

# COMO VAI?

## POPULAÇÃO BRASILEIRA

---

ANO I • Especial

BRASÍLIA, DF

JUN 96

---

### EDITORIAL

**E**ste número extra do *Como Vai?* apresenta sumário dos trabalhos expostos em seminário organizado pelo IPEA e a Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Brasília no dia 28 de março de 1996. O seminário teve por objetivo discutir as tendências demográficas recentes, suas implicações para o crescimento futuro da população e as novas demandas por políticas públicas, temas bastante relacionados com as pautas já editadas e, com certeza, de interesse para os nossos leitores.

### ÍNDICE DE TÍTULOS

Visão Geral das Tendências Populacionais Recentes .....	2
Tendências de Longo Prazo da Fecundidade: uma visão regional.....	3
Tendências Demográficas Recentes e suas Perspectivas: migrações regionais.....	4
O Saldo dos Fluxos Migratórios Internacionais do Brasil na Década de 80: uma tentativa de estimação .....	5
Algumas Evidências da Homogeneização da Anticoncepção.....	5
Fecundidade na Adolescência nas Grandes Regiões do País .....	6
Níveis e Padrões de Mortalidade Materna para o Brasil para o Período 1975-1990.....	8
Mudanças no Perfil da Mortalidade por Causas: uma visão regional .....	8
Mortalidade Infantil segundo Causas Evitáveis .....	9
A Mortalidade por Violências e Acidentes no Brasil.....	10

---

### Visão Geral das Tendências Populacionais Recentes

*Luís Antônio Pinto de Oliveira<sup>1</sup>*

Os resultados da investigação do universo do censo demográfico de 1991 e, mais recentemente, os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1992 e 1993 permitem traçar, ainda que em linhas bastante gerais, um panorama da situação demográfica atual da população brasileira. Nesse sentido, o Censo de 1991 mostrou acentuado estreitamento da base da pirâmide populacional, decorrente do continuado declínio da fecundidade no país iniciado em meados da década de 60.

Implícitas na projeção preliminar da população brasileira elaborada pelo Departamento de População e Indicadores Sociais (DEPIS/IBGE) as taxas de fecundidade total (TFT) correspondentes aos anos de 1990 e 1991 foram, respectivamente, de 2,66 e 2,57 filhos por mulher. Por sua vez, as estimativas dos níveis da fecundidade, derivadas a partir das informações das PNADs de 1992 e 1993, cujas localizações temporais referem-se, aproximadamente, aos anos de 1990 e 1991, resultaram em 2,60 e 2,58 filhos por mulher. Estes resultados são reveladores, pois convergem para a afirmativa de que o número médio de filhos das mulheres brasileiras reduziu-se em mais de 50% desde os anos 60, período para o qual a TFT estimada girava em torno de 6,0 filhos.

Outro aspecto que merece destaque alude à elevação proporcional do contingente de idosos de 65 anos e mais de idade. Em 1980, as pessoas nesta faixa etária representavam 4,0% da população total, ao passo que, em 1991, esta cifra eleva-se para 4,8%. A redução do peso relativo dos jovens, em função do declínio da fecundidade, combinada aos ganhos graduais sobre a mortalidade, culminou no aumento da participação dos adultos e idosos no total da população brasileira.

Com relação à mortalidade infantil, as PNADs mais recentes permitiram estimar, para o período 1990-1991, uma taxa nacional em torno de 49 óbitos de menores de um ano para cada 1 000 nascidos vivos, resultado que manteve perfeita sintonia com a projeção da taxa de mortalidade infantil levada a efeito no DEPIS/IBGE. Vale recordar que a estimativa da taxa de mortalidade infantil para 1980 foi de 69 por mil, e a redução desse indicador observada no período 1980-1991 repercutiu substancialmente para a elevação da esperança de vida ao nascer: em 1980 a vida média do brasileiro era estimada em 61,8 anos; em 1991 alcançou 65,9 anos.

