006. Foi observado maior RR de óbito entre negros para transtornos mentais e comportamentais (RR=9,29), causas mal definidas (RR=8,71) e causas externas (RR=5,71). Entre mulheres negras, as causas externas apresentaram maior RR (2,38). Foi encontrada uma variação de até 33 anos na idade mediana do óbito entre brancos e negros. **Conclusão:** Este estudo reitera a existência de desigualdades raciais/étnicas na mortalidade, destacando-se a mortalidade por transtornos mentais e causas externas, além da mortalidade precoce que ocorre na população negra.

Palavras-chave: desigualdades em saúde; sistemas de informação; registros de mortalidade; distribuição por raça ou etnia; causa básica de morte; taxa de mortalidade.

Nathalia Modenesi Fiorio^I

Luisa Sorio Flor^{II}

Monique Padilha^{II}

Denise Silveira de Castro^{III}

Maria del Carmen Bisi Molina^{III}

^ISecretaria Municipal de Saúde de Vitória – Vitória (ES), Brasil

^{II}Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

^{III}Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil

Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil.

Trabalho baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência: Maria del Carmen Bisi Molina – Universidade Federal do Espírito Santo – Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Av. Marechal Campos, 1.468 – Maruípe – CEP: 29042-370 – Vitória (ES), Brasil – E-mail: mdmolina@uol.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar.

Abstract

Objective: To analyze mortality by cause and sex among groups of race or color from the mortality information system (MIS) in Vitória (Brazil), in the period from 2003 to 2006. **Methods:** We calculated and analyzed the mortality rates according to underlying cause, sex and race/color, and the mean and median age of death by underlying cause, sex and race. We calculated the relative risk (RR) for age, sex and underlying cause ($p < 0.05$ and CI 95%). **Results:** The completeness of race/color in SIM ranged from 1% in 1996 to 81% in 2006. There was a greater RR of death among blacks for mental and behavioral disorders (RR=9.29), ill-defined causes (RR=8.71), and external causes (RR=5.71). For black women, we highlight the external causes (RR=2.38). We found a variation of up to 33 years (nervous system) between whites and blacks. **Conclusion:** This study confirms the existence of unequal racial/ethnic mortality, highlighting the mortality from mental disorders and external causes, in addition to early mortality that occurs in the black population.

Keywords: health inequalities; information systems; mortality registries; race or ethnic group distribution; underlying cause of death; mortality rate.

Introdução

Análises das informações dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são úteis para subsidiar políticas públicas, bem como para contribuir na compreensão da relação entre os determinantes sociais e o perfil de morbimortalidade de uma população¹. Nesse sentido, dados secundários, sistematizados e analisados a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) podem contribuir sobremaneira nesse cenário, porém é imprescindível que informações socioeconômicas estejam disponíveis, o que nem sempre ocorre².

Apesar da grande preocupação de gestores e pesquisadores quanto ao correto preenchimento das informações nos SIS, durante muito tempo os esforços se restringiram à causa do óbito. As demais informações adquiriram certo destaque nos últimos anos devido à ampliação da discussão sobre os determinantes sociais das doenças e agravos à saúde, bem como o debate sobre os direitos essenciais, dentre os quais o direito à saúde e à vida plena³.

Em estudos sobre as desigualdades em saúde também são utilizados os sistemas de informação de saúde, pois são realizadas análises demonstrando o quanto a população exposta a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde, tendo em vista a associação entre a desigual distribuição de rendimentos e escolaridade a um perfil característico de causas de óbitos. Ressalta-se que esse cenário pode ser devido ao desigual acesso a serviços de saúde, à informação, às condições de vida (alimentação, hábitos saudáveis) ou às condições de trabalho, lazer, entre outros⁴. Nessa perspectiva, a variável raça/cor constitui-se uma ferramenta de orientação para análise das desigualdades em saúde, podendo ser utilizada como um eficiente marcador resumo da desigualdade social.

Assim sendo, pretendeu-se neste trabalho, identificar e analisar as desigualdades na mortalidade por causa básica, sexo e idade, segundo raça/cor entre os anos de

2003 a 2006, em Vitória (ES). A opção pela raça/cor em detrimento das demais variáveis sociodemográficas deve-se aos resultados encontrados em estudo anterior⁵, no qual foi observado que esta variável apresentava completude suficiente para viabilizar o estudo em questão, bem como linearidade quanto à sua proporção no período selecionado.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados do SIM e do IBGE. Foram utilizados como unidade de análise, os óbitos de pessoas maiores de 15 anos ocorridos entre os anos de 2003 a 2006, residentes no município de Vitória, obtidos junto à Secretaria de Saúde do Município.

