

*Aspectos da  
questão  
étnico-racial  
e saúde no  
Município de  
São Paulo*



## **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Fernando Haddad

## **SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Alexandre Padilha

## **SECRETÁRIO ADJUNTO**

Célia Cristina Pereira Bortoletto

## **CHEFE DE GABINETE**

Mariana Neubern de Souza Almeida

## **COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo**

Margarida M T A Lira

### **Autores**

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Helio Neves

Margarida M T A Lira

Clarissa de Lacerda Nazário

Iracema Ester do Nascimento Castro

Marina de Freitas

Patrícia Carla dos Santos

## **Colaboração**

Cassio Rogério Dias Lemos Figueiredo

Carmen Helena Seoane Leal

Débora M Coelho - COVISA

Inês Koizumi - COVISA

Marta M P Nunes - Área Técnica População Indígena

Naomi Kawaoka Komatsu - COVISA

Sumie Matai de Figueiredo - COVISA

Valdete Ferreira dos Santos - Área Técnica da  
População Negra

## **Conselho Editorial**

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Breno Souza de Aguiar

Eneida Ramos Vico

Helio Neves

Josane Cavalheiro

Leny Kimie Yamashiro Oshiro

Margarida M T A Lira

Michel Naffah Filho

## **Projeto Gráfico e Editoração**

Cristina R. Guedes

Lucas Acencio

Milaine Aragão de Almeida

## **Revisão**

Breno Souza de Aguiar

Katia Cristina Bassichetto

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP: 01223-906 - São Paulo - SP

smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Fones: (11) 3397-2239 / 2240

[www.prefeitura.sp.gov.br/saude](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude)

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

### Ficha Catalográfica

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo | Galleguillos TGB, Neves H, Lira MMTA, Nazário C, Castro I, Freitas M, Santos P. Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº12/2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 60 p.

1.Origem Étnica e Saúde 2.Estudos Populacionais em Saúde Pública 3.Desigualdades em Saúde

*“O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações<sup>2</sup>”*

Programa de Combate ao Racismo Institucional, 2006.

## **Apresentação**

Este boletim apresenta alguns aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo (MSP). Construído de forma coletiva, por representantes das diversas áreas da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) e das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem como objetivo subsidiar a elaboração da política de saúde, considerando diferenças e necessidades específicas entre grupos populacionais.

A identificação da associação de saúde com aspectos do racismo, sexismo, condições socioeconômicas e culturais contribui para o alcance do acesso equitativo à saúde. Para tanto, serão apresentadas as características socioeconômicas da população e o respectivo perfil epidemiológico da cidade de São Paulo, segundo recorte étnico racial.

Sendo missão da CEInfo “promover a produção e o uso de informação voltada para a gestão de políticas públicas de saúde e melhoria das condições de saúde para a população da cidade de São Paulo”, e a relevante necessidade de qualificar o campo raça/cor nos sistemas de informação em saúde, para identificar as diferenças e as necessidades reais, espera-se com este boletim, subsidiar o desenvolvimento de políticas de promoção da equidade.

**Margarida M T de Azevedo Lira**  
Coordenadora da CEInfo - SMS - SP

## Resumo

A identificação da associação das condições de saúde com aspectos do racismo, sexismo, condições socioeconômicas e culturais contribui para o alcance do acesso equitativo à saúde, de acordo com os princípios do SUS - universalidade, equidade e integralidade.

Este boletim tem como finalidade apresentar análise das condições de vida e saúde da população no Município de São Paulo com recorte étnico-racial.

A distribuição da população no município de São Paulo aponta predomínio de brancos, seguidos de pardos, com maior envelhecimento de amarelos e brancos, e maior concentração de brancos na região com melhores condições socioeconômicas e ambientais. A maior taxa de natalidade é da população parda e a menor da amarela, a gestação na adolescência ocorre mais em mulheres pardas e indígenas. A média de idade ao morrer foi maior entre os amarelos e, menor entre os indígenas e os pardos.

Os pretos apresentam a maior taxa de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica, doença cerebrovascular e diabetes mellitus e, brancos, por doença isquêmica do coração.

As causas externas apresentaram maiores taxas de internação e mortalidade entre os pardos e pretos. Dentre as mortes por homicídio, os jovens pardos e pretos foram as maiores vítimas.

Os cânceres constituíram-se em primeira causa de internação e segunda de morte, com maiores taxas entre os brancos, os quais apresentam também maiores taxas para câncer de mama e nas topografias relacionadas ao uso do álcool e tabaco. O câncer de colo uterino gera maior taxa de mortalidade entre as mulheres pretas.

Aids e tuberculose apresentam maiores taxas de mortalidade para pretos e, a incidência de sífilis congênita foi maior em mães pardas e pretas.

Os resultados encontrados tornam evidente a relação entre as condições sociais e categoria racial com a saúde, reafirmando que a informação referente à categoria racial é um importante marcador de desigualdade social. Espera-se que as informações aqui discutidas sirvam de inspiração para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de diminuir as iniquidades determinadas pelo quesito raça/cor.

**Palavras-chave:** 1. Origem Étnica e Saúde 2. Estudos Populacionais em Saúde Pública 3. Desigualdades em Saúde

## Sumário

Introdução	8
O SUS e a questão étnico-racial	9
Sistemas de informação em saúde: análise da completude	10
Caracterização da população do Município de São Paulo segundo raça/cor	11
Nascidos Vivos	19
Internação hospitalar em estabelecimentos SUS	24
Mortalidade	26
Causas externas	34
Doenças do aparelho circulatório	40
Diabetes mellitus	43
Câncer	45
Aids e tuberculose	51
Sífilis	53
Doença falciforme	55
Considerações finais	57
Bibliografia	59

## Introdução

A sociedade brasileira apresenta elevada complexidade étnico-racial, com hierarquização social perversa e de consequências culturais duradouras. Tal cenário produz privilégios e exclusões, reforça desigualdades sociais e econômicas, gera impacto sobre as formas de adoecimento e morte da população, assim como no acesso a bens e serviços.

As desigualdades levam a prejuízo no acesso à renda e a direitos definidos como fundamentais: educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos<sup>3</sup>.

Perseguir os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) exige esforço permanente, para a compreensão das distintas manifestações, do modo como as pessoas nascem, vivem, adoecem e morrem nos diferentes grupos sociais e territórios da cidade.

No Brasil, a recente coleta sistemática de dados sobre raça/cor nas bases de dados do SUS e de outras fontes possibilita o desenvolvimento de estudos com recorte étnico-racial, com a produção de análises reveladoras de desigualdades sociais. No MSP, a coleta do quesito raça/cor na rede municipal de saúde foi regulamentada pela Portaria nº 696/1990<sup>4</sup>, no entanto, foi apenas na última década que se observou aumento da sua introdução nos diferentes sistemas de informação do SUS.

Este estudo tem como objetivo apresentar análise das condições de vida e saúde da população no MSP com recorte étnico-racial, referente aos aspectos epidemiológicos, de acesso e uso dos serviços de saúde.

## O SUS e a questão étnico-racial

A necessidade de enfrentamento das iniquidades, presente em todas as esferas da vida pública, é um dos principais compromissos do SUS com a população. Tem como princípio o direito à atenção integral à saúde, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, e o direito à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza. A associação desses dois princípios exige que a atenção à saúde se organize de forma a reconhecer que as pessoas não são iguais e têm necessidades distintas de atenção, o que exige o desenvolvimento de ações voltadas à equidade<sup>5</sup>.

Do ponto de vista do reconhecimento da relação entre raça/cor e saúde pública e, da aplicação de recursos na lógica da equidade, é essencial que se identifiquem as pessoas segundo suas características étnico-raciais, o que vem ocorrendo no SUS de maneira progressiva, apesar das variações substantivas quanto à qualidade da informação nas diferentes bases de dados no Brasil, incluindo as de saúde pública.

Estes esforços para além dos objetivos acima descritos, também contribuem para a reconstrução da identidade étnica e o reforço da capacidade dos próprios grupos para superar a vulnerabilidade histórica que vivenciam.

## Sistemas de informação em saúde: análise da completude

Um dos principais aspectos da qualidade de sistemas de informação é a completude dos dados que devem ser coletados, o que inclui o preenchimento adequado do campo referente à raça/cor nos diferentes sistemas de informação dos SUS.

O exame dos bancos de dados mostra elevada discrepância entre eles, com 15,7% de informação desta variável preenchida no Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero - SISColo e 99,9% no Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC (**Tabela 1**). Os sistemas mais recentes são mais incompletos, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de ações para o seu aprimoramento e efetiva implantação.

**Tabela 1** - Completude (%) da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS. Município de São Paulo, 2013.

Sistema de Informação	Completude (%)
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	99,9
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	97,2
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	97,0
SIH – Sistema de Informação Hospitalar	76,3
BPI – Boletim de Produção Ambulatorial Individual	57,9
CNS – Cartão Nacional de Saúde	47,9
SISMama – Sistema de Informação do Câncer de Mama	34,5
SISColo – Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero	15,7

Fonte: MS/DATASUS/SIH/SIM/SINASC

Deve-se ter em conta que ao longo do tempo pode ocorrer diferença na categorização racial, ou seja, a maneira como a população percebe e declara sua raça/cor, tanto nos censos demográficos, quanto nos cadastros do SUS. Este fenômeno pode influir na caracterização da população segundo raça/cor, portanto na produção de indicadores epidemiológicos e outros indicadores de interesse para a saúde pública.

É importante atingir elevados níveis de qualidade desta variável em todas as bases de dados, ao mesmo tempo em que se devem produzir e utilizar permanentemente informações com o recorte raça/cor em saúde pública, para que se realizem os objetivos para os quais foi concebido.

## Caracterização da população do município de São Paulo segundo raça/cor

No MSP, a distribuição da população segundo raça/cor nos anos 2000 e 2010 mostrou predomínio de brancos, seguidos de pardos, pretos, amarelos e indígenas, com modificações na composição neste período (**Gráfico 1**). Os dados do Censo 2010 mostram redução na proporção de indígenas e brancos na população da cidade e aumento da proporção de pretos, pardos e amarelos.

**Gráfico 1** - Proporção (%) da população residente segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2000 e 2010.



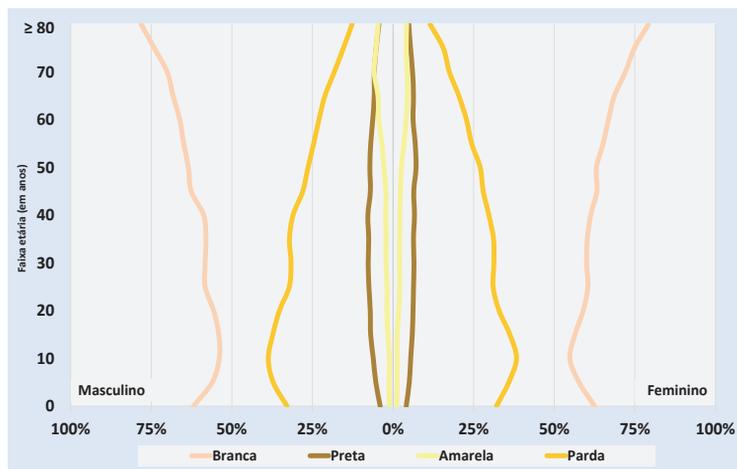
Fonte: Censo 2010/IBGE<sup>6</sup>

## Distribuição etária

A distribuição etária segundo raça/cor no MSP, de acordo com o Censo do IBGE em 2010, mostra maior proporção de brancos e amarelos entre os mais velhos (**Figura 1**). Este fenômeno é oposto ao que ocorre com a proporção de pardos, cuja representação é menor nas faixas etárias superiores.

Coincidentemente nota-se redução proporcional da população branca, com aumento proporcional dos pardos e pretos no período. Os amarelos apresentaram perfil demográfico mais envelhecido, seguido dos brancos e pretos. Na população parda verifica-se forte predominância de jovens.

**Figura 1** - Proporção (%) da população residente segundo sexo, faixa etária e raça/cor. Município de São Paulo, 2010.

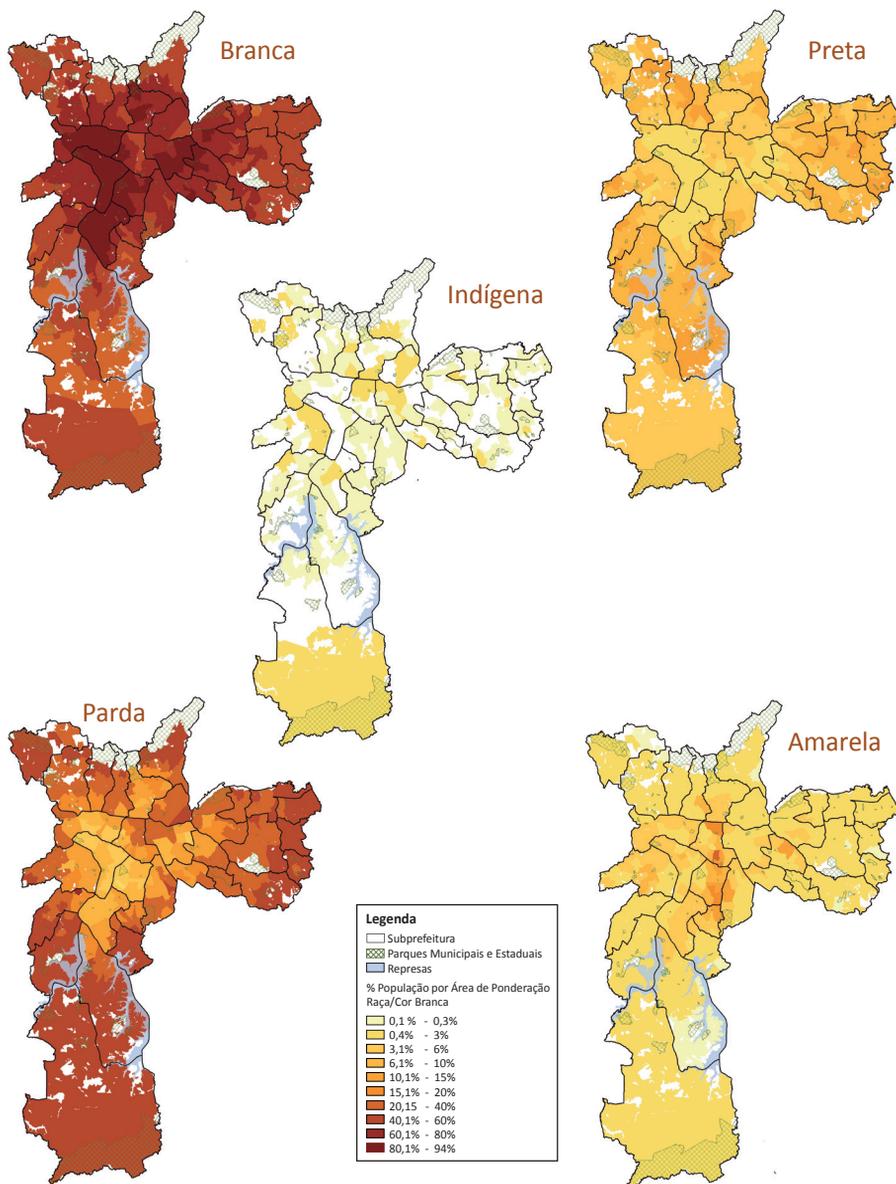


**Fonte:** Censo 2010/IBGE<sup>6</sup>. **Nota:** A população indígena não foi representada por apresentar-se em número reduzido

## Distribuição espacial

A distribuição espacial segundo raça/cor apresenta-se de forma heterogênea nas distintas regiões da cidade, sendo maior a proporção de brancos na região mais provida de infraestrutura urbana. Os pardos residem em sua maioria na região sul e os pretos na região leste. Os indígenas residentes em aldeias (Tenonde Porã, Krucutu, Jaraguá e Pankararu) concentram-se nas regiões Sul, Norte e Oeste. Já os amarelos apresentaram-se mais concentrados na parte sudeste da cidade (**Figura 2**).

**Figura 2** - Proporção (%) da população residente segundo áreas de ponderação<sup>1</sup> e raça/cor. Município de São Paulo, 2010.