Por último, é oportuno mencionar que, embora não se disponham de valores suficientemente precisos, a migração internacional assumiu um papel relevante na dinâmica demográfica brasileira ao longo da década de 80. Pelas evidências que vários estudos têm mostrado, esse fenômeno obriga os estudiosos no campo da demografia a repensarem a hipótese relativa à população brasileira como fechada à migração, ou possuidora de um saldo migratório nulo.

---

<sup>1</sup> Chefe do Departamento de População e Indicadores Sociais (DEPIS/IBGE).

---

## Tendências de Longo Prazo da Fecundidade: uma visão regional

*Ana Amélia Camarano<sup>2</sup>*

O trabalho descreve as principais tendências da fecundidade e os padrões de formação de famílias em três regiões brasileiras — Rio de Janeiro, São Paulo e Nordeste — ao longo do século XX. A principal conclusão é que os diferenciais regionais de fecundidade já eram expressivos desde o começo do século. As mulheres residentes no Rio de Janeiro apresentavam uma taxa de fecundidade de 4,6 filhos por mulher, enquanto no Nordeste e em São Paulo esta taxa estava em torno de 6,5 filhos por mulher.

O movimento da fecundidade experimentado pelas mulheres do Rio e São Paulo pode ser sumarizado em três fases. Consistem de um declínio seguido de um acréscimo e de um declínio mais acentuado. O momento e a duração de cada fase variou entre as duas áreas, ou seja, o período do aumento da fecundidade foi mais longo no Rio de Janeiro do que em São Paulo. Entretanto, nos anos 50 assistiu-se a um aumento da fecundidade em todas as três áreas. No Nordeste, os níveis de fecundidade ficaram aproximadamente constantes antes desse declínio. A partir da segunda metade dos anos 60, foi observada uma queda acentuada da fecundidade nas três áreas. Como conseqüência, no final dos anos 80, os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição: 2,0 filhos por mulher no Rio de Janeiro e 2,2 em São Paulo. No Nordeste, esta taxa atingiu valores próximos a 3,5 filhos por mulher.

A queda da fecundidade é o resultado de mudanças no padrão de formação de famílias caracterizado, basicamente, por uma interrupção mais cedo da vida reprodutiva e uma preferência acentuada por famílias de dois filhos. O uso de anticoncepcionais parece ter sido o elemento mais importante para explicar essas variações nos níveis de fecundidade. Ficou claro que no período de aumento da fecundidade houve um relaxamento do controle da natalidade. O efeito causado por variações nos padrões de casamento não foi expressivo, a não ser por manter as taxas de fecundidade nordestinas relativamente baixas (baixa nupcialidade) e por contribuir para os relativamente altos níveis de fecundidade da mulher paulista (alta nupcialidade) comparados com os da mulher carioca.

Há fortes indicações de que a fecundidade continuará caindo até o final do século. Essas indicações são baseadas na declaração de mulheres que não estavam usando métodos anticoncepcionais, mas que desejam fazê-lo.

---

<sup>2</sup> Coordenadora de Estudos Populacionais do IPEA - Brasília.

---

### **Tendências Demográficas Recentes e suas Perspectivas: migrações regionais**

*Fernando Fernandes*<sup>3</sup>

Neste trabalho são apresentadas estimativas de saldos migratórios para os três últimos períodos intercensitários (1960-1970, 1970-1980 e 1980-1991) como também para o quinquênio 1987-1992. O primeiro conjunto de resultados deriva da aplicação de técnicas indiretas a informações dos censos demográficos de 1960, 1970, 1980 e 1991; o segundo vem da análise direta do quesito *Unidade da Federação de Residência* cinco anos antes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1992.

Para as décadas de 70 e 80 adotou-se a metodologia das relações intercensitárias de sobrevivência do país corrigidas pela mortalidade da região.<sup>4</sup> Já para o período 1980-1991 adotou-se a metodologia das relações intercensitárias de sobrevivência da tábua de mortalidade da região. Os resultados para o período 1980-1991 provêm de um primeiro esforço para quantificar os movimentos migratórios mais recentes, a partir do emprego de uma metodologia que não minimiza eventuais erros implícitos aos dados utilizados. Nesse sentido, devem ser considerados de caráter preliminar.