As variáveis utilizadas neste estudo foram: causa básica, idade, sexo e raça/cor. Na apresentação e discussão dos resultados serão utilizados os termos “branco”, “preto”, “pardo”, conforme classificação disponível e, eventualmente, “negro”, representando a junção das categorias preta e parda. As categorias “amarela” e indígena foram desconsideradas nas análises visto que sua frequência na população de Vitória não atinge 1%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob o número 0016/08.

A população da cidade de Vitória e respectivos percentuais das categorias de raça/cor foram estimadas a partir da contagem populacional de 2000. A proporção populacional para raça/cor considerada foi: 52% branca, 38% parda, 7% preta e 2% outras (amarela, indígena, ignorada)⁶.

Para análise da mortalidade por raça/cor, foi calculado o coeficiente de mortalidade (CM) para brancos, pretos e pardos no período de 2003 a 2006. As causas de óbito foram agrupadas de acordo com os capítulos da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁷. A seleção de causas levou em consideração

a magnitude de ocorrência na população de Vitória, sendo selecionadas as mais importantes causas de óbito. As causas abaixo descritas corresponderam no ano de 2005 a 95,6% de todos os óbitos de residentes no município de Vitória⁸. Algumas causas não foram analisadas, apesar de sua conhecida relevância, devido ao número reduzido de óbitos registrados nos anos analisados (por exemplo, mortalidade materna que alcançou apenas cinco óbitos registrados).

Foram utilizados os dados populacionais do IBGE como denominadores e o número de óbitos das respectivas categorias nos numeradores. Foram calculadas as médias, os desvios padrão e as medianas dos óbitos por causa e raça/cor e apresentados categorizados em dois grupos: brancos e negros (pretos e pardos). A mesma descrição foi realizada para sexo e raça/cor. Além disso, foi calculado o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança (IC), com índice de confiança de 95% e $p < 0,05$ para as categorias de raça/cor branca, preta e parda, segundo sexo e causa básica. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS 16.0 e *Epi info*.

Resultados

Na Figura 1, observa-se o CM por raça/cor nos anos de 2003 a 2006. Foram observados os menores valores na categoria de brancos quando comparados aos pretos e pardos. A diferença foi detectada em todos os anos, seguindo uma tendência de diminuição do coeficiente por ano e para todas as categorias analisadas. Entretanto, permanece uma diferença entre os grupos, principalmente entre brancos e pretos.

Observa-se na Figura 2 que a mediana da idade de óbito nos anos analisados apresenta uma diferença de mais de 10 anos nos grupos analisados. Para os brancos, a mediana foi de 73 ± 17 anos e, para os negros, foi de 61 ± 19 anos.

A distribuição dos óbitos ocorridos no município de Vitória, no período de 2003 a 2006, por idade e raça/cor, pode ser observada na Figura 3. Os óbitos em indivíduos

brancos apresentam uma distribuição progressiva de acordo com a idade, não sendo observado o mesmo comportamento entre óbitos de indivíduos pretos e pardos. Observa-se que a distribuição intercala elevações e declínios ao longo da vida.

Em relação à idade média de óbito segundo raça/cor (Tabela 1), observa-se que em grande parte das causas básicas de óbito, os pretos e pardos apresentaram idade média menor quando comparados aos brancos.

Para o sexo masculino, as maiores diferenças entre as idades médias do óbito de brancos e pretos foram encontradas para as doenças do sistema nervoso (23 anos), causas mal definidas (18 anos), causas externas (14 anos) e doenças do aparelho circulatório (10 anos). Entre brancos e pardos, as diferenças foram encontradas nas doenças do aparelho respiratório (11 anos), neoplasias (5 anos) e transtornos mentais (3 anos).

Entre óbitos do sexo feminino, as maiores diferenças entre as idades médias para brancas e pretas foram encontradas para as doenças infecciosas (26 anos), doenças do aparelho digestivo (18 anos) e causas mal definidas (13 anos). Entre brancas e pardas, destacam-se as doenças do aparelho geniturinário (19,8 anos), causas mal definidas (13 anos) e neoplasias (7 anos).