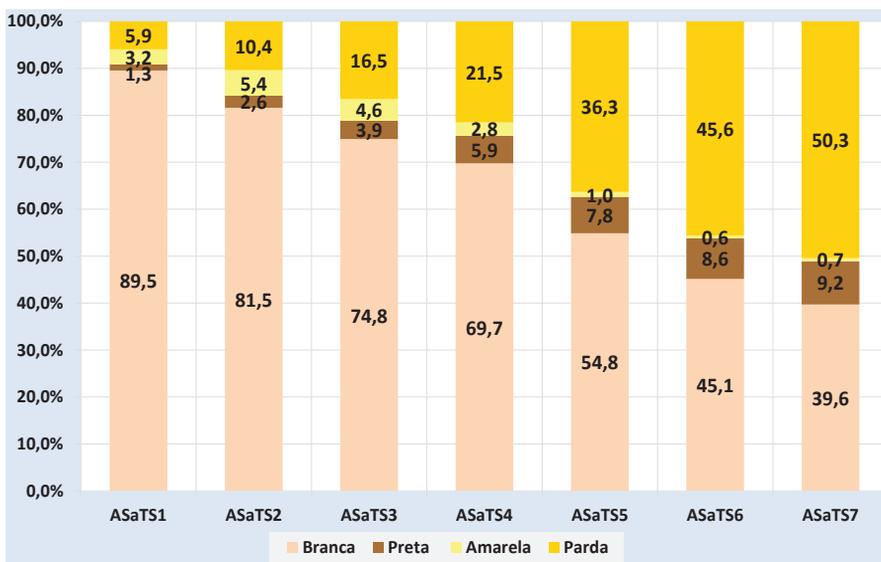
Fonte: Censo 2010/IBGE<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Com o objetivo de conhecer um amplo conjunto de condições existentes na cidade, mas evitando a elaboração de questionário muito detalhado, o IBGE cria para o Censo, um questionário de aplicação amostral, somente utilizado nas áreas denominadas como “de ponderação”. Isso permite estimar a prevalência regionalizada de diversas variáveis, entre elas a raça/cor da população. No MSP, em 2010, foram definidas 310 áreas de ponderação, com população de 36.185 pessoas e 4,48 km<sup>2</sup>, em média.

## Condição socioambiental

A distribuição da população segundo raça/cor nos sete (7) Aglomerados Socioambientais dos Territórios da Saúde do MSP<sup>7</sup> - ASaTS<sup>II</sup> evidencia predominância de população branca naqueles com melhores condições socioambientais (especialmente nos agrupamentos ASaTS 1 e ASaTS 2), nos quais se nota diminuta participação de residentes pardos e pretos. Por outro lado, observou-se predominância de pardos nos aglomerados com piores condições (ASaTS 6 e ASaTS 7). É decrescente a participação de brancos, conforme pioram as condições socioambientais, assim como é crescente a participação de pardos e pretos (**Gráfico 2**).

**Gráfico 2** - Proporção (%) da população residente nos Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2010.



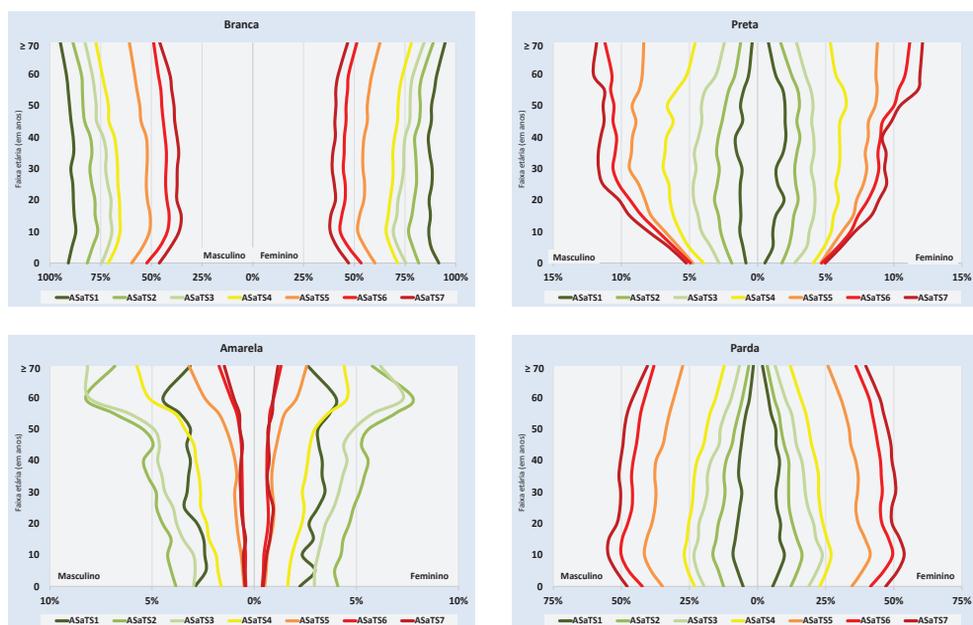
**Fonte:** IBGE 2010<sup>6</sup>; MSP, 2014<sup>7</sup>. Nota: Os Indígenas, por constituírem grupo pouco numeroso, não foram informados segundo ASaTS. Evidencia-se que 56% deles vivem nos três agrupamentos com piores condições socioambientais (ASaTS 5, 6 e 7)

<sup>II</sup> A CEInfo desenvolveu em 2014 uma metodologia para agrupar as áreas de abrangência das 449 unidades básicas de saúde do MSP em sete agrupamentos homogêneos segundo um conjunto de características socioambientais. As condições socioambientais são melhores nos agrupamentos iniciais (ASaTS 1, ASaTS 2...) e piores nos agrupamentos finais (ASaTS 7, ASaTS 6...).

A **Figura 3** mostra a distribuição proporcional da população de brancos, pardos, pretos e amarelos nos sete ASaTS do MSP. Houve maior proporção de brancos nos agrupamentos com melhores condições socioambientais, participação esta que se reduz à medida pioram as condições socioambientais, independente da faixa etária. Entre os pardos e pretos, as maiores proporções estão nos agrupamentos socioambientais com piores condições.

Nota-se que, entre os pretos a participação proporcional nas faixas etárias mais velhas é superior nos agrupamentos socioambientais com piores indicadores, ao contrário do que ocorre nas faixas etárias mais jovens. Esta condição aparenta ser oposta entre os pardos, com os mais jovens em proporção mais elevada nos piores estratos socioambientais, o que evidencia a necessidade de desenvolvimento de outros estudos. Entre os amarelos, em proporção maior nos estratos socioambientais mais elevados, também se verificou maior participação nos grupos etários mais velhos.

**Figura 3** - Proporção (%) da população residente branca, preta, amarela e parda nos Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde, segundo sexo e faixa etária. Município de São Paulo, 2010.



Fonte: IBGE 2010<sup>6</sup>; MSP, 2014<sup>7</sup>

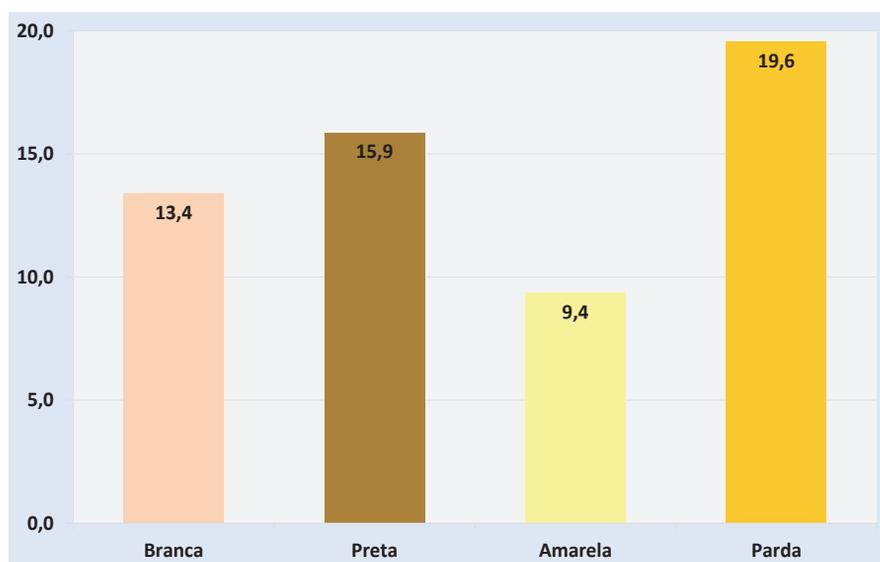
Nota: Indígenas, por constituírem grupo pouco numeroso, não foram informados segundo ASaTS.

## Natalidade e fecundidade

A taxa de natalidade<sup>III</sup> no MSP apresenta distinções segundo raça/cor. Taxas elevadas costumam associar-se a aspectos culturais e a precárias condições socioeconômicas da população. Os dados disponíveis no SINASC até 2011 são de raça/cor dos nascidos vivos e, a partir de 2012 são relativos à raça/cor da mãe. Considerando a relevância do indicador para apontar diferenças segundo categoria racial, optou-se por adaptar o cálculo, mesmo com as limitações inerentes à esta opção, considerando a população do ano 2010 (último censo populacional) e os nascimentos de 2012.

É maior a taxa de natalidade na população parda, seguida de pretos e brancos (**Gráfico 3**). Não foi calculado este indicador para a população indígena, pois grande parte dessas parturientes são mulheres migrantes de outros países da América do Sul, principalmente bolivianas.

**Gráfico 3** - Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes), segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2012.

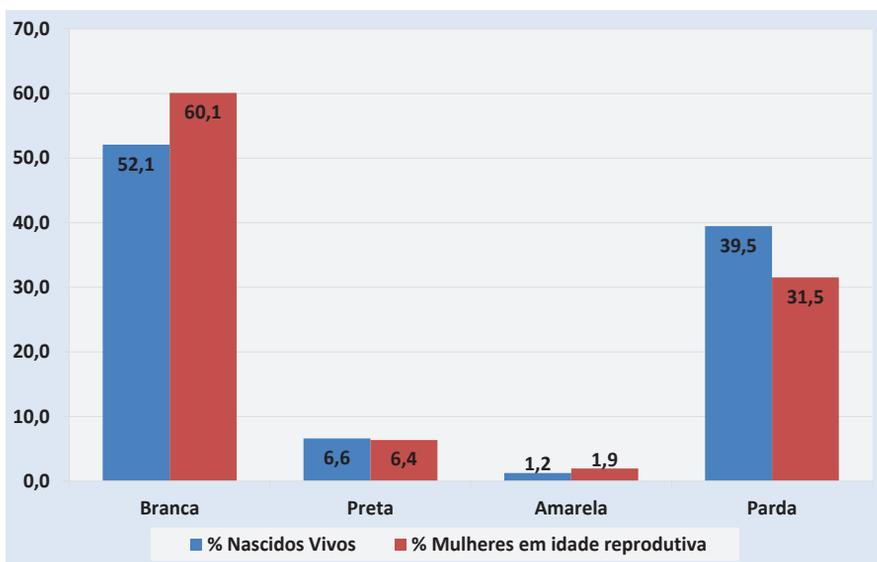


Fonte: SINASC; IBGE<sup>6</sup>

<sup>III</sup> Esta taxa é calculada dividindo-se o número de nascidos vivos pela população, e o resultado é multiplicado por mil habitantes, em determinado ano.

As mulheres brancas em idade reprodutiva representavam 60,1% das mulheres na cidade, e 52,1% dos nascidos vivos. Essa relação se inverte para mulheres pardas, que representam 31,5% das mulheres e 39,5% dos nascidos vivos (**Gráfico 4**), o que reafirma as taxas de natalidade.

**Gráfico 4** - Proporção (%) de mulheres em idade reprodutiva segundo raça/cor e nascidos vivos segundo raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC; IBGE<sup>6</sup>

Nota: Mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade).

## Envelhecimento

O Índice de Envelhecimento<sup>IV</sup> (**Gráfico 5**) mostra diferenças marcantes entre as categorias de raça/cor. Ressalta-se que, a interpretação desse fenômeno exige compreender as condições associadas, como a migração, a miscigenação, as modificações históricas na caracterização racial, além das modificações das taxas de fecundidade, de urbanização, de melhoria da qualidade de vida e do acesso a bens e serviços essenciais, entre outras, e que tais condições se manifestam distintamente nos diferentes grupos étnico-raciais, o que poderá ser explorado em outros estudos.

Sociedades e grupos sociais com melhores condições de vida tendem a apresentar índices de envelhecimento maiores. O Índice de Envelhecimento no MSP, em 2010, foi 57,3, característico de locais com população jovem e valor baixo se comparado com países desenvolvidos, como o Japão (231,0), Itália (188,8), Portugal (156,7), França (125,5). No MSP, em 2010, a população parda apresentou o menor índice de envelhecimento (30,0) e os amarelos, por outro lado, apresentaram índice bastante elevado (215,7).

**Gráfico 5** - Índice de envelhecimento segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2010.



Fonte: IBGE, 2010<sup>6</sup>

<sup>IV</sup> Indica a participação relativa dos idosos (pessoas com 60 anos e mais) em relação aos mais jovens (menos de 15 anos de idade).

$$\text{Índice de envelhecimento} = \frac{\text{pessoas com 60 anos e mais}}{\text{pessoas com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

## Nascidos Vivos

No MSP foram registrados 348.714 nascimentos nos anos 2013 e 2014. O preenchimento da variável raça/cor da mãe foi observado em quase 100% dos casos. As mães brancas responderam por mais da metade dos nascidos vivos nesses dois anos, condizente à maior concentração de população branca na cidade, e foram seguidas pelas mães pardas (**Tabela 2**). A maior parte das mulheres que se declararam como indígenas, em 2014, eram naturais da Bolívia (80,1%); somente 16,6% eram brasileiras e 3,2% de outros países.

**Tabela 2** - Número e proporção (%) de nascidos vivos segundo raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2013 e 2014.

Raça/cor mãe	2013		2014	
	n	%	n	%
Branca	90.057	52,1	89.662	51,0
Preta	11.405	6,6	11.446	6,5
Amarela	2.153	1,2	2.366	1,3
Parda	68.238	39,5	71.179	40,5
Indígena	946	0,5	956	0,5
N Inf	143	0,1	163	0,1
<b>Total</b>	<b>172.942</b>	<b>100,0</b>	<b>175.772</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC

As mães pardas e indígenas apresentaram maiores percentuais de gestação na adolescência e na faixa de 20 a 24 anos. Entre as brancas e amarelas o destaque foi verificado na faixa de 30 a 34 anos e, entre as pretas, no grupo de 25 a 29 anos (**Tabela 3**). A média de idade das mães, em 2014, foi 27,8 anos. As amarelas apresentaram a maior média de idade e as indígenas, a menor, o que pode estar relacionado a questões culturais e de acesso à educação.

**Tabela 3** - Número e proporção (%) de nascidos vivos segundo faixa etária e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.

Faixa etária (em anos)	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		N Inf		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 15	344	0,4	52	0,5	3	0,1	461	0,6	6	0,6	0	0,0	866	0,5
15 - 19	8.941	10,0	1.466	12,8	64	2,7	11.736	16,5	144	15,1	26	16,0	22.377	12,7
20 - 24	16.171	18,0	2.517	22,0	311	13,1	17.814	25,0	329	34,4	34	20,9	37.176	21,2
25 - 29	20.762	23,2	2.988	26,1	551	23,3	17.437	24,5	256	26,8	36	22,1	42.030	23,9
30 - 34	24.618	27,5	2.574	22,5	696	29,4	13.964	19,6	156	16,3	35	21,5	42.043	23,9
35 - 39	15.257	17,0	1.439	12,6	594	25,1	7.529	10,6	52	5,4	24	14,7	24.895	14,2
40 - 44	3.327	3,7	377	3,3	132	5,6	2.110	3,0	13	1,4	6	3,7	5.965	3,4
45 e mais	219	0,2	33	0,3	15	0,6	128	0,2	0	0,0	0	0,0	418	0,2
<b>Total</b>	<b>89.662</b>	<b>100,0</b>	<b>11.446</b>	<b>100,0</b>	<b>2.366</b>	<b>100,0</b>	<b>71.179</b>	<b>100,0</b>	<b>956</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	<b>175.772</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC. Nota: O total inclui dois nascidos vivos com idade da mãe ignorada.

Para a variável **situação conjugal**, a condição “solteira” predominou entre as pardas, indígenas e pretas. As amarelas e as brancas foram as que apresentaram maiores proporções de casadas, 50,8% e 47,1%, respectivamente (**Tabela 4**).

**Tabela 4** - Proporção (%) de nascidos vivos segundo situação conjugal e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.