Para a região Norte<sup>5</sup> observa-se uma tendência de aumento dos saldos migratórios; os resultados indicam um saldo positivo de 980 mil pessoas entre 1980 e 1991, bem superior aos 610 mil estimados para 1970-1980 e o saldo praticamente nulo de -50 mil entre 1960 e 1970.

O oposto pode ser observado para a região Nordeste, quando comparamos o saldo negativo de 2,7 milhões estimado para 1980-1991 com o de -2,2 milhões para 1970-1980 e o de -1,7 milhão para 1960-1970.

As estimativas realizadas para a região Sudeste apontam uma inversão da tendência de aumento de seus saldos migratórios. Estes, que haviam sido de 750 mil entre 1960 e 1970 e de 2,5 milhões entre 1970 e 1980, teriam declinado para 1,1 milhão entre 1980 e 1991.

Por sua vez, o processo de queda dos saldos migratórios da região Sul também teria observado uma inversão. Entre 1980 e 1991 teriam sido de -820 mil pessoas; entre 1970-1980, de -1,5 milhão; entre 1960-1970 o saldo foi de apenas 350 mil.

Finalmente, os saldos migratórios da região Centro-Oeste estariam apresentando um leve declínio, passando de 730 mil pessoas em 1960-1970 para 670 mil e 610 mil nos períodos seguintes.

---

<sup>3</sup> Consultor do IBGE/DPE/DEPIS.

<sup>4</sup> Os resultados para as décadas de 70 e 80 são de CARVALHO, José Alberto Magno de e FERNANDES, Fernando. *Estimativas de Saldos Migratórios e Taxas Líquidas de Migração para as Unidades da Federação e Grandes Regiões, por Sexo e Áreas Urbana e Rural: Brasil 1960-1970 e 1970-1980*. CEDEPLAR/UFMG (Centro de Desenvolvimento e Planejamento em Economia Regional - Universidade Federal de Minas Gerais). Belo Horizonte, julho, 1991. (mimeo)

<sup>5</sup> A região Norte aqui considerada não inclui o estado de Tocantins.

---

Dos resultados da PNAD de 1992, cabe destacar os referentes fluxos migratórios entre as regiões Nordeste e Sudeste. Estes indicam que cerca de 700 mil pessoas que residiam na região Nordeste em 1987 passaram a residir na região Sudeste cinco anos depois. Por sua vez, 390 mil pessoas que residiam na região Sudeste em 1987 encontravam-se residindo na região Nordeste em 1992.

---

### **O Saldo dos Fluxos Migratórios Internacionais do Brasil na Década de 80: uma tentativa de estimação**

*José Alberto Magno de Carvalho<sup>6</sup>*

**A**nalisando os dados de população do país, sexo e grupos de idade do censo demográfico de 1991 constata-se que: i) não há aumento, como esperado, das relações intercensitárias de sobrevivência entre as décadas de 70 e 80; e ii) há queda nas razões de sexo nos diversos grupos etários entre 1980 e 1991. Tais fatos só poderiam ser explicados por aumento da mortalidade entre as duas últimas décadas e/ou deterioração do grau de cobertura censitária, principalmente da população masculina, e/ou saldos migratórios internacionais negativos.

Indicadores independentes apontam para declínio generalizado da mortalidade na última década, e avaliações pós-censitárias mostram grau de cobertura em 1991 semelhante ao de 1980. Resta, pois, como hipótese mais plausível, a perda de população por meio da migração internacional.