Na Tabela 2, observa-se o RR para homens e mulheres negras, segundo causa básica. Foram estatisticamente significativas as diferenças do RR para os homens, nas seguintes causas básicas: transtornos mentais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, causas mal definidas e causas externas. Para as mulheres, as causas que apresentaram diferença significativa foram: neoplasias e causas externas.

A Tabela 3 apresenta o risco relativo comparando brancos e negros com idade entre 15 e 49 anos, segundo sexo. No sexo masculino, foi encontrado maior RR para as seguintes causas básicas: doenças infecciosas e parasitárias, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório, doenças

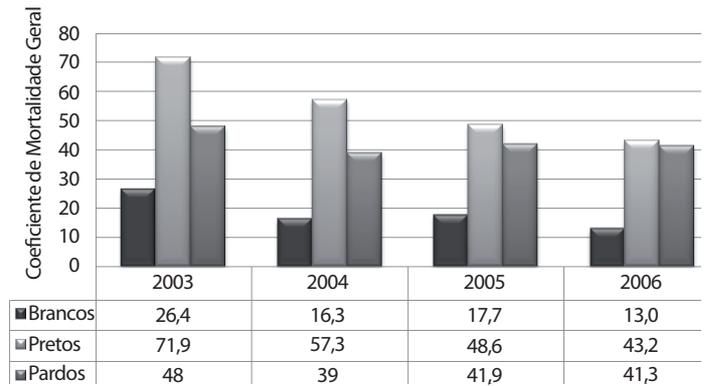
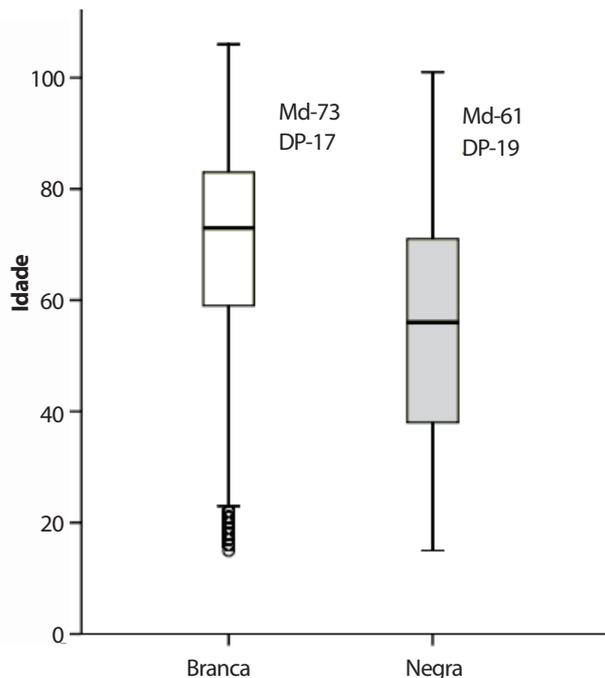


Figura 1. Coeficiente de mortalidade, segundo raça/cor, no período de 2003 a 2006. Vitória (ES), Brasil

Figure 1. Mortality rate according to race/color, from 2003 to 2006. Vitória (ES), Brazil



Md: mediana; DP: desvio padrão
Md: median; DP: standard derivation

Figura 2. Mediana de óbito, segundo raça/cor, agregado de 2003 a 2006. Vitória (ES), Brasil

Figure 2. Median death according to race/color, from 2003 to 2006. Vitória (ES), Brazil

do aparelho digestivo, causas mal definidas e causas externas. Para as mulheres, foram: doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, doenças do aparelho circulatório e causas externas.

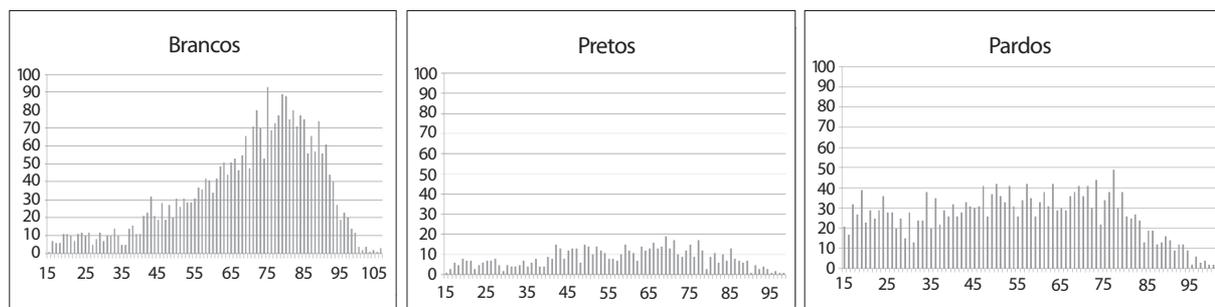


Figura 3. Distribuição de óbitos por idade segundo raça/cor, agregado de 2003 a 2006. Vitória (ES), Brasil