Situação conjugal	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Solteira	36,4	47,6	37,4	51,6	49,9	<b>43,3</b>
Casada	47,1	29,0	50,8	26,1	10,3	<b>37,3</b>
Viúva	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2	<b>0,1</b>
Separada	1,7	1,0	0,8	1,0	0,2	<b>1,4</b>
União consensual	14,6	21,9	10,6	21,0	39,1	<b>17,8</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC

A análise da **escolaridade** das mães revela que, em média, as parturientes brancas e amarelas têm escolaridade superior às das demais categorias e as indígenas escolaridade inferior em relação às demais (**Tabela 5**).

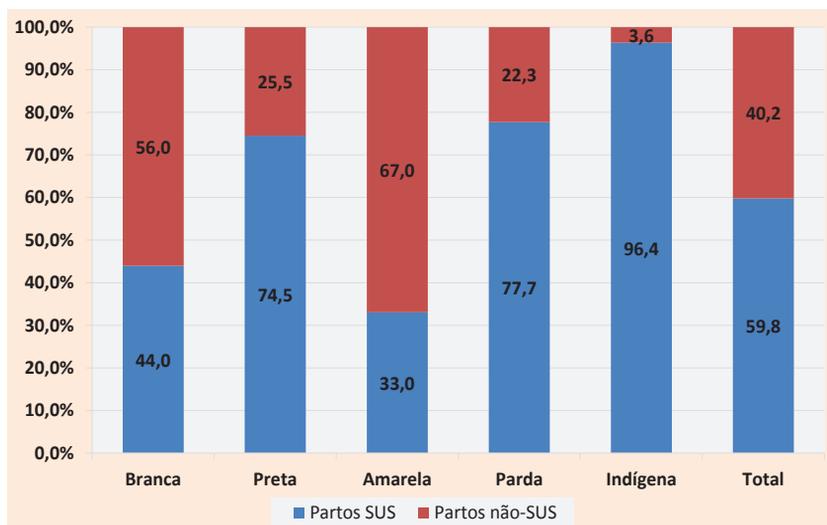
**Tabela 5** - Proporção (%) de nascidos vivos segundo escolaridade e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.

Escolaridade	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Sem Escolaridade	0,1	0,2	0,3	0,2	0,6	<b>0,1</b>
Fundamental I	1,2	2,8	0,9	3,3	7,1	<b>2,2</b>
Fundamental II	11,4	20,0	12,6	24,5	24,6	<b>17,4</b>
Médio	45,4	59,1	30,6	60,9	63,3	<b>52,5</b>
Superior Incompleto	7,1	6,0	5,0	4,1	1,0	<b>5,7</b>
Superior Completo	34,7	11,7	49,4	7,0	2,6	<b>22,0</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC

A quase totalidade dos partos em 2014 ocorreu em ambiente hospitalar, sendo 59,8% no SUS. Dentre as mães indígenas, 96,4% tiveram seus partos realizados na rede SUS do MSP, onde também foram realizados os partos de 77,7% das gestantes pardas e 74,5% das pretas (**Gráfico 6**).

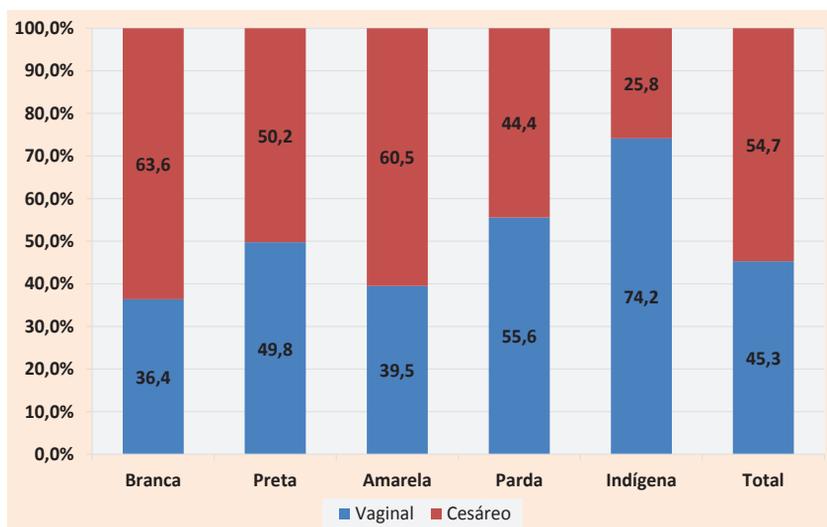
**Gráfico 6** - Proporção (%) de nascidos vivos de partos hospitalares segundo a natureza dos estabelecimentos (SUS e não SUS) e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC

As indígenas apresentaram maior proporção de partos vaginais (74,2%) e as brancas, maior dos partos cesáreos (63,6%), conforme **gráfico 7**.

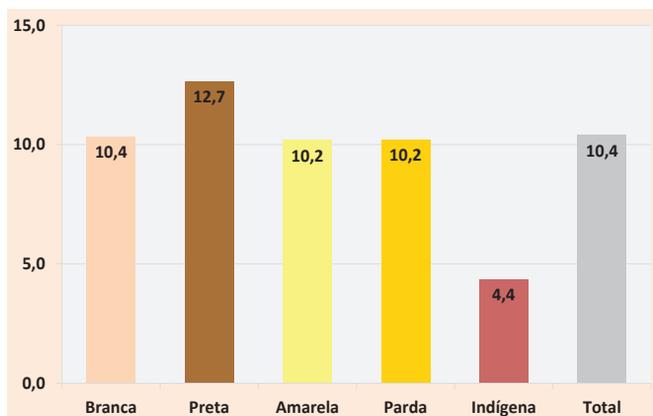
**Gráfico 7** - Proporção (%) de nascidos vivos segundo tipo de parto e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC

Maior proporção de baixo peso ao nascer (menor que 2.500 gramas) foi verificada entre as pretas e a menor entre as indígenas (**Gráfico 8**). A menor proporção de baixo peso ao nascer em indígenas pode estar relacionada à maior proporção de partos vaginais.

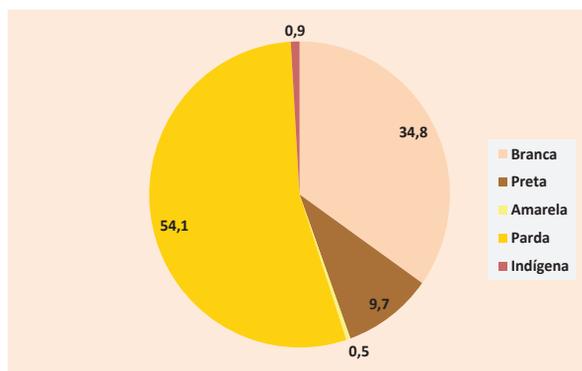
**Gráfico 8** - Proporção (%) de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, segundo raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC

Quanto à paridade das mães, medida pela quantidade de filhos nascidos vivos, observou-se que 54,1% das pardas tinham quatro filhos ou mais, seguida das brancas com 34,8% (**Gráfico 9**).

**Gráfico 9** - Proporção (%) de parturientes que tiveram quatro ou mais filhos nascidos vivos (gestações anteriores) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SINASC

No que diz respeito ao acompanhamento da gestação, as amarelas e as brancas apresentaram as maiores proporções de 7 e mais consultas e início precoce de pré-natal (1º trimestre da gravidez); as indígenas apresentaram as menores proporções (Tabelas 6 e 7).

**Tabela 6** - Proporção (%) de Nascidos Vivos segundo o número de consultas de pré-natal e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.

Consulta pré-natal	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Nenhuma	0,8	2,0	0,5	1,5	2,7	<b>1,2</b>
1 a 3 vezes	3,6	6,4	3,9	5,9	11,7	<b>4,8</b>
4 a 6 vezes	16,1	21,9	14,8	21,7	31,1	<b>18,8</b>
<b>7 e mais</b>	<b>79,4</b>	<b>69,4</b>	<b>80,7</b>	<b>70,7</b>	<b>54,4</b>	<b>75,1</b>
Ignorado	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	<b>0,2</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC

**Tabela 7** - Proporção (%) de nascidos vivos segundo trimestre de início do pré-natal e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2014.

Início - 1ª consulta	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
<b>1º trimestre</b>	<b>86,1</b>	<b>76,5</b>	<b>86,0</b>	<b>78,9</b>	<b>52,1</b>	<b>82,4</b>
2º trimestre	11,3	18,2	11,3	17,0	36,8	<b>14,2</b>
3º trimestre	1,4	2,8	1,9	2,3	7,5	<b>1,9</b>
Ignorado	1,2	2,5	0,7	1,8	3,6	<b>1,5</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINASC

Ao analisar o perfil dos nascimentos no MSP observou-se que as situações mais desfavoráveis e de maior vulnerabilidade são mais frequentes em pardas, pretas e indígenas - baixa escolaridade, gravidez na adolescência, acompanhamento insuficiente e início mais tardio do pré-natal. Em relação às indígenas, merece destaque o fato de que a maioria delas eram bolivianas. Verificou-se que essas mulheres acessam em sua maioria o SUS para a realização dos seus partos, mostrando a necessidade de políticas que visem a superação das barreiras culturais, como o idioma, costumes e situações de regularização da permanência no país.

## Internação hospitalar em estabelecimentos SUS

No ano 2014 ocorreram 687.021 autorizações de internação hospitalar (AIH) SUS no MSP, 73% das quais apresentavam informação na variável raça/cor. Quanto ao diagnóstico principal nos diferentes capítulos da CID, o percentual variou de 51% a 85% de completude nas 10 principais causas de internação, exceto 'Gravidez, parto e puerpério' (**Tabela 8**).

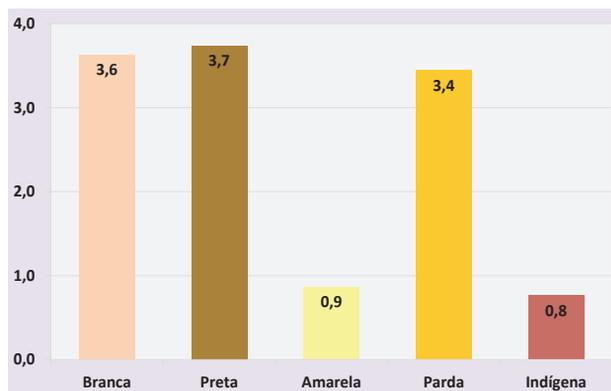
**Tabela 8** - Completude (%) da variável raça/cor e número de AIH SUS segundo capítulos da CID. Município de São Paulo, 2014.

Capítulo	Descrição	Completude (%)	Internação hospitalar
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	74,0	35.494
II	Neoplasmas [tumores]	85,0	62.919
V	Transtornos mentais e comportamentais	82,0	27.605
VI	Doenças do sistema nervoso	73,0	19.871
IX	Doenças do aparelho circulatório	69,0	77.621
X	Doenças do aparelho respiratório	68,0	58.128
XI	Doenças do aparelho digestivo	70,0	59.053
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	76,0	45.306
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	51,0	16.330
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas e	71,0	66.562

Fonte: SIH

Dentre as AIH ocorridas no MSP no ano 2014<sup>8</sup> (exceto o capítulo 'gravidez, parto e puerpério') com informação sobre raça/cor, observou-se taxa semelhante de internação hospitalar SUS para raça/cor preta (3,7%), branca (3,6%) e parda (3,4%) e menor para raça/cor amarela (0,9%) e indígenas (0,8%) (**Gráfico 10**).

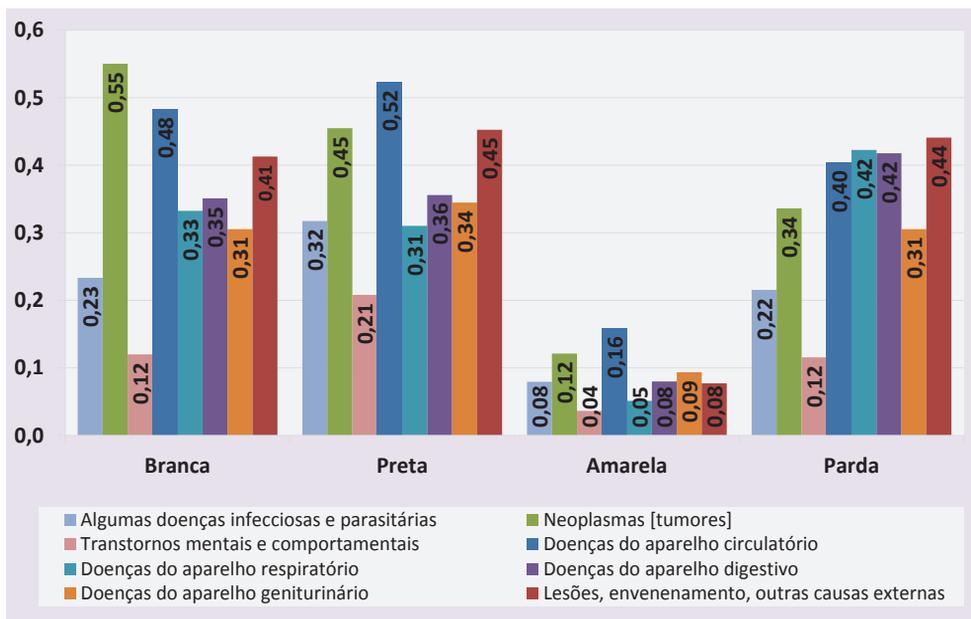
**Gráfico 10** - Taxa de internação hospitalar SUS (por 100 habitantes), exceto capítulo 'gravidez, parto e puerpério', segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SIH

O uso dos serviços de internação hospitalar pelo SUS mostrou-se distinto, segundo categoria racial, para as diferentes causas de internação (**Gráfico 11**). A taxa de internação por capítulos da CID mostra diferenças segundo raça/cor, brancos são mais internados por ‘neoplasias’, pardos por ‘doenças do aparelho circulatório’, pretos por ‘causas externas - lesões, envenenamentos...’ e amarelos por ‘doenças do aparelho circulatório’.

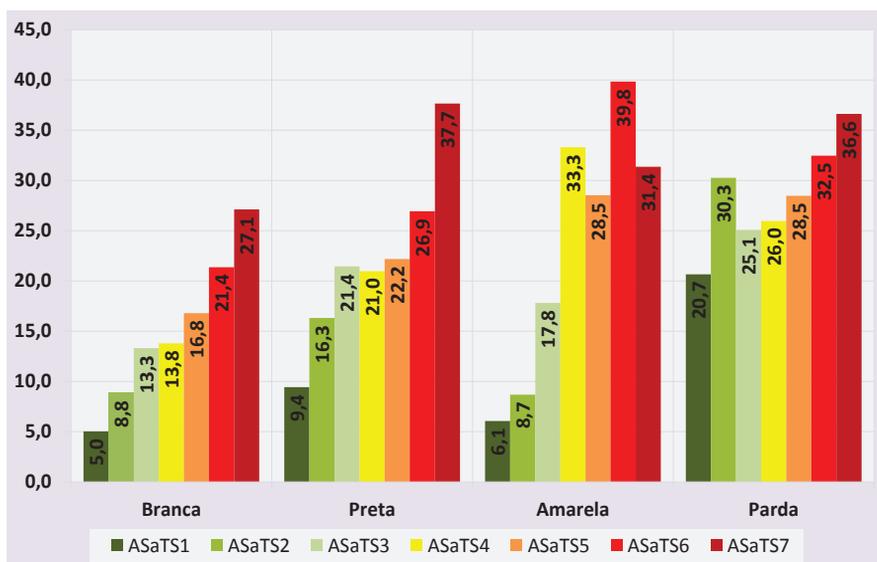
**Gráfico 11** - Taxas de internação SUS (por 100 hab.)por capítulos selecionados CID-10 segundo raça/cor. Município de São Paulo, Dez/2013 a Nov/2014.



Fonte: SIH

A taxa de internações por ‘gravidez, parto e puerpério’ aumenta em todas as categorias raciais, conforme sejam piores os indicadores socioambientais dos locais de moradia das mulheres (de ASaTS 1 até ASaTS 7) (**Gráfico 12**). Entre as pardas, a proporção de internações referentes a este capítulo da CID-10 é elevada em todos os grupos socioambientais.