São realizadas duas estimativas dos saldos migratórios da década de 80, às quais se atribuem, respectivamente, os limites prováveis dos saldos mínimo e máximo. A primeira pressupõe mortalidade constante para as décadas de 70 e 80 e população brasileira fechada na década de 70. As razões intercensitárias de sobrevivência (RIS) da década de 70 são aplicadas à população de 1980, e estima-se o saldo migratório pela diferença de populações observada e esperada em 1990. Os valores obtidos foram de um saldo migratório negativo de 302 mil para mulheres com mais de dez anos de idade, em 1990, e 741 mil para homens. A segunda baseia-se em estimativas de declínio de mortalidade nas décadas de 70 e 80 e nas RIS da década de 70 para estimar os saldos migratórios que teriam valores negativos em torno de 1 180 000 para mulheres com mais de dez anos de idade e 1 350 000 para os homens na mesma condição. Em ambos os casos obteveram-se estimativas por grupos de idade.

---

<sup>6</sup> Professor do CEDEPLAR-MG.

---

## Algumas Evidências da Homogeneização da Anticoncepção

*Maria Graciela G. de Morell<sup>7</sup>*

*Paulo Campanário<sup>8</sup>*

A fecundidade das mulheres brasileiras vem sofrendo, desde a década de 60, uma rápida transição rumo a níveis inesperadamente baixos, paralelamente a uma homogeneização entre diferentes categorias sócio-econômico-regionais. As informações disponíveis sobre anticoncepção mostram que o principal determinante próximo da fecundidade também tem experimentado um processo de homogeneização, traduzido nos aumentos da prevalência de anticoncepção, na concentração em determinados métodos e na diminuição de diferenciais.

Cotejando pesquisas realizadas no município de São Paulo em 1978 e 1993, verifica-se que a prevalência de anticoncepção das mulheres unidas em idade fértil aumentou em torno de 15%, passando de 63% a 73%. A concentração nos dois métodos principais — pílulas e esterilização — também se elevou de 69% a 80%, em decorrência do incremento de 128% do método preeminente, a esterilização. A análise por nível de instrução, cor, condição de atividade e renda familiar indica que as prevalências diferenciais intercategorias diminuíram.

Na região Nordeste, comparando as pesquisas demográficas e de saúde (DHS) de 1986 e 1991, constata-se que a prevalência de anticoncepção passou de 53% para 61%, a proporção de mulheres esterilizadas, de 25% a 32%, e a concentração nos dois métodos principais, de 79% a 85%, com aumentos respectivos em torno de 15%, 50% e 8%. Também constata-se que, na taxa de prevalência, a diferença entre as categorias extremas de instrução declina de 101% a 59%, e na proporção de mulheres esterilizadas de 91% a 30%, em decorrência de maiores aumentos nos grupos de menor instrução.

As informações sobre esterilização permitiram concluir que em São Paulo o número mediano de filhos em que as mulheres se esterilizam caiu de 2,7 em 1986 para 2,3 em 1993, reduzindo-se de 37% a 27% o diferencial neste mediano entre as mulheres mais e menos instruídas. A proporção do principal motivo citado pelas mulheres para se esterilizar — ter alcançado o número desejado de filhos — aumentou de 48% para 56%, caindo a diferença entre as categorias altas de instrução de 100% para 60%.

A julgar pelas informações disponíveis, desde 1986 existia em São Paulo uma concordância entre o nível real de fecundidade e o número ideal de filhos: 2,7 por mulher. No Nordeste, a grande defasagem em 1986 de 2,2 filhos entre a fecundidade total (5,2) e o número ideal de filhos (3,0), cai para 0,7 filho em 1991 (3,6 e 2,9 respectivamente). Esses resultados evidenciam que as mulheres estão conseguindo, com sucesso cada vez maior, cumprir suas metas reprodutivas, mediante a homogeneização de suas condutas anticonceptivas. A distância entre o desejo e a prática, nas regiões de vanguarda de transição da fecundidade e da anticoncepção, já não existe; nas regiões onde as transições estão se processando, esta distância está sendo reduzida progressivamente.

<sup>7</sup> Consultora da Fundação SEADE-SP.