Figure 3. Distribution of deaths according to sex and race/color, from 2003 to 2006. Vitória (ES), Brazil

Tabela 1. Idade média e desvio padrão segundo sexo, causa básica e raça/cor, 2003-2006. Vitória (ES), Brasil

Table 1. Mean age and standard deviation according to sex, basic cause and race/color, 2003-2006. Vitória (ES), Brazil

Causa básica	Masculino				Feminino			
	Ba	Pr	Pa	p**	Ba	Pr	Pa	p**
	$\bar{X}\pm DP$	$\bar{X}\pm DP$	$\bar{X}\pm DP$		$\bar{X}\pm DP$	$\bar{X}\pm DP$	$\bar{X}\pm DP$	
Doenças infecciosas	52±17	41±11*	46±14	0,01	64±22	38±20*	46±20*	0,01
Neoplasias	67±15	65±15	63±15*	0,00	67±16	64±16*	59±17*	0,00
Doenças endócrinas	69±13	74±16	66±16	0,33	75±14	63±13*	64±17*	0,00
Transtornos mentais	50±20	47±13	46±11	0,85	49±25	47	43±7	0,15
Doenças do sistema nervoso	71±21	49±23*	50±20*	0,02	86	-	-	-
Doenças do aparelho circulatório	71±14	61±14*	63±14*	0,00	76±14	67±16*	70±16*	0,00
Doenças do aparelho respiratório	77±17	65±16*	65±17*	0,00	81±14	69±16*	73±18*	0,01
Doenças do aparelho digestivo	65±17	53±16*	53±14*	0,00	74±15	56±19*	63±16*	0,00
Doenças Do aparelho geniturinário	74±12	63±17	64±23	0,99	79±17	64±21	59±24*	0,01
Causas mal definidas	62±18	45±27	50±19	0,96	78±16	78±10	65±17	0,11
Causas externas	45±21	45±21*	31±14*	0,00	56±26	50±26	42±18*	0,04
Média	66±18*	54±20*	49±21*	0,00	73±17	64±18	63±19	0,00

Ba: brancos; Pr: pretos; Pa: pardos; $\bar{X}\pm DP$: média±desvio padrão; *associação encontrada em relação à categoria "brancos"; **ANOVA one-way e teste post hoc; nível de significância adotado $p<0,05$.

Ba: white; Pr: blacks; Pa: mixed; $\bar{X}\pm DP$: mean±standard deviation; *association found for the category "white"; **one-way ANOVA and post hoc test, significance level $p<0.05$.

Tabela 2. Risco relativo (RR) para os negros em relação aos brancos, segundo causa básica e sexo, 2006. Vitória (ES), Brasil

Table 2. Relative risk (RR) for blacks compared to whites according basic cause and sex, 2006. Vitória (ES), Brazil

Causa	Masculino			Feminino		
	RR	IC 95%	p	RR	IC 95%	p
Doenças infecciosas e parasitárias	0,96	0,50-1,84	0,89	1,39	0,56-3,41	0,47
Neoplasias	1,02	0,72-1,42	0,93	0,52	0,35-0,78	0,00
Doenças endócrinas	1,58	0,79-3,14	0,19	0,99	0,57-1,71	0,97
Transtornos mentais	9,29	2,14-40,38	0,00	-	-	-
Doenças do sistema nervoso	0,31	0,10-0,93	0,03	0,61	0,27-1,38	0,23
Doenças do aparelho circulatório	1,02	0,80-1,31	0,85	1,00	0,76-1,30	0,97
Doenças do aparelho respiratório	0,54	0,31-0,94	0,03	0,92	0,55-1,54	0,74
Doenças do aparelho digestivo	2,25	1,23-4,11	0,00	1,00	0,52-1,92	0,99
Doenças do aparelho geniturinário	0,83	0,37-1,87	0,65	0,97	0,36-2,60	0,95
Causas mal definidas	8,71	1,99-38,07	0,00	0,61	0,20-1,81	0,36
Causas Externas	5,71	3,83-8,51	0,00	2,38	1,15-4,94	0,01