**Gráfico 12** - Proporção (%) de internações por ‘gravidez, parto e puerpério’ nos Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



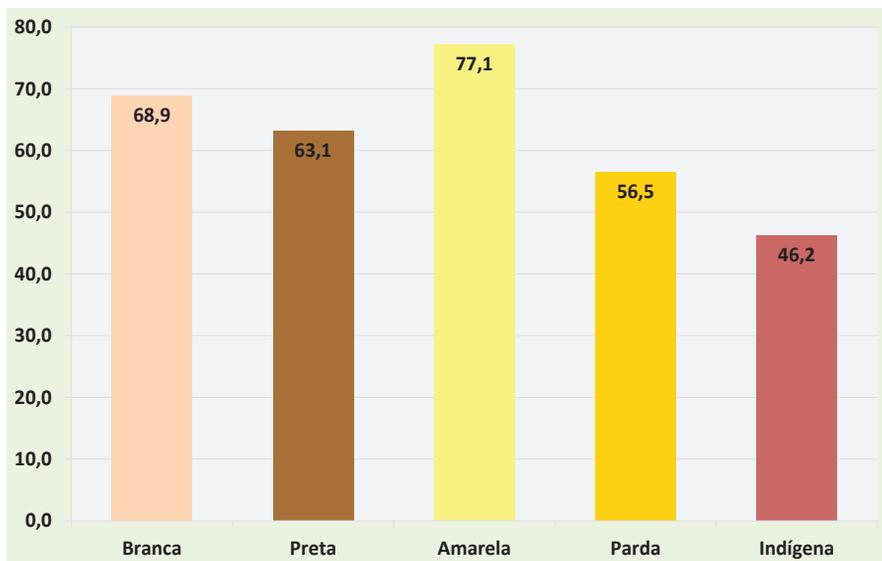
Fonte: SIH

## Mortalidade

A análise da distribuição dos óbitos segundo suas causas, faixas etárias, localização geográfica e raça/cor, entre outros critérios, fornece elementos importantes para a compreensão das condições de vida e de saúde da população. Em 2013 foram contabilizadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 73.187 mortes de residentes no MSP: 50.907 brancos, 13.898 pardos, 4.519 pretos, 1.673 amarelos e 25 indígenas.

A média da idade ao morrer foi maior na raça/cor amarela, seguida da branca e preta. A média da idade ao morrer é muito baixa entre os indígenas e os pardos, fenômeno que representa elevada proporção de mortes precoces nestes grupos populacionais (**Gráfico 13**).

**Gráfico 13** - Média da idade ao morrer (em anos) segundo raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM

## Taxas de mortalidade

A comparação entre os diferentes grupos, segundo raça/cor se faz considerando o número de eventos de interesse em relação ao número de habitantes pertencentes a cada grupo, calculando-se taxas específicas. Uma vez que as estruturas etárias são diferentes entre as categorias raciais, é recomendável que se calcule as taxas de mortalidade padronizadas<sup>V</sup> por idade para permitir uma comparação mais adequada deste indicador.

<sup>V</sup> Padronização da Mortalidade: trata-se de técnica estatística que permite ponderar as ocorrências de determinado problema de saúde conforme as diferentes estruturas etárias das populações de regiões, de países e de grupos sociais.

As taxas de mortalidade (por 100.000 hab.), padronizados por idade, segundo capítulos da CID-10, mostram as ‘doenças do aparelho circulatório’ como principal causa de morte entre a maioria das categorias raciais no MSP, sendo maiores entre pretos (195,1) e brancos (162,4) (**Gráfico 14**).

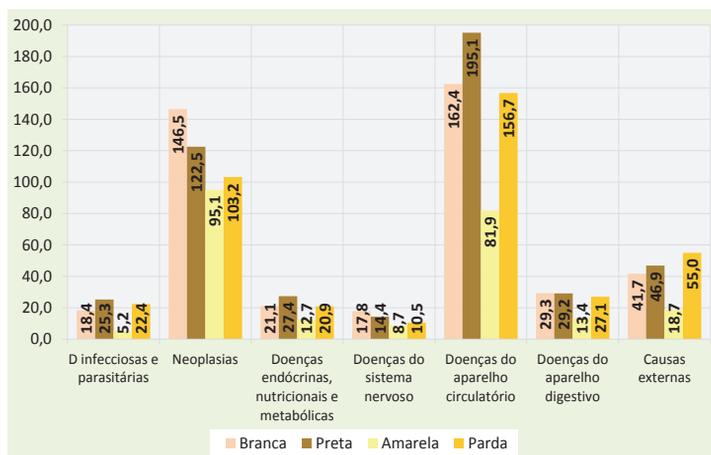
As ‘neoplasias’ constituem a segunda causa de morte em todos os grupos, exceto entre os amarelos (1ª causa), sendo maior entre os brancos (146,5) e menor entre os amarelos (95,1).

As taxas de mortalidade por ‘causas externas’, padronizadas por idade, mostram-se mais elevadas entre os pardos (55,0), seguidas pelos pretos (46,9).

Os pretos também apresentaram taxas de mortalidade superiores às demais categorias nos capítulos ‘Doenças Endócrinas e Metabólicas’ e ‘Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias’.

É importante lembrar que quanto mais envelhecida uma população, a taxa geral de mortalidade tende a ser maior. Embora os brancos e amarelos apresentassem taxas brutas de mortalidade superiores às demais categorias, quando se padroniza por idade isso deixa de acontecer, exceto para o Capítulo II - Neoplasias, em que a maior taxa de mortalidade foi na população branca.

**Gráfico 14** - Taxa de mortalidade específica por capítulos selecionados da CID-10 (por 100.000 habitantes), padronizado por idade, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM.

## Mortalidade proporcional

A análise da mortalidade proporcional, segundo capítulo da CID-10 e raça/cor, evidenciou as ‘doenças do aparelho circulatório’, as ‘neoplasias’ e as ‘doenças do aparelho respiratório’ como as três primeiras causas de morte entre brancos, pretos e amarelos (**Tabela 9**). Esta ordem difere entre os pardos, cuja mortalidade proporcional por causas externas é maior do que por doenças do aparelho respiratório.

Os óbitos relacionados ao Capítulo I ‘algumas doenças infecciosas e parasitárias’ mostrou-se mais relevante entre pardos e pretos do que entre os brancos e amarelos. Os indígenas, por apresentarem pequeno número de óbitos (25), não foram analisados.

**Tabela 9** - Mortalidade proporcional (%) segundo capítulos selecionados da CID-10 e raça/cor. Município de São Paulo, 2013.

Capítulo CID-10	Descrição	Branca	Preta	Amarela	Parda
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,2	4,9	2,1	5,0
II	Neoplasmas [tumores]	20,7	17,9	24,0	16,9
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4,3	4,9	4,8	4,0
IX	Doenças do aparelho circulatório	32,9	35,7	31,4	30,8
VI	Doenças do sistema nervoso	3,9	2,7	3,8	2,1
X	Doenças do aparelho respiratório	13,8	12,1	13,8	11,5
XI	Doenças do aparelho digestivo	5,5	5,3	5,0	5,8
XX	Causas externas	6,9	8,8	5,9	14,8
	Outros capítulos	8,9	7,7	9,3	9,1

**Fonte:** PRO-AIM (<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM/obito.def>), obtido em 02/03/2015

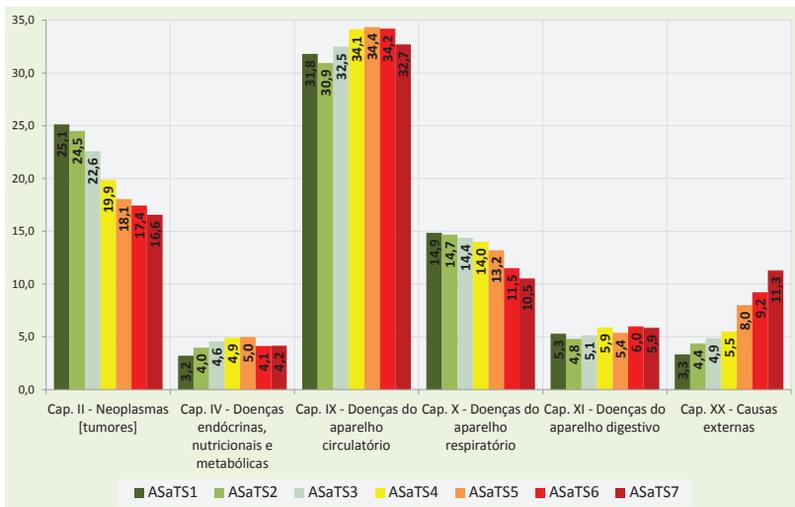
## Mortalidade e condições socioambientais

A apreciação do que ocorre com a mortalidade proporcional, segundo capítulos selecionados da CID-10 e raça/cor, em cada ASaTS, mostra diferenças da participação das causas de morte em cada categoria racial e pertencimento aos distintos territórios (**Figura 4**)<sup>VI</sup>.

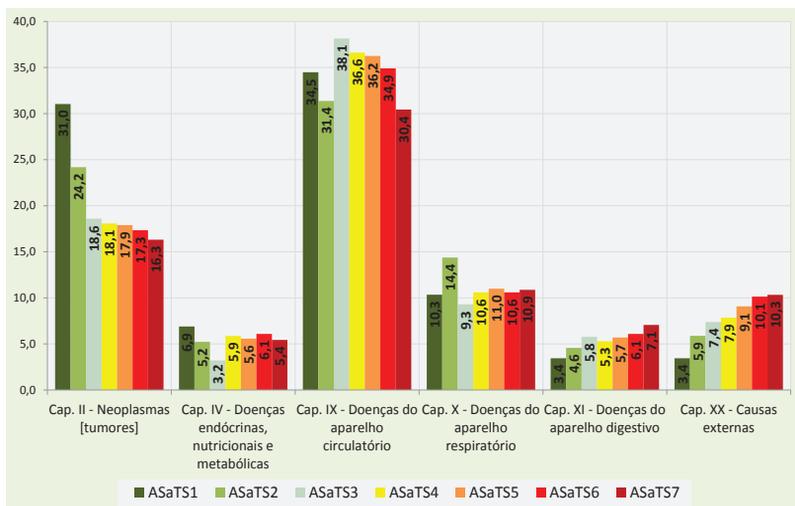
<sup>VI</sup> Para analisar se havia associação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente Rho de Spearman (Rho) que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, considerando em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Este coeficiente varia entre -1 e 1 e quanto mais próximo estiverem destes extremos, maior será a associação entre as variáveis analisadas

**Figura 4** - Proporção (%) de óbitos de brancos, pardos, pretos e amarelos, segundo capítulos selecionados da CID-10 e Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde. Município de São Paulo, 2013.

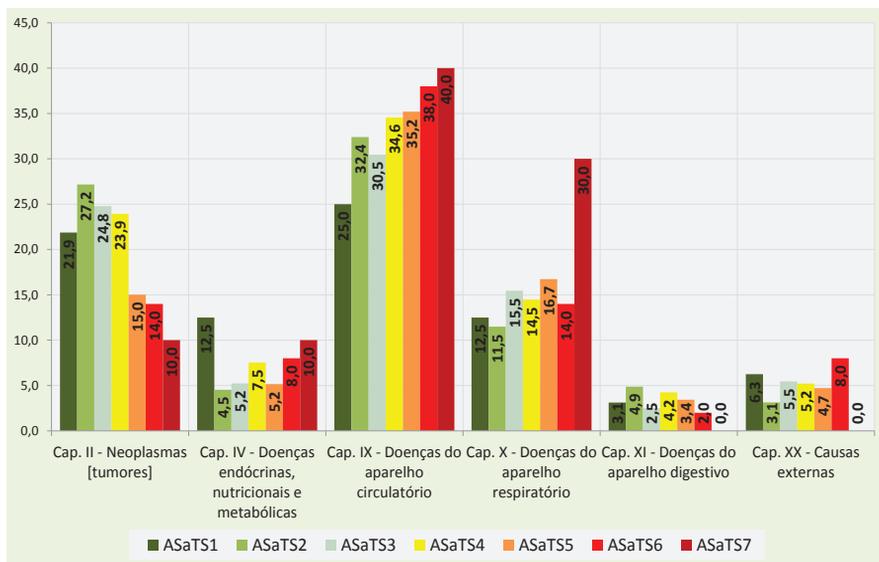
**Figura 4.1** - Raça/cor branca - com a piora das condições socioambientais verificou-se redução da proporção de óbitos por 'neoplasias' [tumores] ( $Rho = -1,00$ ) e 'doenças do aparelho respiratório' ( $Rho = -1,00$ ); aumento por 'doenças do aparelho digestivo' ( $Rho = 0,76$ ) e 'causas externas' ( $Rho = 1,00$ ).



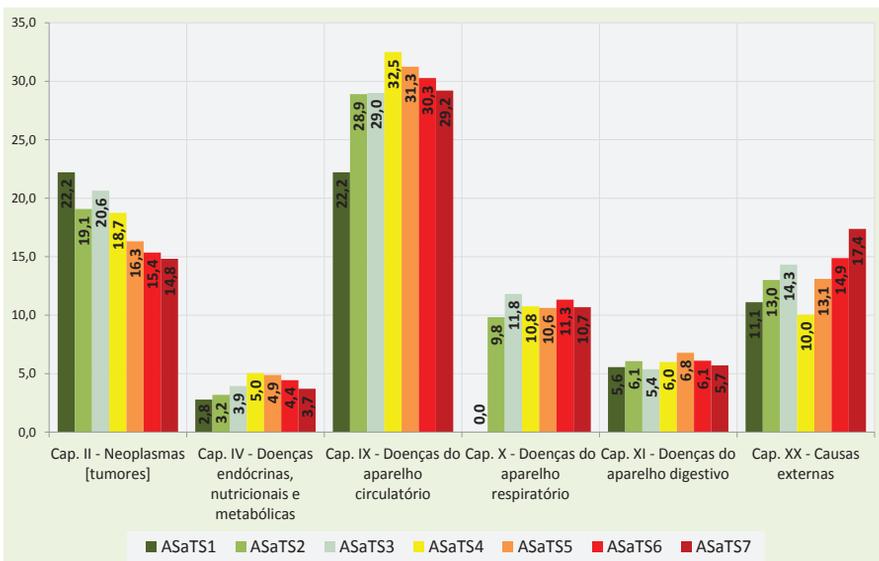
**Figura 4. 2** - Raça/cor preta - com a piora das condições socioambientais verificou-se redução da proporção de óbitos por neoplasias [tumores] ( $Rho = -1,00$ ); aumento por 'doenças do aparelho digestivo' ( $Rho = 0,89$ ) e 'causas externas' ( $Rho = 1,00$ ).



**Figura 4.3** - Raça/cor amarela - com a piora das condições socioambientais verificou-se redução da proporção de óbitos por neoplasias [tumores] (Rho = -0,79); aumento por ‘doenças do aparelho circulatório’ (Rho = 0,96).



**Figura 4.4** - Raça/cor parda - com a piora das condições socioambientais verificou-se redução da proporção de óbitos por neoplasias [tumores] (Rho = -0,96).

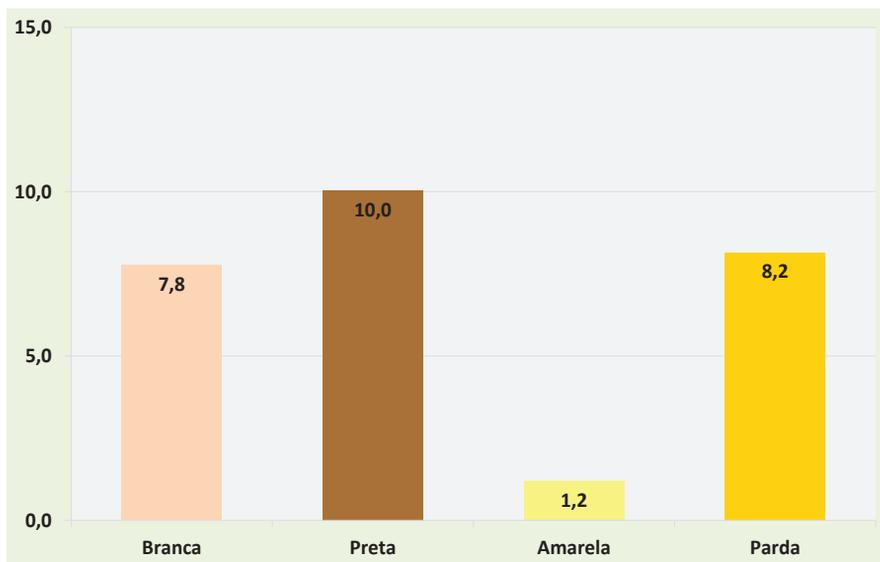


Fonte: SIM/PRO-AIM

## Mortes associadas ao uso abusivo de álcool

Em um total de 914 óbitos registrados em 2013, referentes a um grupo de 23 patologias associadas ao uso abusivo de álcool, nota-se taxa mais elevada entre pretos (10 óbitos por 100.000 habitantes), seguida da taxa verificada entre pardos (8,2), brancos (7,8) e amarelos (1,2) (**Gráfico 15**).