<sup>8</sup> Analista de projetos sênior da Fundação SEADE - SP.

## Fecundidade na Adolescência nas Grandes Regiões do País

Aparecida Vieira de Melo<sup>9</sup>

Uma constatação inequívoca é a de que nos últimos 25 anos há uma acentuada queda na taxa de fecundidade total (TFT) no Brasil. Embora em ritmos diferenciados, essa mesma premissa vale para as cinco regiões do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Para o Brasil, por exemplo, a TFT passou de 5,76 filhos por mulher em idade fértil (15 a 19 anos), em 1970, para 2,60 em 1991, culminando em uma diminuição percentual entre esses anos de 54,9% na TFT. Tal variação estende-se com percentuais gradativamente maiores às taxas específicas de fecundidade, significando que quanto mais elevado o grupo de idade das mulheres, maior foi a redução de filhos tidos no período em análise. No entanto, para o grupo etário de 15 a 19 anos, a tendência é diferenciada em relação aos grupos de idade de 20 anos e mais. Isto posto, analisa-se especificamente a evolução da taxa de fecundidade do grupo etário de 15 a 19 anos para as citadas regiões e para o estado de São Paulo (SP). Embora com valores diferenciados entre si, constata-se que a fecundidade precoce tem evoluído no período analisado, em contraposição à queda verificada nos demais grupos etários nas regiões e estados referidos. No ano de 1970, a taxa específica de fecundidade de 15 a 19 anos de idade foi de: região Norte 105,8; Nordeste 82,8; Centro-Oeste 103,2; Sudeste 60,0; e Sul 80,8. Em 1990, em cada região especificamente, os valores foram: 119,0; 90,9; 102,0; 68,5; e 71,2. Para SP as taxas eram 63,9 em 1970 e 81,6 em 1994, últimos dados disponíveis, tanto para o SP (1994) como para grandes regiões (1990). Cabe salientar que a fecundidade na adolescência, bem como suas implicações sociais, demográficas (em alguns países) e em relação à saúde da jovem mãe e seu nascituro, emergem como uma questão internacional. Faz-se mister esclarecer que os conceitos de *adolescente* e de *adolescência* seguem determinantes socioculturais, sofrem uma grande variação e, portanto, só podem ser adequadamente interpretados com base na cultura e na realidade que modelam cada sociedade. Nesse sentido, a periodização e padronização propostas pela OMS, basicamente a segunda década de vida, contemplam as mudanças que ocorrem no indivíduo (em nível biológico, psicológico e em termos sociais), de modo a caracterizar a passagem da infância para a vida adulta. À parte das especificidades sociais, culturais, religiosas, etc. existentes nos mais diferentes países, cabe lembrar que o Brasil tornou-se referência quanto a sérios problemas em relação à sua população infantil e adolescente. Nesse sentido, a gestação precoce e, muitas vezes, indesejada, também deveria tornar-se uma preocupação social e política, considerando-se seus possíveis desdobramentos, tais como riscos quanto à prática do aborto, mortalidade infantil e materna, interrupção da escolaridade, baixa qualificação da mão-de-obra, etc. Agregue-se também o preconceito de serem as adolescentes mães vistas, na maior parte dos casos, como únicas responsáveis pela gravidez e, conseqüentemente, por seu filho. Por fim, ainda que o Brasil tenha suas contradições socioeconômicas e também regionais e culturais, é preciso dar especial atenção à sua população de base (crianças e adolescentes), incluindo-se esclarecimentos nos mais amplos aspectos (DST, AIDS, métodos anticoncepcionais, etc.) para o exercício da sexualidade de forma saudável e sem riscos, entre eles o da gestação precoce.

---

<sup>9</sup> Da Fundação SEADE-SP.

---

## Níveis e Padrões de Mortalidade Materna para o Brasil para o Período 1975-1990

*Laura L. Rodrigues Wong*<sup>10</sup>

**E**ste artigo apresenta os resultados da aplicação, a dados brasileiros, de um modelo que explora as relações da mortalidade materna com a mortalidade feminina em geral, para o período 1975-1990.