IC: Intervalo de confiança

IC: Confidence interval

Tabela 3. Risco relativo (RR) para óbito segundo sexo e causa básica para menores de 50 anos. 2003 a 2006. Vitória (ES), Brasil
Table 3. Relative risk (RR) of deaths according sex and basic cause for under 50 years. 2003 to 2006. Vitória (ES), Brazil

Causa	Sexo	RR	IC 95%	p
Doenças infecciosas e parasitárias	M	2,91	1,14–7,44	0,02
	F	4,55	0,97–21,42	0,03
Neoplasias	M	1,23	0,47–3,18	0,67
	F	1,30	0,47–3,58	0,61
Doenças endócrinas	M	4,37	0,49–39,06	0,15
	F	6,82	0,82–56,68	0,04
Transtornos mentais	M	12,00	1,55–92,92	0,00
	F	*	*	*
Doenças do sistema nervoso	M	*	*	*
	F	0,57	0,05–6,27	0,64
Doenças do aparelho circulatório	M	3,55	1,61–7,83	0,00
	F	2,73	0,96–7,75	0,04
Doenças do aparelho respiratório	M	0,82	0,18–3,66	0,79
	F	*	*	*
Doenças do aparelho digestivo	M	9,28	2,14–40,14	0,00
	F	3,41	0,69–16,91	0,12
Doenças do aparelho geniturinário	M	*	*	*
	F	*	*	*
Causas mal definidas	M	9,97	1,23–81,01	0,00
	F	*	*	*
Causas externas	M	7,68	4,75–12,41	0,00
	F	2,60	1,07–6,32	0,02

M: masculino; F: feminino; IC: intervalo de confiança; *valores insuficientes para o cálculo
M: male; F: female; IC: confidence Interval; *insufficient to calculate values

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que os indivíduos pretos e pardos morrem mais cedo que os brancos por praticamente todas as causas estudadas na cidade de Vitória. Tal evidência pode estar relacionada não só a melhores condições de vida, bem como ao acesso desigual a serviços e bens de saúde para a população branca em detrimento dos negros. Assim, para os brancos, o evento é postergado para as idades mais avançadas e, estes, apresentam menor risco de morrer por causas externas, conseqüentemente também apresentam maior probabilidade de viver mais e em melhores condições que os negros. A análise demonstra que homens brancos apresentam risco menor de óbito devido a transtornos mentais, doenças do sistema nervoso, do aparelho digestivo e causas mal definidas, quando comparados a homens negros.

Resultados semelhantes foram encontrados por Batista⁹ ao analisar a mortalidade por raça/cor e sexo no estado de São Paulo. Gonçalves e Kapczinski¹⁰ sugerem que há relação entre satisfação com a vida e transtornos mentais e também a problemas financeiros graves. Além disso, Cunha¹¹ já havia observado disparidades na raça/cor em análise da mortalidade infantil. Outro fato importante observado consiste nas diferenças na mortalidade segundo sexo. Essas diferenças não ficaram restritas à causa básica de óbito; ela está presente também na idade média de óbito. As possíveis diferenças, segundo sexo, podem ser atribuídas tanto a fatores biológicos (composição ósseo-muscular, hormonal, distribuição de gorduras, entre outras) como aos fatores comportamentais, desenvolvidos a partir dos papéis sociais desempenhados¹².

As particularidades de homens e mulheres compõem perfis diferenciados entre os sexos e essas diferenças permanecem

por todos os ciclos da vida, sendo maior a mortalidade masculina em todas as idades e para quase todas as causas. Nas últimas décadas, essa diferença vem aumentando. Na década de 1980, as mulheres apresentavam cerca de seis anos a mais em relação à expectativa de vida masculina (respectivamente, 59,7 e 65,7), porém, em 2003, essa diferença alcançou uma sobrevida de aproximadamente oito anos em relação aos homens (respectivamente, 75,2 e 67,6 anos)¹³.

Todavia, os indicadores relativos à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais demonstram maior frequência para o sexo feminino, evidenciando que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e referem mais frequentemente algum agravo ou queixa de morbidade¹⁴.