**Gráfico 15** - Taxa de mortalidade por causas relacionadas ao uso abusivo de álcool (por 100.000 habitantes) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



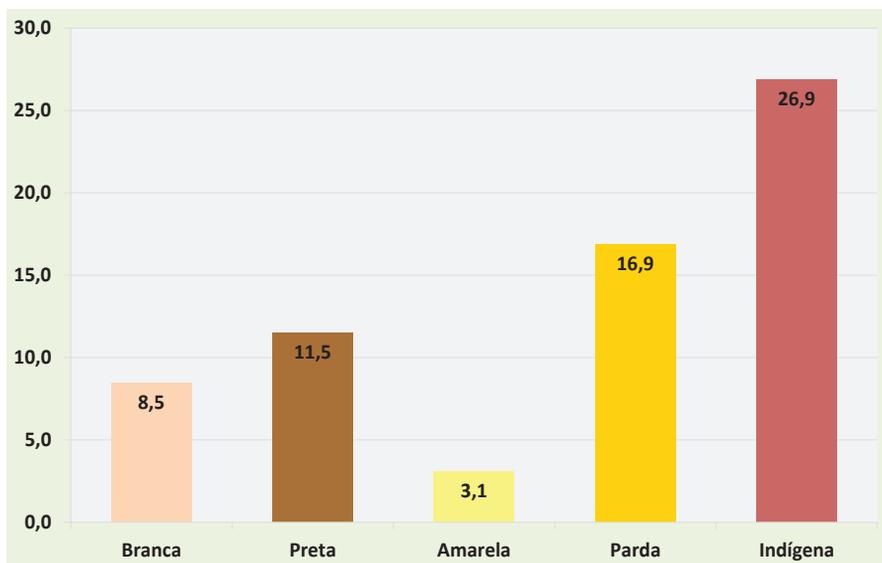
**Fonte:** SIM-PRO-AIM

**Nota:** CID-10 (códigos: F102, F103, F104, F106, F107, F109, I426, K292, K700, K701, K702, K703, K704, K709, X450, X453, X454, X455, X459, X659, G312, K852, K860).

## Anos potenciais de vida perdidos

A perda de anos potenciais de vida<sup>VII</sup> mostra-se distinta nas categorias raciais no MSP (**Gráfico 16**). Os óbitos precoces entre indígenas resultaram em 26,9 anos perdidos, em média, para cada óbito ocorrido nesta categoria, configurando a pior condição. Foram seguidos pelos pardos com 16,9 anos perdidos em média para cada morte. A menor perda de anos potenciais de vida ocorreu entre os indivíduos amarela, com 3,1 anos em média.

**Gráfico 16** - Anos potenciais de vida perdidos (média para cada óbito ocorrido) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM

<sup>VII</sup> Trata-se de indicador de mortes precoces, que é calculado somando-se a diferença da idade de cada falecido em relação à expectativa de vida da população do ano em questão, sendo considerada neste estudo 70 anos. Para os cálculos utilizou-se como numerador (número de óbitos em menores de 70 anos) e como denominador (total de óbitos segundo raça/cor).

O ordenamento das principais causas de perdas de anos potenciais de vida mostrou as doenças isquêmicas do coração como as mais importantes entre os brancos e os amarelos, enquanto que os homicídios constituíram a principal causa entre os pardos e os pretos. Suicídios aparecem como causa importante entre os amarelos. Acidentes de trânsito constituem a segunda causa entre os pardos e a terceira entre os brancos. A aids é uma das sete principais causas de mortes precoces apenas entre os pretos (**Quadro 1**).

**Quadro 1** - Proporção (%) de anos potenciais de vida perdidos segundo causas de morte e raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.

Branca	%	Preta	%
Doenças isquêmicas coração	7,6	Homicídios	8,9
Homicídios	5,4	Doenças isquêmicas coração	8,5
Acidentes de trânsito e transporte terrestre	4,6	Doenças cerebrovasculares	5,5
Pneumonias	4,4	Pneumonias	5,5
Doenças cerebrovasculares	4,1	Aids	4,7
Feto/RN afet fat matern e compl grav, parto	3,3	Demais acidentes	4,4
Demais causas perinatais	3,2	Acidentes de trânsito e transporte terrestre	3,9

Amarela	%	Parda	%
Doenças isquêmicas coração	10,4	Homicídios	11,4
Doenças cerebrovasculares	6,5	Acidentes de trânsito e transporte terrestre	6,6
Suicídios	5,8	Doenças isquêmicas coração	5,9
Câncer de estômago	4,9	Demais acidentes	4,8
Feto/RN afet fat matern e compl grav, parto	4,1	Pneumonias	4,8
Câncer de mama	3,7	Doenças cerebrovasculares	4,1
Diabetes mellitus	3,2	Feto/RN afet fat matern e compl grav, parto	2,9

Fonte: SIM/PRO-AIM

Nota: O grupo dos indígenas com 25 óbitos em 2013 não foi analisado neste grau de detalhamento.

## Causas externas

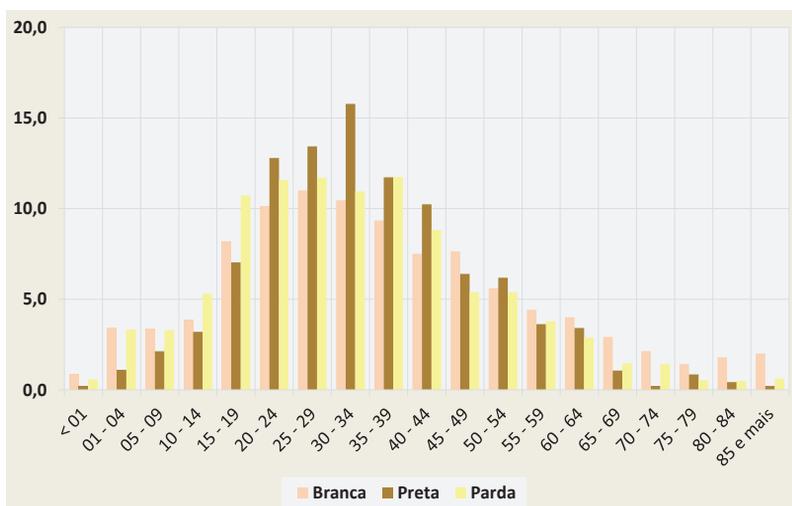
As causas externas - conjunto de agravos que englobam os diversos tipos de acidentes e violências - representam um problema de saúde pública de elevada magnitude. Este conjunto de agravos pode ou não levar à morte, provocar danos físicos e emocionais, incluindo incapacidades permanentes.

Em relação à mortalidade, observou-se tendência de queda: em 2001 este conjunto de causas ocupava a 3ª posição entre as causas de morte (14,7%); em 2013 passaram a ocupar a 4ª posição (8,4%).

## Perfil das internações hospitalares por causas externas

As causas externas representaram 10% do total das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de residentes no MSP em 2014, proporção que variou de 7,6% entre os amarelos e 10,0% entre os brancos. Concentraram-se nas faixas etária de 15 a 39 anos, sendo que nos brancos e pretos foram mais frequentes entre 20 a 34 anos e entre os pardos de 15 a 39 anos, conforme **gráfico 17**. Merece destaque o elevado percentual de AIH sem informação sobre raça/cor (31,2%). A baixa completude do preenchimento dessa variável prejudica a análise.

**Gráfico 17** - Proporção (%) de internações hospitalares SUS por causas externas, agressões e lesões (CID secundário), segundo faixa etária e raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: SIH

Ao analisar os diagnósticos mais frequentes, registradas nas AIH como causa secundária, relacionados às violências e agressões, observa-se que, os 'fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada' são muito frequentes, provavelmente pela dificuldade de codificação; em seguida aparecem os casos com 'agressões por meio de força corporal'.

Em 2013, foram observadas proporções bem maiores de 'agressão por objeto cortante ou penetrante' e 'agressão por disparo de outra arma de fogo ou NE' em pardos e pretos, e 'agressão por meios não especificados' em brancos (**Tabela 10**).

**Tabela 10** - Proporção (%) de internações hospitalares SUS com os principais diagnósticos relacionados às agressões e lesões de intenção indeterminada (CID-10 secundário), na faixa etária de 15 a 39 anos, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.

Código CID-10 (secundário)	Descrição	Branca	Preta	Parda
X93	Agressão disparo de arma de fogo de mão	3,7	2,8	5,7
X95	Agressão disparo outra arma de fogo ou não especificados	6,2	10,5	5,6
X99	Agressão objeto cortante ou penetrante	8,0	13,3	10,3
Y00	Agressão por meio de um objeto contundente	2,1	0,7	1,7
Y04	Agressão por meio de força corporal	15,3	16,5	17,0
Y09	Agressão por meios não especificados	4,9	3,2	3,2
Y24	Disparo outra arma fogo e não especificados intenção não determinada	2,2	1,4	4,6
Y28	Contato objeto cortante penetrante intenção não determinada	6,2	6,7	8,4
Y29	Contato objeto contundente intenção não determinada	1,7	2,5	5,4
Y34	Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada	42,6	37,9	33,1

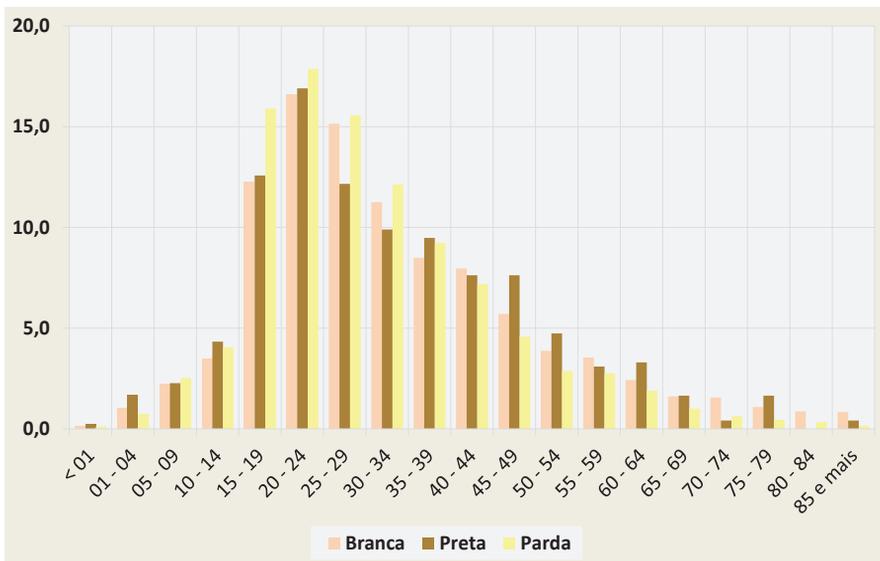
Fonte: SIH

Quanto às internações por acidentes entre a população negra (pardos e pretos), 17,6 internações em mil foram por acidente, como causa secundária, sendo 1,2 vezes mais frequente do que para os brancos, que apresentam 14,3 internações em mil.

Do total de 5.308 AIH, as ocorrências com ‘motociclista traumatizado em um acidente de transporte’ são responsáveis por 67,6%. Pretos e pardos apresentam proporção 1,7 vezes maior do que brancos em diagnósticos como ‘motociclista traumatizado em acidente de transporte sem colisão (V28)’.

O **gráfico 18** aponta que na faixa etária de 15 a 34 pardos apresentam a maior proporção de internações hospitalares por acidentes. Entre os menores de 15 anos e entre 35 e 79 anos, observou-se maior proporção de pretos, o que evidencia maior vulnerabilidade para a população negra aos acidentes, seja relacionado às condições vividas na infância, nas atividades de trabalho ou no cotidiano.

**Gráfico 18** - Proporção (%) de internações hospitalares SUS, por acidentes (CID-10 secundário), segundo faixa etária e raça/cor, Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIH

## Mortalidade por causas externas

As causas externas (acidentes e violências), em 2014 no MSP, foram responsáveis por 8,7% do total de óbitos. Os pardos apresentaram a maior proporção (15,7%), seguidos pelos pretos (10,8%) e indígenas (8,3%). O percentual de mortes por causas externas entre brancos e amarelos foi 6,8% e 3,6%, respectivamente (**Tabela 11**).

**Tabela 11** – Óbitos segundo grandes grupos de causas (Capítulos CID-10) e raça/cor. Município de São Paulo, 2014.

Capítulo CID-10	Descrição	Branca		Preta		Amarela		Parda		Índigena		Não informado	Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
IX	D ap circulatório	16.621	32,0	1.566	34,2	524	31,2	4.371	29,8	7	19,4	312	23.401	31,5
II	Neoplasias	10.700	20,6	802	17,5	405	24,1	2.541	17,3	4	11,1	283	14.735	19,9
X	D ap respiratório	7.371	14,2	505	11,0	259	15,4	1.762	12,0	4	11,1	181	10.082	13,6
XX	Causas externas	3.522	6,8	495	10,8	61	3,6	2.295	15,7	3	8,3	58	6.434	8,7
XI	D ap digestivo	2.802	5,4	234	5,1	81	4,8	855	5,8	2	5,6	58	4.032	5,4
	Outros capítulos	10.969	21,1	971	21,2	351	20,9	2.825	19,3	16	44,4	358	15.490	20,9
<b>Total</b>		<b>51.985</b>	<b>100,0</b>	<b>4.573</b>	<b>100,0</b>	<b>1.681</b>	<b>100,0</b>	<b>14.649</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>1.250</b>	<b>74.174</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/PRO-AIM

Do total de mortes por causas externas, 1.660 pessoas morreram devido aos homicídios, sendo que 90% dessas eram homens. Quanto à raça/cor, 45,8% das pessoas eram pardas, 43,6% brancas e 9,3% pretas e a grande maioria era jovem: quase 70% tinham entre 15 e 39 anos. Os acidentes de transporte e as quedas acidentais ocuparam a 2ª e 3ª posições dentre as mortes por causas externas (**Tabelas 12 e 13**).

Em relação aos demais tipos de causas externas, os acidentes de trânsito e transporte (1.411 mortes), liderados pelos atropelamentos, ocuparam a segunda posição, seguidos das quedas acidentais (**Tabela 12**).

**Tabela 12** – Número de óbitos por causas externas segundo o tipo e raça/cor. Município de São Paulo, 2014.

Causas externas	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem informação	Total
Atropelamento de pedestre	298	52	6	208	1	0	565
Ciclista traum em acid transporte	21	3	0	22	0	0	46
Motocic traum em acid transporte	218	20	0	152	0	2	392
Ocupante de veículo	164	14	3	112	2	3	298
Demais acid trânsito e transporte	72	3	0	33	0	2	110
Queda acidental	652	47	26	184	0	3	912
Afogamento acidental	60	19	0	70	0	8	157
Outros riscos acidentais à respiração	134	11	3	56	0	0	204
Choque elétrico acidental	13	6	0	15	0	0	34
Exposição a fogo acidental	40	7	2	29	0	0	78
Acidente não especificado	150	17	3	41	0	1	212
Suicídio	339	31	5	155	0	4	534
Homicídio	724	154	4	761	0	17	1.660
Lesões de intenção indeterminada	335	55	5	203	0	5	603
Intervenção legal	62	12	0	91	0	1	166
Demais causas externas	240	44	4	163	0	12	463
<b>Total</b>	<b>3.522</b>	<b>495</b>	<b>61</b>	<b>2.295</b>	<b>3</b>	<b>58</b>	<b>6.434</b>

Fonte: SIM/PRO-AIM

**Tabela 13** - Óbitos por homicídios segundo faixa etária e raça/cor. Município de São Paulo, 2014

Faixa Etária (em anos)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Sem informação	Total	
						N	%
< 15	16	2	0	16	0	34	2,0
15 a 19	94	22	0	163	2	281	16,9
20 a 29	204	56	0	254	1	515	31,0
30 a 39	152	34	1	169	2	358	21,6
40 a 49	120	21	2	79	0	222	13,4
50 a 59	73	8	1	31	0	113	6,8
60 anos e mais	48	4	0	15	0	67	4,0
Sem informação	17	7	0	34	12	70	4,2
<b>Total</b>	<b>724</b>	<b>154</b>	<b>4</b>	<b>761</b>	<b>17</b>	<b>1.660</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/PRO-AIM

O coeficiente de mortalidade por homicídio, em 2014, entre os pardos e pretos foi mais ou quase o dobro do observado entre os brancos (**Tabela 14**). O risco estimado de morte por homicídio, medido pelos coeficientes, foi maior entre pardos e pretos em todas as faixas etárias, quando comparados com brancos e amarelos. Estes últimos apresentaram coeficiente geral de 1,62/100.000 habitantes e não foram observados homicídios em menores de 30 e maiores de 60 anos.