Apresentam-se estimativas de mortalidade materna para o Brasil, a partir de valores da esperança de vida feminina ao nascer, que é o parâmetro que permite estimar mais adequadamente os níveis e padrões por idade da razão de mortalidade materna (RMM).

O país teria apresentado no início do período uma RMM em torno de 269 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, correspondendo os valores extremos à região Nordeste (com uma razão superior a 600) e a região Sul (valores ligeiramente inferiores a 100). Já nos anos 90, a RMM para o Brasil como um todo seria de aproximadamente 93. A única região com valores acima de 100 seria a Nordeste.

A definição dos níveis e do padrão por idade da mortalidade materna no país permite, adicionalmente, avaliar as estatísticas vitais que estariam mostrando, ainda, significativos níveis de sub-registro. De qualquer forma, os dados permitem a descrição do perfil epidemiológico das mortes maternas.

Os resultados obtidos mostram uma tendência geral de diminuição dos níveis da mortalidade materna e uma melhoria na cobertura das estatísticas oficiais em relação a esses fatos. De qualquer maneira, a presença de óbitos por causas evitáveis e ligados ao processo gravídico ainda constituem uma impressionante maioria.

---

<sup>10</sup> Professora-visitante do CEDEPLAR-MG.

---

### **Mudanças no Perfil da Mortalidade por Causas: uma visão regional**

*Antônio Benedito Marangone Camargo<sup>11</sup>*

**A**s taxas de mortalidade têm diminuído acentuadamente no Brasil nos últimos 50 anos. A esperança de vida ao nascer, que até a década de 30 não ultrapassava 35 anos, atualmente aproxima-se de 67 anos. Essa evolução foi acompanhada de alterações significativas na distribuição das causas de morte.

Se nos anos 30 e 40 as doenças infecciosas e parasitárias eram responsáveis por mais de 40% dos óbitos ocorridos nas capitais brasileiras, nos anos seguintes esse percentual vai diminuindo e, durante a década de 60, essas doenças deixam de ser a principal causa de morte. As doenças do aparelho circulatório, que, anteriormente, representavam pouco mais de 10% dos óbitos, passam a representar cerca de 25% em 1970.

Em períodos mais recentes, constata-se que as doenças do aparelho circulatório permanecem como principal causa de morte nas capitais brasileiras. As causas externas passam a constituir a segunda principal, com cerca de 13% ao final dos anos 80.

Seguem-se os neoplasmas e as doenças do aparelho respiratório, enquanto as infecciosas e parasitárias reduzem-se a pouco mais de 5% dos óbitos.

Em termos regionais, porém, os diferenciais permanecem importantes. As doenças do aparelho circulatório aparecem como as principais causas de morte em todas as grandes regiões do Brasil, alcançando cerca de 36% no Sul e no Sudeste, enquanto no Norte aproximam-se de 22%. Já as doenças infecciosas e parasitárias representavam, no final dos anos 80, 11% na região Centro-Oeste e cerca de 3% no Sul. Na região Centro-Oeste constituíam-se na terceira principal causa de morte.

As causas violentas aparecem como segunda causa de morte mais importante das regiões brasileiras, com exceção da região Sul, na qual os neoplasmas ocupam essa posição.

É provável que o surgimento de novas doenças como a AIDS, por exemplo, ou o ressurgimento de outras alterem de forma importante a distribuição das causas de morte até então observada em todas as regiões brasileiras.

---

<sup>11</sup> Analista de dados sênior da Fundação SEADE - SP.