Em relação à mortalidade por causas externas, a raça/cor mostrou-se como um importante marcador de desigualdade social. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo anterior realizado em Vitória (ES)¹⁵. Esse problema, devido a sua complexidade, exige ações integrais e intersetoriais, o que torna ainda mais grave a situação desse grupo.

Alguns agravos, como o alcoolismo e AIDS, os quais estão fortemente presentes no sexo masculino, encontram-se em crescimento no sexo feminino¹⁶. Em relação ao alcoolismo, apesar da dificuldade de estabelecer a prevalência do consumo e abuso, esse se relaciona diretamente com algumas causas de óbito, como transtornos mentais e doenças do aparelho digestivo (cirrose hepática). O uso abusivo de bebidas alcoólicas parece ser mais comum em homens de regiões mais pobres, e quando associado a outros fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aumento da morbimortalidade por essas causas nesses grupos¹⁷.

Em relação às causas externas, é conhecida a sua associação com as condições socioeconômicas¹⁸. As causas externas são uma importante causa de mortalidade no Brasil, o que é preocupante visto

serem estas causas relacionadas à violência e a mortalidade de jovens. Mello Jorge, Gawryszewski e Latorre¹⁹ apontaram, em estudo realizado na década de 1990, a cidade de Vitória entre as capitais com os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas.

Destaca-se, nesse estudo, o fato de a mulher negra apresentar menor risco para as neoplasias. Sabe-se que o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres e, juntamente ao de próstata e colón e reto, encontra-se entre os que normalmente estão associados a alto *status* socioeconômico²⁰. Compreender melhor esse resultado só seria possível se houvesse maior número de informações disponíveis na declaração de óbito (DO), como por exemplo, a ocupação e escolaridade. Ainda assim, é importante destacar que a raça/cor parece ser uma variável sensível às questões socioeconômicas.

É importante destacar que quando analisada a mortalidade por transtornos mentais em óbitos abaixo de 50 anos, os negros apresentam RR de 12 em relação aos brancos. Em relação às mulheres, quando analisado o RR com o recorte de idade, as causas externas permanecem com RR mais elevado para mulheres negras, além de outras causas: doenças infecciosas, doenças endócrinas e doenças do aparelho circulatório.

Outra questão importante foi a elevação do RR para óbitos por doenças do aparelho circulatório em homens negros com idade entre 15 a 49 anos. A existência de fatores genéticos associados às doenças hipertensivas em negros parece estar relacionada a uma maior rigidez aórtica em relação aos demais grupos de raça/cor²¹, elevando o risco para todas as causas em que a hipertensão arterial se configura como um dos mais importantes fatores de risco, como os eventos cardiovasculares e cerebrais. Além disso, a maior frequência de doenças hipertensivas em pessoas negras é bem estabelecida, bem como as sequelas e a gravidade das doenças a ela

relacionadas quando comparadas aos brancos^{22,23}. Os fatores envolvidos nesse processo parecem se concentrar em três vertentes: diferenças biológicas (genéticas), as relacionadas à assistência e às questões sociais e culturais.

Os motivos da alta prevalência de hipertensão arterial em negros ainda não estão completamente esclarecidos e, parece haver divergências quanto a real contribuição dos fatores isoladamente²⁴. Ressalta-se que a maioria dos estudos relacionados a estas questões não foram realizados no Brasil, no qual apresenta uma segregação genética muito menor no que nos EUA, por exemplo. No Brasil, foi encontrada uma diferença significativa entre os níveis pressóricos de brancos e negros, mesmo após o controle por classe socioeconômica e idade²⁵. Em Chicago (EUA), as diferenças encontradas entre negros e brancos não permaneceram após ajuste por bairro de residência, evidenciando a influência dos fatores culturais, comportamentais e econômicos para a população analisada²⁶.

Com relação à assistência médica, há evidências de que o tempo “porta-balão” para pacientes com infarto do miocárdio (tempo decorrido desde a internação até o cateterismo) seja mais elevado para os pacientes identificados como negros e, tais diferenças permaneceram mesmo quando separados por classe socioeconômica²⁶. Parece haver também uma interação entre fatores biológicos (genéticos), socioeconômicos e os relacionados ao acesso à saúde.

Entretanto, merece destaque a diferença entre a idade média do óbito entre brancos, pretos e pardos. Esse fato evidencia a necessidade de aprofundar outros aspectos inerentes ao adoecimento por essas causas, pois parece que mesmo em indivíduos jovens, essa diferença é significativa. No sexo feminino, Lessa et al.²⁷ encontraram associações positivas e significativas da hipertensão arterial com etnia negra, o que corrobora o resultado encontrado em nosso estudo para

mulheres negras com idade entre 15 a 49 anos em relação às brancas.