**Tabela 14** - Coeficiente de mortalidade por homicídio (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária e raça/cor. Município de São Paulo, 2014.

Faixa Etária	Branca	Preta	Amarela	Parda	Total
< 15	1,2	1,6	0,0	1,9	1,5
15 a 19	20,3	39,1	0,0	52,6	33,4
20 a 29	16,9	38,8	0,0	37,7	24,9
30 a 39	13,5	24,7	2,6	28,4	18,9
40 a 49	12,6	18,9	5,8	17,3	14,3
50 a 59	9,3	9,3	2,8	10,0	9,3
60 anos e r	5,0	5,1	0,0	6,0	5,0
<b>Total</b>	<b>10,6</b>	<b>20,9</b>	<b>1,6</b>	<b>22,2</b>	<b>14,8</b>

Fonte: SIM/PRO-AIM (óbitos) Censo 2010 – IBGE<sup>6</sup> (população)

As violências e os acidentes são importantes causas de adoecimento e morte na cidade de São Paulo. As suas consequências são traduzidas em perdas de vida em idades muito jovens, em custos para o sistema de saúde, além de danos imensuráveis emocionais e mentais para as vítimas e seus familiares. Os jovens do sexo masculino, pardos e pretos são as maiores vítimas, reafirmando que a informação referente à categoria racial é um importante marcador de desigualdade social.

## **Doenças do aparelho circulatório**

As internações por doenças do aparelho circulatório (DAC) constituem a 2ª causa de internação de residentes no MSP em hospitais SUS (10,8%), posição que difere segundo categoria racial, de 8,5% entre os pardos e 15,4% entre os amarelos (dados não apresentados).

As DAC também constituem o principal grupo de causas de morte no MSP, respondendo por 32,3% dos óbitos no ano 2013, variando de 30,8% entre os pardos e 35,7% entre os pretos.

## **Hipertensão arterial sistêmica**

É elevada a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), constituindo esta patologia importante fator de risco para Doença isquêmica do coração e Doenças cerebrovasculares. O inquérito populacional realizado em cidades brasileiras no ano 2013 estimou prevalência de HAS em 24,1% no Brasil<sup>VIII</sup>.

No MSP, o Inquérito de Saúde (ISA-Capital 2008), comparado com a pesquisa anterior (ISA-Capital 2003), estimou aumento de 17,0% para 21,7% da prevalência de HAS (autodeclarada) na população com mais de 20 anos de idade, sendo maior entre os pretos (33,5%) e menor entre os indígenas (4,9%), conforme **tabela 15**.

---

<sup>VIII</sup> <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf> <sup>9</sup>

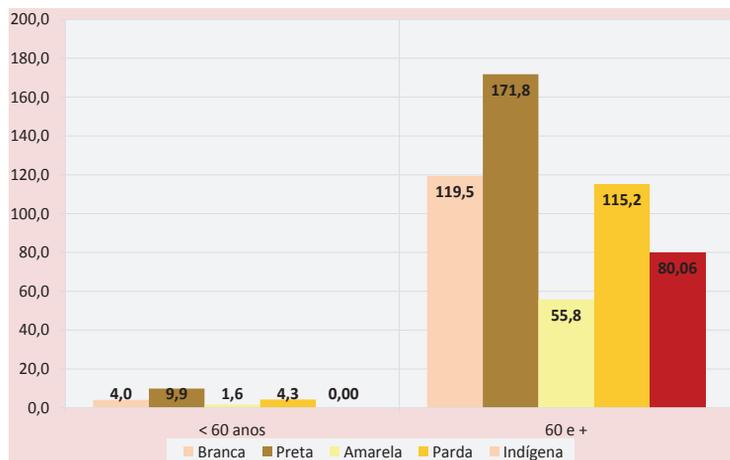
**Tabela 15** - Prevalência estimada (%) de hipertensão arterial sistêmica segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2008.

Raça/cor	Prevalência (%)	IC 95%
Branca	21,0	18,5 - 23,8
Preta	33,5	26,0 - 42,0
Amarela	14,6	5,7 - 32,7
Parda	20,5	16,8 - 24,8
Indígena	4,9	0,6 - 31,2
<b>Total</b>	<b>21,7</b>	<b>14,8 - 19,9</b>

Fonte: ISA Capital 2008<sup>10</sup>

Essa alta prevalência determina grande demanda dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a começar pela Atenção Básica, que tem papel fundamental no controle da HAS e acompanhamento da população, com o objetivo de manter os níveis pressóricos dentro dos parâmetros normais. A taxa de mortalidade por doença hipertensiva é maior entre os pretos, tanto na população maior de 60 anos de idade como entre os menores de 60 anos de idade, o que evidencia maior vulnerabilidade desta categoria. A segunda posição na população maior de 60 anos é ocupada pelos brancos, e na população com menos de 60 anos de idade pelos pardos (**Gráfico 19**).

**Gráfico 19**- Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por hipertensão arterial sistêmica, em menores de 60 anos de idade e 60 anos e mais, segundo raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.

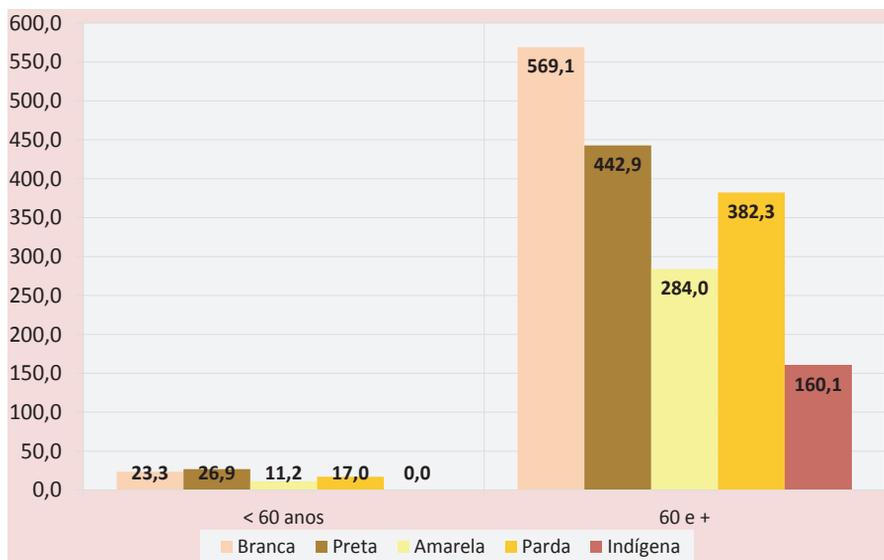


Fonte: SIM/PRO-AIM

## Doença isquêmica do coração

A HAS é fator de risco para o desenvolvimento de doença isquêmica do coração (DIC). Consideradas todas as faixas etárias, os brancos apresentaram no ano 2013 a maior taxa específica de mortalidade por DIC em maiores de 60 anos de idade (569,1 óbitos por 100.000 habitantes). No entanto, ao analisar apenas os que morreram com menos de 60 anos de idade, a taxa de mortalidade por DIC entre os pretos foi superior às demais, evidenciando maior prematuridade de mortes por esta causa nesta categoria racial (**Gráfico 20**).

**Gráfico 20** - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doença isquêmica do coração, em menores de 60 anos de idade e 60 anos e mais, segundo raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.

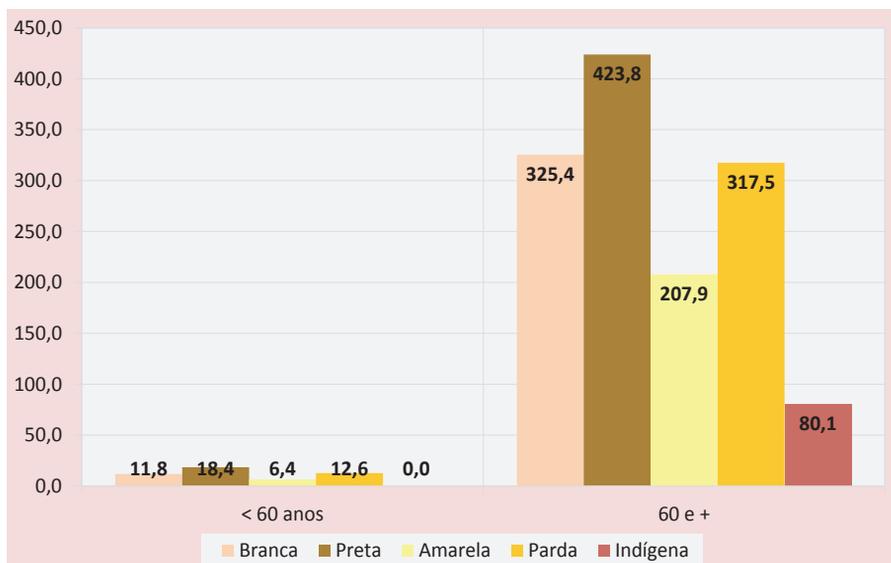


Fonte: SIM/PRO-AIM

## Doença cerebrovascular

A doença cerebrovascular (DCV), também associada à HAS, apresenta taxa de mortalidade maior entre os pretos, tanto em maiores de 60 anos de idade, quanto nas mortes de menores de 60 anos de idade. Os amarelos apresentaram taxa menor do que dos pretos, brancos e pardos. (**Gráfico 21**).

**Gráfico 21** - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doença cerebrovascular, em menores de 60 anos de idade e 60 anos e mais, segundo raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM

A HAS e a DCV acometeram mais pretos e a DIC mais brancos, contudo a mortalidade precoce por DIC ocorre mais em pretos, evidenciando que, apesar, das doenças do aparelho circulatório serem responsáveis por grande parte da morbidade e mortalidade na população geral, pretos são mais vulneráveis. O menor acesso aos serviços, as piores condições socioeconômicas, a menor escolaridade são determinantes sociais em saúde que influenciam de forma negativa a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

## Diabetes mellitus

A prevalência do diabetes mellitus é aproximadamente de 7,6% da população brasileira adulta, com curva crescente, representando importante problema de saúde pública (BRASIL, 2001; Brasil, 2013). Apresenta estreita relação com obesidade, aumento da circunferência abdominal, dislipidemia e sedentarismo, condições associadas com hábitos de vida de difícil transformação (BRASIL, 2001).

Comparando-se as edições do ISA-Capital 2003 e 2008 verificou-se aumento da prevalência de DM em pessoas com mais de 20 anos de idade, de 4,7% para 6,4% no período. A prevalência estimada para a população preta foi de 7,7%, superior às demais categorias raciais. A prevalência entre os brancos (6,7%) foi a segunda maior (Tabela 16).

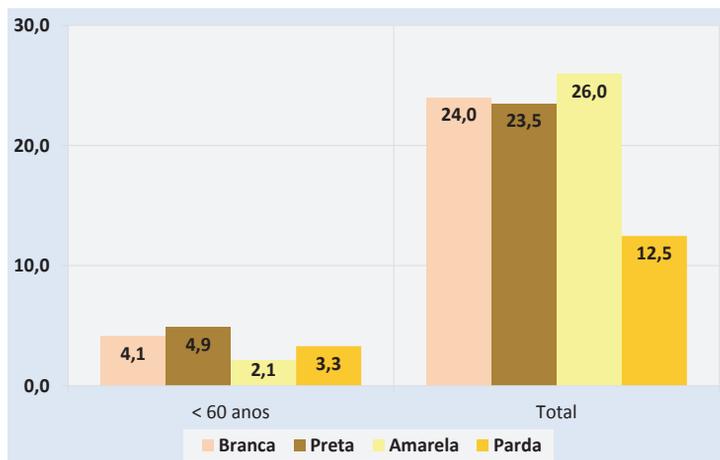
**Tabela 16** - Prevalência estimada (%) de diabetes segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2008.

Raça/cor	Prevalência (%)	IC 95%
Branca	6,7	5,3 - 8,4
Preta	7,7	4,4 - 13,2
Amarela	6,6	2,3 - 17,6
Parda	5,5	3,8 - 7,7
<b>Total</b>	<b>6,4</b>	<b>5,4 - 7,5</b>

Fonte: ISA Capital 2008<sup>10</sup>

Em 2013 a taxa de mortalidade por DM em maiores de 60 anos de idade foi mais elevada entre pretos (179,4 óbitos por 100.000 habitantes), seguida por brancos (146,7) e pardos(130,1). Considerada apenas a população com menos de 60 anos de idade, a maior taxa foi entre os pretos (4,9) e a menor entre os amarelos (2,1) (Gráfico 22).

**Gráfico 22** - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por diabetes, em menores de 60 anos de idade e na população geral, segundo raça/cor. Residentes no Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM

## **Câncer**

A incidência e a mortalidade por câncer apresentam substanciais diferenças nas distintas regiões do planeta e mesmo internamente nos países. Também se reconhece a multicausalidade na formação do câncer: são muitos os fatores de risco que se associam para a geração desse fenômeno, como o uso abusivo do álcool, o tabagismo, a dieta inadequada, a vida sedentária e a exposição a substâncias carcinogênicas no trabalho e na comunidade, além das condições ambientais e socioeconômicas, do acesso oportuno a serviços competentes de diagnóstico e de tratamento, do estágio da doença quando do diagnóstico, entre outros aspectos.

O desenvolvimento das melhores práticas de saúde pública impõe que sejam examinadas as causas das disparidades identificadas em cada topografia e seu comportamento ao longo do tempo, subsidiando assim a tomada de decisão para enfrentar cada tipo de câncer. Este boletim propõe-se a identificar algumas das disparidades.

Considerando que a estrutura etária da população consiste em fator fortemente associado ao câncer e que as diferentes raças/cores/etnias apresentam distintas estruturas etárias, serão apresentadas as taxas de mortalidade padronizadas por idade.

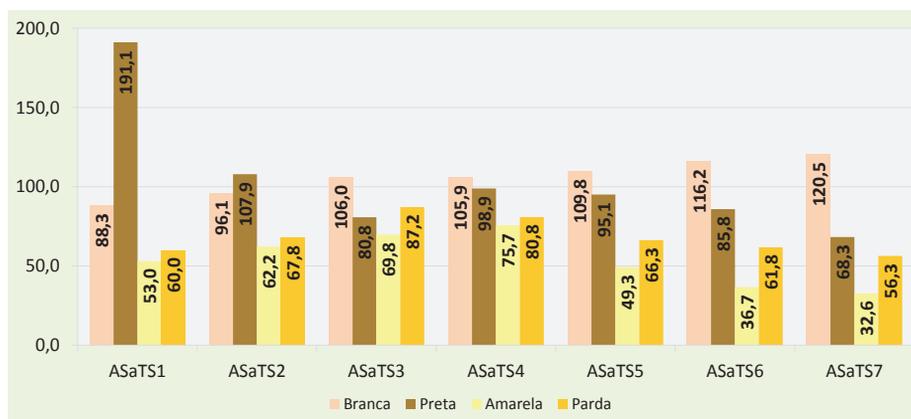
### **Mortalidade por câncer**

Calculadas as taxas padronizadas de morte por neoplasias malignas (câncer) no MSP para o ano 2013, verifica-se que a população branca apresenta as maiores taxas de mortalidade para todos os tipos de câncer (146,5 mortes para cada 100.000 habitantes em 2013), sendo seguida pela população preta (122,5), parda (103,2) e amarela (95,1).

## Mortalidade por câncer e condições socioambientais

Considerada a raça/cor e o pertencimento aos diferentes agrupamentos socioambientais (ASaTS) nota-se que a mortalidade por câncer entre os brancos aumenta ( $Rho = +0,96$ ) conforme pioram as condições socioambientais dos territórios a que pertencem (ASaTS1 até ASaTS7). Esta tendência é oposta ( $Rho = -0,79$ ) ao que ocorre entre os pretos: é maior a mortalidade nos estratos mais elevados do ponto de vista socioambiental, diminuindo as taxas conforme pioram as condições socioambientais dos territórios de moradia da população preta. Entre os pardos e amarelos percebe-se que as maiores taxas de mortalidade por câncer encontram-se nos estratos ASaTS3, ASaTS4 e ASaTS5, que caracterizam-se por apresentar condições socioambientais intermediárias (**Gráfico 23**).