---

## Mortalidade Infantil segundo Causas Evitáveis

Luis Patrício Ortiz<sup>12</sup>

A Fundação SEADE vem aperfeiçoando o Sistema de Produção de Indicadores Demográficos, produzindo estatísticas cada vez mais atualizadas, e discutindo formas de classificação das causas de morte, de forma a possibilitar maior compreensão das condições de saúde da população. Nesse sentido, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborou-se uma nova classificação de mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal por grupos de causas de morte, visando delinear um perfil da mortalidade infantil que retrate o grau de desenvolvimento sócio-econômico e o resultado das ações de saúde desenvolvidas, possibilitando avaliar as intervenções que vêm sendo realizadas e apontar aquelas que devem ser feitas no sentido de reduzir esses índices, tanto pelo setor de saúde como por outros setores da esfera de governo.

Uma primeira distinção é feita mediante a classificação dos óbitos segundo a idade: neonatal (até 27 dias) e pós-neonatal (acima de 27 dias). Posteriormente, em cada grupo de idade, as doenças foram classificadas segundo as possibilidades de intervenção, determinadas pela existência de tecnologia apropriada para evitar seu aparecimento, progressão e óbito, independentemente do fato de os procedimentos não estarem disponíveis para a maioria da população neste momento.

### *Aplicação aos Dados de São Paulo*

Em 1994, de cada 1 000 crianças nascidas vivas no estado de São Paulo, 25 não chegaram a completar um ano de vida, sendo que cerca de 16 morreram no período neonatal e 9, no período pós-neonatal. A classificação das causas de morte segundo a metodologia proposta mostra que as mortes redutíveis por *diagnóstico e tratamento médico precoce* constituem-se atualmente no grupo de maior importância relativa, tanto no período neonatal — 45% dos óbitos ocorridos nessas idades — como no pós-neonatal, no qual representam mais de 62% das mortes nesse período. Entre as mortes neonatais ocorridas por estas causas, as *afeções perinatais* constituem-se atualmente o grupo de maior importância relativa, tanto no período neonatal — 45% dos óbitos — como no pós-neonatal; neste representam mais de 62% das mortes no período. Entre as mortes neonatais ocorridas por estas causas, as *afeções perinatais* constituem o subgrupo de maior risco, mais de 70%, seguido das *anomalias congênitas* (15%) e das doenças do *aparelho respiratório* (9%). Já no período pós-neonatal são as doenças congênitas do *aparelho respiratório* que representam o subgrupo de maior peso (50%), seguidas das mortes ocorridas por doenças *infecciosas e parasitárias* (14%).

O grupo de causas de morte redutíveis por *adequado controle na gravidez* representa 28% dos óbitos neonatais e menos de 1% dos óbitos ocorridos no período pós-neonatal. Neste grupo, a maior incidência deve-se a mortes ocorridas por *síndrome da angústia respiratória, duração curta da gestação e baixo peso ao nascer*.

---

<sup>12</sup> Chefe da Divisão de Produção de Indicadores Demográficos da Fundação SEADE - SP.

## 12 COMO VAI?

---

As causas de morte *parcialmente redutíveis por diagnóstico e tratamento médico precoce* representam 25% dos óbitos infantis pós-neonatais e somente 1,5% dos ocorridos no período neonatal. No grupo de 28 dias e mais, a maior incidência deve-se às mortes ocorridas por *doenças infecciosas e parasitárias e deficiências nutricionais*.

A classificação proposta para agrupar as causas de morte segundo a idade é um instrumento adequado na diferenciação de ações e medidas a serem implementadas para reduzir a mortalidade infantil em São Paulo, mostrando ser possível reduzir significativamente os níveis de mortalidade neonatal e pós-neonatal. Por exemplo, se eliminadas as mortes *redutíveis por diagnóstico e tratamento médico precoce*, a mortalidade neonatal diminui para 9 por 1 000 e a pós-neonatal para menos de 4 por 1 000.

---

## A Mortalidade por Violências e Acidentes no Brasil

*Heloísa Pagliaro<sup>13</sup>*

As principais preocupações no campo da saúde pública, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, estiveram, durante muito tempo, voltadas para o controle das doenças transmissíveis, em um contexto em que suas populações estavam ainda relativamente resguardadas das doenças crônico-degenerativas e das chamadas *doenças sociais*, que afetavam os países desenvolvidos.