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que, em parte, essas diferenças são devido a questões genéticas ainda não completamente elucidadas, e, aos determinantes sociais que marcadamente estão presentes como fatores importantes no processo de saúde-doença da população de Vitória. Ressalta-se que neste estudo encontramos uma diferença entre as medianas de idade, segundo raça/cor, de cerca de dez anos a menos para classificados como pretos na DO.

O principal aspecto identificado revelado nesse estudo foi o elevado risco relativo de mortalidade geral para pretos e pardos e o fato de maior impacto foi a diferença entre as idades de óbito para homens e mulheres pretos e pardos, tanto para mortalidade geral como para causas específicas, sugerindo que negros apresentam maior risco de morrer e de isso ocorrer precocemente na cidade de Vitória.

São de grande impacto os resultados apresentados, pois demonstram que negros e brancos ocupam lugares desiguais na sociedade e trazem consigo experiências também desiguais no nascer, viver, adoecer e morrer. As condições desiguais de vida e saúde da população exigem ações integrais através de políticas intersetoriais com vistas à redução das iniquidades sociais. Nesse sentido, análises das condições de saúde, utilizando marcadores sociais, como a variável raça/cor, podem contribuir para identificar condições desiguais de viver numa mesma população.

A dimensão do problema das desigualdades em saúde sugere que mais estudos sejam realizados visando elucidar a contribuição real da variável raça/cor por meio da utilização de outras variáveis socioeconômicas, tendo em vista a impossibilidade de usá-las por inadequado preenchimento dessas informações na DO.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Manual de procedimento do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 36 p.
- Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. [citado 2011 Set 02]. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 23. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(3):405-412.
- Fiorio NM, Smarzarzo DC, Barbosa GC, Molina MCB. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade, Vitória/ES de 1996 a 2005. *UFES Rev Odont*. 2008;10(1):19-26.
- Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad de Saúde Pública*. 2002;18(Suppl):57-65.
- Centro Colaborados da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. Classificação Internacional de Doenças (CID-10). [internet]. [citado 29 set 2008]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais de Morbi-Mortalidade. [internet]. [citado 29 set 2008]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
- Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2005;10(1):71-80.
- Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):1060-6.
- Cunha EMGP. Mortalidade infantil por raça/cor. In: Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo – 2004. Instituto de Saúde. São Paulo; 2005.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábuas Completas de Mortalidade 2003 [internet]. [citado 30 jun 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2003/default.shtm>.
- OPAS/OMS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores de mortalidade. [internet]. [citado 15 out 2008]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2006/c05.def>.
- Bastos MJRP, Pereira JA, Smarzarzo DC, Costa EF, Bossanel RCL, Oliosa DMS et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(1):123-32.
- Rodrigues Junior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37(4):312-7.
- Marín-León L, Oliveira HB, Botegaem NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 – 2002. *Psicol Estud*. 2007;12(1):115-21.
- Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 2004;26 (Suppl 1):S7-10.
- Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de Mortalidade. *Rev Saúde Pública*, 1997;31(4 suppl):5-25.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.94p.
- Gillum RF. Epidemiology of hypertension in African American women. *Am Heart J*. 1996;131(2):385-95.
- Jamerson KA. The disproportionate impact of hypertensive cardiovascular disease in African Americans: getting to the heart of the issue. *J Clin Hypertens*. 2004;6(4 Suppl 1):4-10.
- Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:171-192.
- Morenoff JD, House JS, Hansena BB, Williams DR, Kaplan GA, Hunte HE. Understanding social disparities in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control: the role of neighborhood context. *Soc Sci Med*. 2007;65(9):1853-66.
- Capingana DP. Comparação do risco cardiovascular entre brancos e negros de mesmo nível socioeconômico. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
- Bradley EH, Herrin J, Wang Y, McNamara RL, Webster TR, Magid DJ, et al. Racial and ethnic differences in time to acute reperfusion therapy for patients hospitalized with myocardial infarction. *JAMA*. 2004;292(13):1563-72.
- Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, de Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MM. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(6):747-56.

Recebido em: 11/08/2010

Versão final apresentada em: 09/11/2010

Aprovado em: 14/03/2011