**Gráfico 23** - Taxa de mortalidade por todos os tipos de câncer (por 100.000 habitantes), nos Agrupamentos Socioambientais dos Territórios de Saúde, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2011.



Fonte: SIM/PRO-AIM; IBGE<sup>6</sup>

Nota: No momento da análise somente se dispunha de dados categorizados segundo ASaTS para o ano 2011.

## Mortalidade pelos principais tipos de câncer (topografias)

As principais topografias de câncer enquanto causa de morte no MSP entre os homens, no ano 2013, foram: pulmão (14,7%), cólon/reto/ânus (10,7%), próstata (10,2%) e estômago (8,9%). Entre as mulheres: mama (17,1%), cólon/reto/ânus (12,5%), pulmão (10,2%) e estômago (6,2%).

Um conjunto de causas associadas ao álcool e outro associado ao tabagismo foram examinados considerando raça/cor, conforme se apresenta em seguida, exceto no caso do câncer de mama, de colo uterino e de próstata.

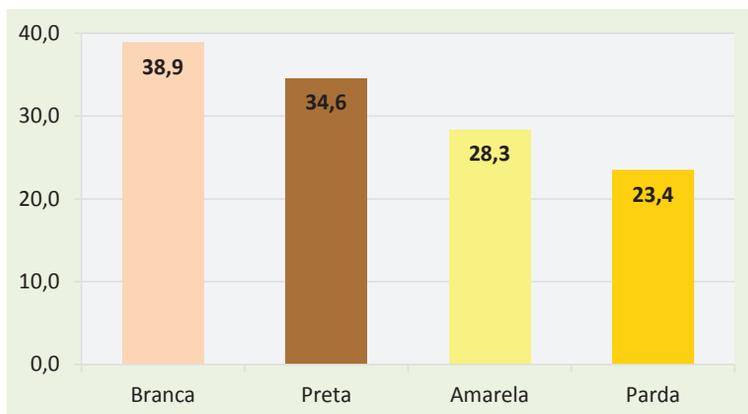
## Câncer associado à exposição ao tabaco e ao álcool

O *National Cancer Institute*<sup>11</sup>, dos Estados Unidos da América, categoriza um grupo de topografias de câncer associadas ao uso de tabaco (pulmão, leucemia mielóide aguda, bexiga, esôfago, rim, cavidade oral, pâncreas, estômago) e ao álcool (colorretal, cavidade oral, esôfago, mama, fígado).

As maiores taxas mortalidade por câncer associado ao uso abusivo de álcool (colorretal, cavidade oral, esôfago, mama, fígado) e ao tabagismo (pulmão, leucemia mielóide aguda, bexiga, esôfago, rim, cavidade oral, pâncreas, estômago) ocorreram entre os brancos, seguidos pelos pretos. Os amarelos apresentaram-se na terceira posição no conjunto de causas associadas ao álcool e quarta para as causas associadas ao tabaco, invertendo estas posições com os pardos.

Das topografias associadas ao uso abusivo de álcool foram analisados 4.203 casos, havendo ainda 151 casos sem informação de raça/cor e dois correspondentes a indígenas (**Gráfico 24**).

**Gráfico 24** - Taxa de Mortalidade por Câncer - topografias associadas ao uso abusivo de álcool, por 100.000 habitantes, padronizada por idade, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.

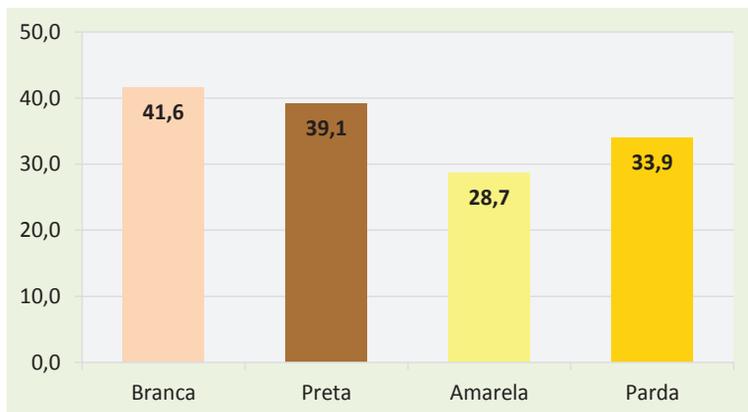


**Fonte:** SIM/PRO-AIM; IBGE<sup>6</sup>

**Nota:** Topografias (CID-10): C01- C10; C14; C15; C18; C20 - C22; C50.

Foram examinados 5.258 casos de topografias associadas ao tabaco, havendo ainda 163 casos sem informação de raça/cor e dois referentes a indígenas (**Gráfico 25**).

**Gráfico 25** - Taxa de Mortalidade por Câncer de topografias associadas ao uso de tabaco, por 100.000 habitantes, padronizada por idade, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



**Fonte:** SIM/PRO-AIM

**Nota:** Topografias (CID-10): C01-C10; C14; C16; C25; C34; C64; C67; C92.

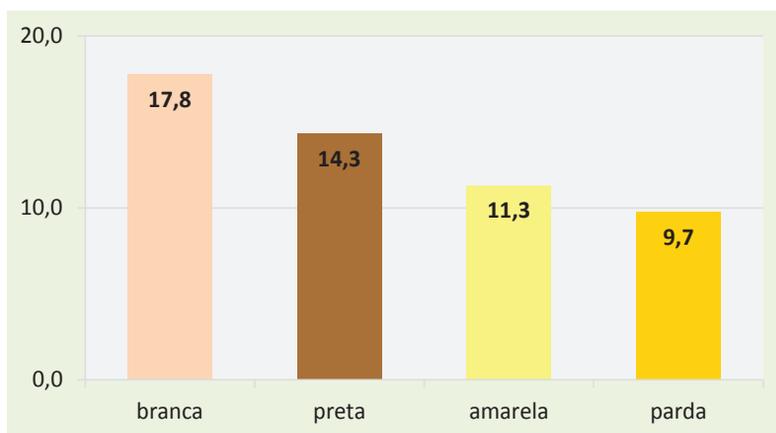
Os óbitos por câncer entre os indígenas não foram examinados em decorrência dos pequenos números apresentados.

## Câncer de mama, colo uterino e próstata

### Mama

No que diz respeito ao câncer de mama, as taxas de mortalidades maiores foram nas mulheres brancas (17,8/100.000) e as pretas (14,3/100.000) em relação as pardas (11,3/100.000) e amarelas (9,7/100.000). Foram examinados 1.203 óbitos com identificação de raça/cor, havendo ainda 46 casos sem identificação deste quesito (**Gráfico 26**).

**Gráfico 26** - Taxa de mortalidade por câncer de mama, por 100.000 mulheres, padronizada por idade, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.

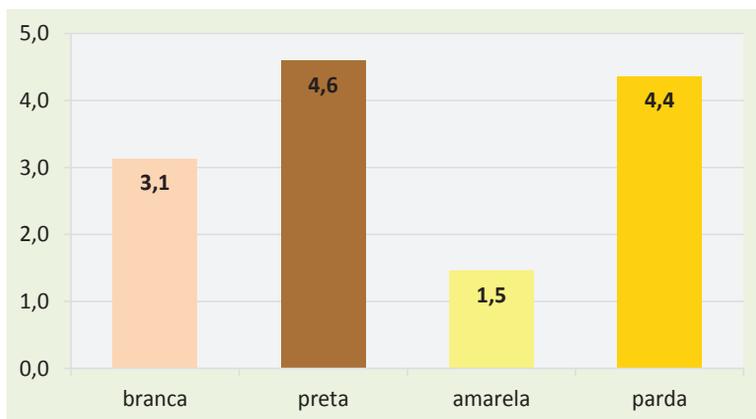


Fonte: SIM/PRO-AIM; IBGE<sup>6</sup>

### Colo uterino

O câncer de colo uterino apresentou taxas de mortalidade mais elevadas entre as mulheres pardas (4,6/100.000), pretas (4,4), seguida das brancas (3,1) e amarelas (1,5). Foram examinados os 255 casos que apresentaram identificação de raça/cor, havendo seis casos sem identificação deste quesito (**Gráfico 27**).

**Gráfico 27** - Taxa de Mortalidade por Câncer de Colo Uterino, padronizada por idade, por 100.000 mulheres, segundo raça cor. Município de São Paulo, 2013.

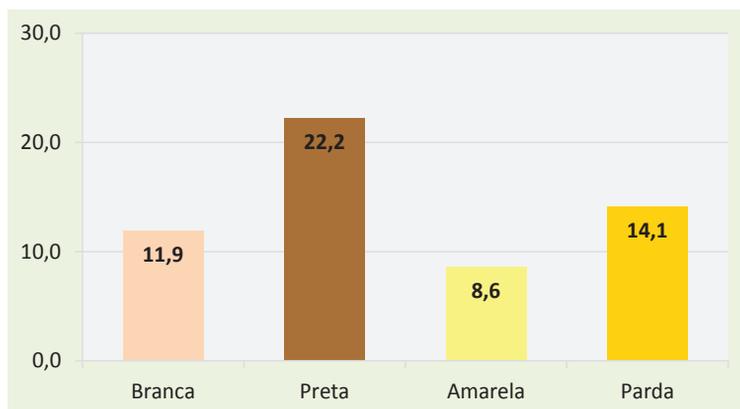


Fonte: SIM/PRO-AIM; IBGE<sup>6</sup>

## Próstata

Foram examinados 722 casos de óbito por câncer de próstata registrados no ano 2013 com identificação de raça/cor, havendo ainda 37 casos sem esta identificação. A mortalidade por câncer de próstata mostra-se maior entre os homens da raça/cor preta (22,2/100.000), no que são seguidos pelos amarelos (14,1), brancos (11,9) e pardos (8,6), (**Gráfico 28**).

**Gráfico 28** - Taxa de Mortalidade por câncer de próstata, por 100.000 homens, padronizada por idade, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



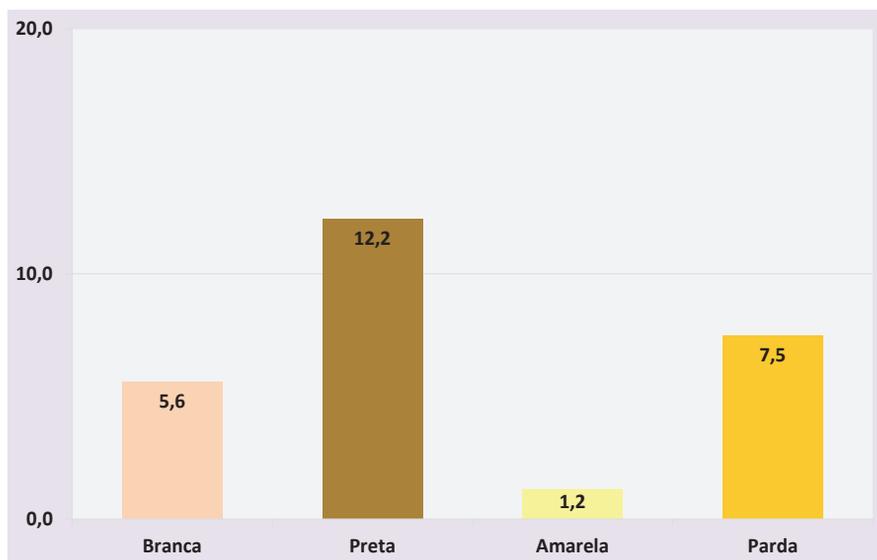
Fonte: SIM/PRO-AIM; IBGE<sup>6</sup>

## Aids e tuberculose

Tanto a tuberculose quanto a aids são desafios importantes para a saúde pública, pelo número expressivo de casos e pela coinfeção 'tuberculose e HIV'. No ano de 2012, no MSP, dentre os 6.009 casos novos de tuberculose, 700 (11,6%) apresentaram sorologia positiva para HIV<sup>12</sup>, o que faz da comorbidade 'HIV/aids e tuberculose' objeto de preocupação em saúde pública.

A taxa de incidência de aids em 2012 foi 19,3 casos por 100.000 habitantes, sendo 29,5 para homens e 10,1 para mulheres. No ano 2013, a taxa de mortalidade por aids foi mais elevada entre pretos (12,2) e pardos (7,5); pouco menor em brancos (5,6) e menor ainda em amarelos (1,2) (**Gráfico 29**)<sup>12</sup>.

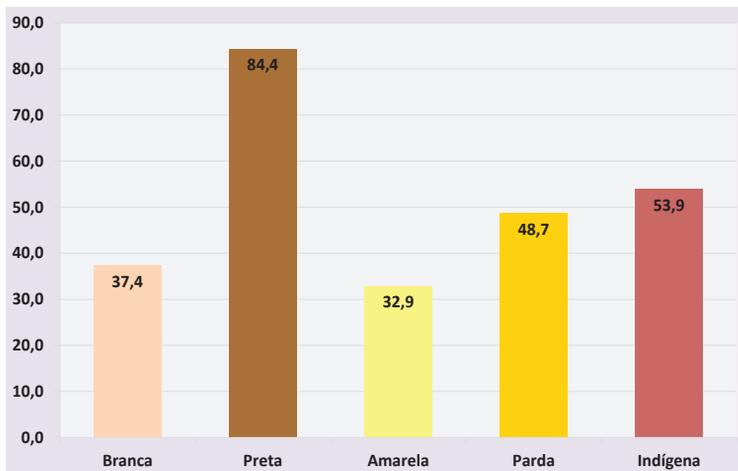
**Gráfico 29** - Taxa de mortalidade por aids (por 100.000 habitantes) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SIM/PRO-AIM

Quanto à tuberculose, importante problema de saúde pública, a taxa de incidência no MSP, no ano 2013, foi 49,9 casos por 100.000 habitantes, sendo maior entre os pretos (84,4) e menor entre os amarelos (32,9) (**Gráfico 30**).

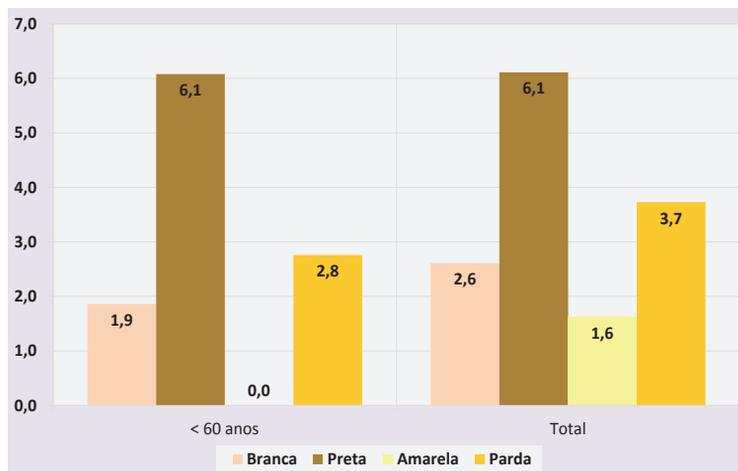
**Gráfico 30** - Taxa de incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2010.



Fonte: TBWEB (05/08/2014)

A taxa de mortalidade por tuberculose, no ano 2013, mostrou-se maior entre os pretos (6,1 óbitos por 100.000 habitantes) e pardos (3,7). Nas pessoas menores de 60 anos (**Gráfico 31**) evidenciam-se mais óbitos de pretos e de pardos, ao contrário do que ocorreu entre os amarelos, que não apresentaram mortes por tuberculose em menores de 60 anos de idade naquele ano.

**Gráfico 31** - Taxa de mortalidade por tuberculose (por 100.000 habitantes), em menores de 60 anos de idade e na população geral segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.

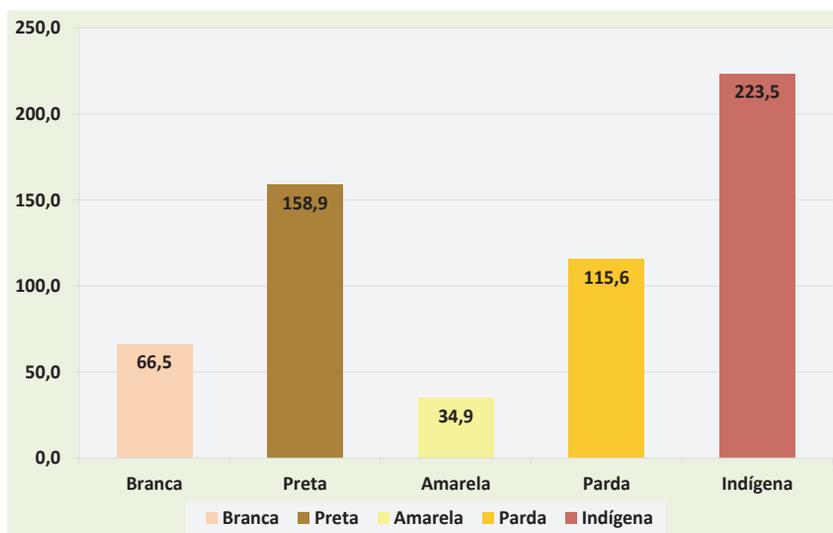


Fonte: SIM/PRO-AIM

## Sífilis

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis continua a ser um problema mundial. Calcula-se aproximadamente 12 milhões de pessoas infectadas por ano no mundo. Em 2013, no MSP, foram notificados 10.381 casos de sífilis adquirida. As taxas de incidência foram maiores entre os indígenas (223,5 casos por 100.000 habitantes) e entre os pretos (158,9) e menores entre os amarelos (34,9) (**Gráfico 32**).

**Gráfico 32** - Taxa de incidência de sífilis (por 100.000 habitantes) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SINAN

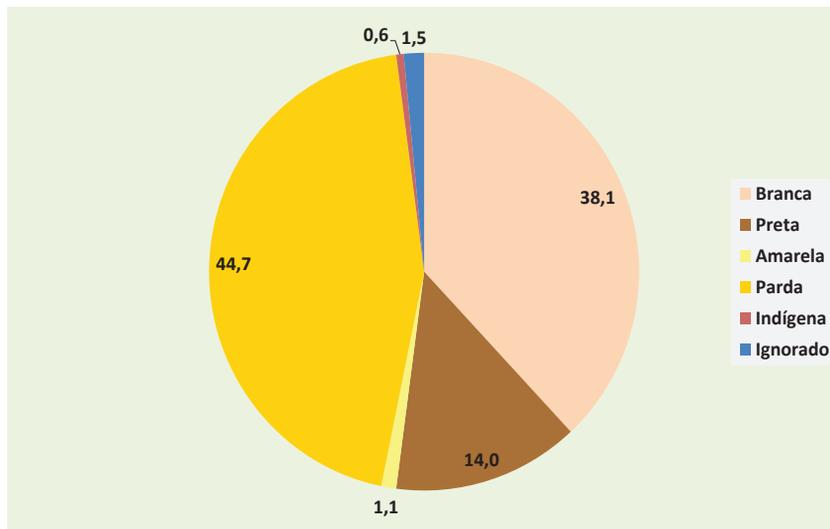
Nota: dados até 30/06/2014.

As gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum* podem transmitir a infecção ao seu feto, causando sífilis congênita (SC), com consequências graves para o concepto e para a gravidez em 80,0% dos casos<sup>13</sup>. As gestantes pardas apresentam a maior proporção de casos notificados de sífilis (44,7%) (**Gráfico 33**).

Em 2013, o Coeficiente de incidência da sífilis congênita foi 4,9 por 1.000 nascidos vivos e em 2012 a taxa de detecção em gestantes foi 2,4 por 1.000 nascidos vivos (**Gráfico 34**).

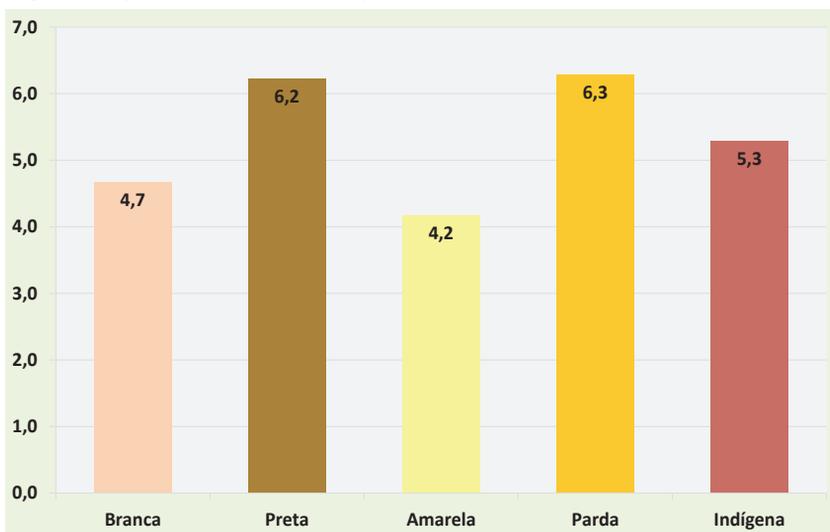
Segundo a OMS, para a eliminação da SC como um problema de Saúde Pública, a incidência dessa patologia deveria ser 0,5 ou menos casos por 1.000 NV<sup>12</sup>.

**Gráfico 33** - Proporção (%) de gestantes com sífilis, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2013.



Fonte: SINAN Nota: dados até 30/06/2014.

**Gráfico 34** - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) segundo raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2013.



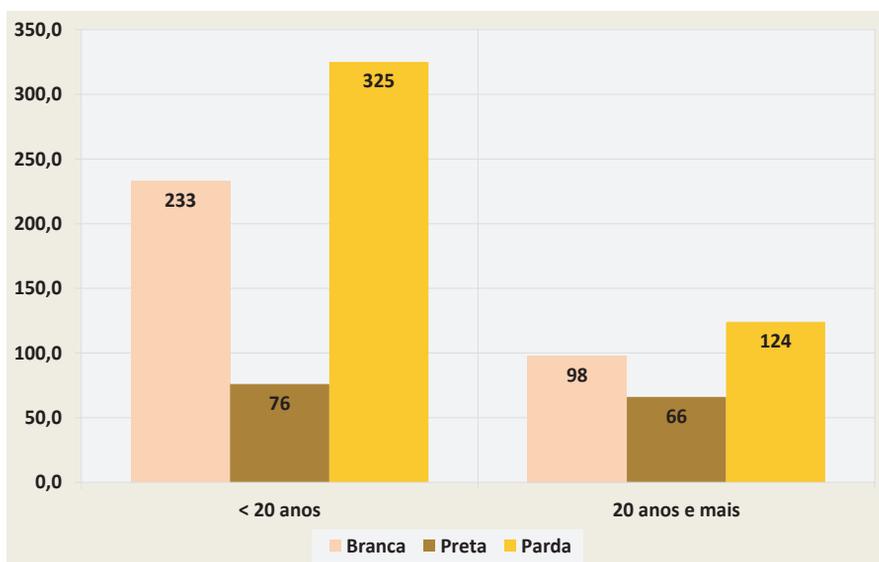
Fonte: SINAN; SINASC

Apesar da taxa de incidência de sífilis ser maior em indígenas e pretas e pardas a sífilis em gestantes e a sífilis congênita apresentam maiores valores em pretas (6,3) e pardas (6,2).

## Doença falciforme

A doença falciforme é uma doença hereditária, que afeta principalmente a população negra (pardos e pretos). No MSP, em 2014, as internações por doença falciforme ocorreram principalmente na população preta e parda, com predominância na população menor de 20 anos, como pode ser observado nos **gráficos 35 e 36**, que mostram o número e as taxas de internação para este agravo. Achado este similar a outros estudos como ‘Epidemiologia de Internações por Doença Falciforme no Brasil’<sup>14</sup>.

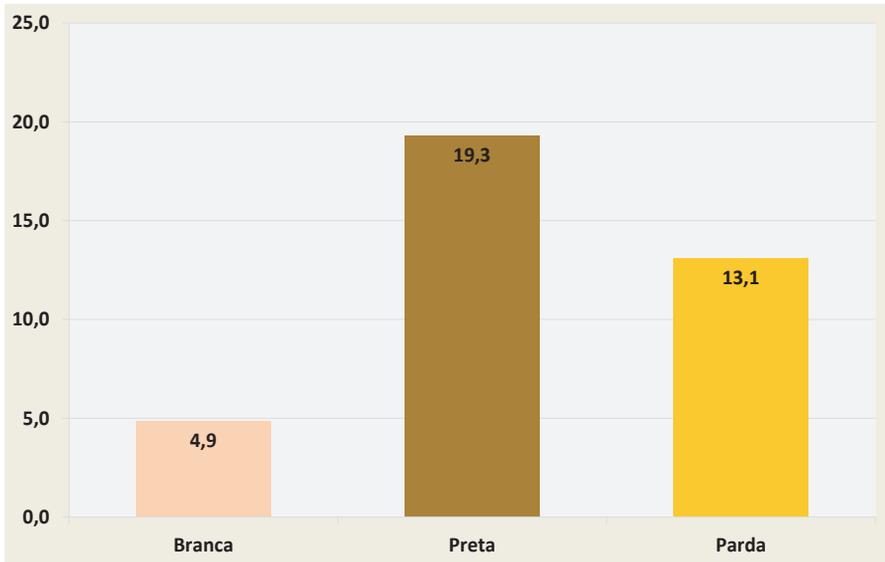
**Gráfico 35** – Número de Internações hospitalares SUS por doença falciforme segundo faixa etária e raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: AIH; IBGE<sup>6</sup>

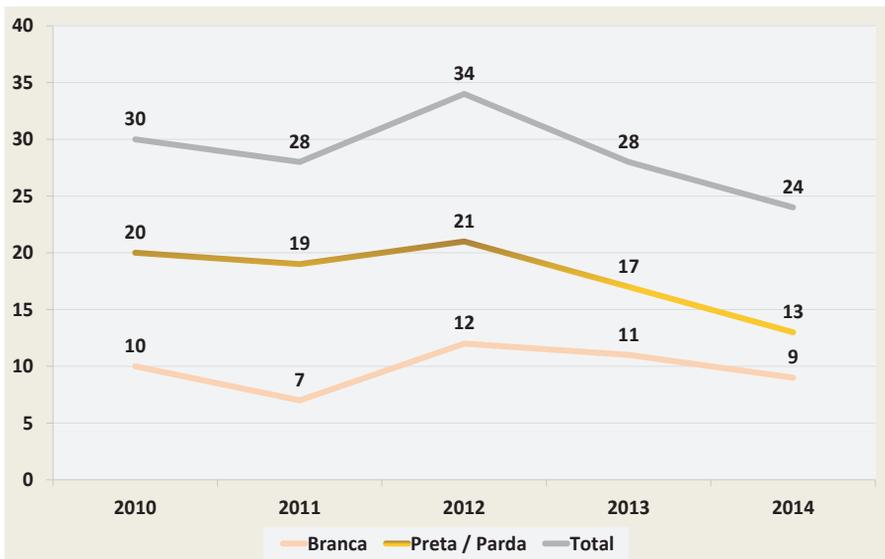
Em relação aos óbitos, verifica-se, no período de 2010 a 2014, uma média de 30 óbitos por ano, sendo 2014 o ano que apresentou o menor número de mortes por doença falciforme, sendo 13 (59,1%) entre pretos e pardos (**Gráfico 37**).

**Gráfico 36** - Taxa de internação hospitalar SUS por doença falciforme (por 100.000 habitantes) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014.



Fonte: AIH; IBGE<sup>6</sup>

**Gráfico 37** - Número total de óbitos por doença falciforme e segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2010 a 2014.



Fonte: SIM/PRO-AIM

## Considerações finais

Reconhecer a profunda desigualdade entre as pessoas, grupos sociais e sua repercussão na qualidade de vida e de saúde, conduzindo a modos distintos de nascer, de adoecer e de morrer, pode contribuir para a superação de injustiças sociais históricas, com redistribuição da oferta de ações e serviços e da redefinição do perfil dessa oferta, para priorizar a atenção a grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por problemas de saúde específicos. Trata-se da integralidade e da equidade das ações de saúde, considerando as diferentes necessidades de atenção à saúde por parte das pessoas e dos grupos sociais.

A presente análise proporciona um conjunto de elementos neste sentido, ao mostrar que a ocupação do território da cidade pelos grupos populacionais, conforme categoria racial, é distinta e obedece a uma distribuição em que, quanto piores as condições socioambientais do território, maior é a participação das pessoas pardas, seguidas das pessoas pretas, com as repercussões esperadas nos indicadores epidemiológicos.

Esta condição determina menor índice de envelhecimento na população parda e, por outro lado, o maior índice na população amarela. Quanto à natalidade a situação se inverte, a maior taxa de natalidade se apresenta na população parda, seguida de pretos e brancos, sendo as situações mais desfavoráveis e de maior vulnerabilidade mais frequentes em pardas, pretas e indígenas, corroborando o diagnóstico da influência da categoria racial e das condições sociais como determinantes das condições de saúde da população.

Ao analisar a mortalidade evidenciaram-se diferenças na média de idade ao morrer, sendo maior nos amarelos, seguidos dos brancos e pretos, e sendo menor em indígenas e pardos, fenômeno que representa elevada proporção de mortes precoces nestes dois últimos grupos populacionais, estabelecendo, mais uma vez, relação entre as condições sociais e categoria racial.

As causas de morte também estão relacionadas a estas condições, visto que pardos e pretos apresentam maior mortalidade por homicídios, doenças infecciosas e parasitárias, doença hipertensiva, doença cerebrovascular, aids e tuberculose, diferentemente da população branca que morre mais de neoplasias e doenças do aparelho circulatório.

Quanto à doença falciforme, pretos e pardos apresentam o maior número e proporção de internações e óbitos, o que se justifica pelo determinante genético da doença.

As informações aqui apresentadas possibilitam melhor orientação da prestação de serviços, objetivando o alcance de maior equidade, considerando aspectos sociais e demográficos, condições que são conectadas entre si na maior parte das vezes. Além disso, expressam a necessidade de políticas públicas amplas e intersetoriais, tendo em vista o envolvimento de diversos agentes públicos (segurança, saúde, educação, desenvolvimento social, entre outros).

Como exemplo, dentre outras iniciativas, vale citar o Plano Juventude Viva, que visa atuar prioritariamente sobre as causas da violência que atingem os jovens e dar alternativas de resolução para as mesmas. O MSP aderiu a esta iniciativa do Governo Federal que visa ampliar direitos e prevenir a violência que atinge a juventude e assim reduzir a vulnerabilidade da juventude negra à violência e prevenir a ocorrência de homicídios.

Espera-se que as informações aqui discutidas sirvam de inspiração para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de diminuir as iniquidades determinadas pelo quesito raça/cor.

## Bibliografia

1. Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Folder de Apresentação da CEInfo. São Paulo: CEInfo, 2012.
2. CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.
3. Goes E F, Nascimento E R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate. 37(99), Rio de Janeiro, p. 571-579, out/dez 2013.
4. Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria 696 de 30 de março de 1990. Introduce o quesito COR no Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde. DOM. 1990. Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0101/PortariaSMSG\\_1990\\_0696.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0101/PortariaSMSG_1990_0696.pdf). Acesso em 30/06/2015.
5. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Obtido de [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf), em 15/05/2015.
6. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística – IBGE. Censo Populacional 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/caracteristicas\\_da\\_populacao\\_tab\\_brasil\\_zip\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_brasil_zip_xls.shtm). Acesso em: 28/08/2014.
7. Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Agrupamentos Socioambientais dos Territórios da Saúde - ASaTS no Município de São Paulo. Boletim CEInfo Análise. IX( 10), nov. 2014.
8. Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Tabwin. 2013.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2015.152p.
10. Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA - Capital 2008 - Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estado Nutricional. nº 4, 2011: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_ISA\\_4.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_ISA_4.pdf).
11. National Cancer Institute. Obtido em <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/overview/patient/page3>, 15/04/2015.
12. Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico de AIDS – HIV e DST do Município de São Paulo. XVII (16), jun. 2013.
13. Stoner B, Schmid G, Guraiib M, Adam T, Broutet N. Use of aternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. Amsterdam: Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD); July 10-13 2005 (Abstract # 699).
14. Loureiro M M, Rosenfeld S.. Epidemiologia de internações por Doença Falciforme no Brasil. Rev. Saúde Pública, 39(6), p. 943-9, 2005.