As mudanças paulatinas ocorridas no padrão demográfico brasileiro nas últimas décadas, associadas ao progresso sanitário, acarretaram modificações nos níveis e padrões da mortalidade por aquelas causas. Assim, as preocupações com a saúde voltaram-se para a morbimortalidade das doenças crônico-degenerativas, embora sem abandonar as atenções para com as doenças transmissíveis ainda renitentes e com a reincidência daquelas já relativamente eradicadas.

Nesse contexto, o aumento crescente da importância relativa das *doenças sociais* — alcoolismo, tabagismo, violências e acidentes —, principalmente dessas últimas, vem sendo negligenciado, carecendo de redefinições do papel da saúde pública no domínio de sua prevenção, a fim de que deixem de ser consideradas fruto do acaso e da fatalidade.

O aumento da importância da morbi-mortalidade por violências e acidentes (acidentes de veículos a motor, demais acidentes, suicídios e homicídios) não é fenômeno particular da sociedade brasileira, mas de inúmeros países desenvolvidos e em desenvolvimento, variando apenas na intensidade e no padrão por tipos de causas.

Nos países desenvolvidos, há 50 anos, 2% a 3% das mortes gerais eram de natureza violenta; atualmente nesses países, em média até 10% das mortes são causadas por violência. No Brasil, segundo as estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde, a proporção de óbitos por violências cresceu, entre 1979 e 1989, de 9,2% para 12,5%.

Essa progressão, que resulta em parte da queda da importância de outras causas de morte, principalmente das mortes atribuídas às doenças infecciosas e parasitárias, se deve também ao aumento real da mortalidade específica por violências, sobretudo aquelas relacionadas aos acidentes de veículo a motor, homicídios, quedas acidentais e acidentes provocados por exposição a riscos no ambiente de trabalho.

A sobremortalidade masculina por essas causas, principalmente entre as idades de 15 a 30 anos, quando as mortes violentas representam valores superiores a 50% dos óbitos gerais registrados, é fenômeno bastante conhecido e discutido na literatura especializada.

Os 17% dos óbitos masculinos de todas as idades causados por violências em 1989 posicionam esse grupo de causas em segundo lugar entre os principais grupos de causa de morte da população masculina, posição compartilhada com as causas mal-definidas (17,6%). Esta posição é superada apenas pelas doenças do aparelho circulatório (25,3%) e representa aproximadamente o dobro da proporção de mortes por neoplasmas (9,1%) e doenças do aparelho respi-

---

<sup>13</sup> Professora da Faculdade Paulista de Medicina.

ratório (8,1%). Para o sexo feminino, as mortes violentas são o quinto principal grupo de causas de morte (5,3%), posto que dividem com as doenças infecciosas e parasitárias (5,5%), superadas pelas doenças do aparelho circulatório (32%), pelas causas mal-definidas (19,5%), pelos neoplasmas (11%) e pelas doenças do aparelho respiratório (8,3%).

As causas de morte violenta mais freqüentes entre os homens são: os homicídios (31%), os acidentes de veículos a motor (27%) e os demais acidentes (24%); e, para o sexo feminino: os acidentes de veículos a motor (37%), os demais acidentes (33%) e os homicídios (13%).

As proporções de mortes violentas registradas para o sexo masculino foram: Centro-Oeste (24,6%), Norte (20,6%), Sudeste (18,6%), Sul (16,6%) e Nordeste (13,8%). Quanto aos tipos de causas violentas mais freqüentes entre os homens, distinguem-se três padrões. O primeiro, caracterizado por maior freqüência, por ordem decrescente, de mortes relacionadas aos acidentes de veículos a motor, aos homicídios e aos demais acidentes, como ocorre na região Centro-Oeste. O segundo, caracterizado por maior freqüência de homicídios, acidentes de veículo a motor e demais acidentes, registrado nas regiões Norte, Sudeste e Nordeste; e, por fim, um terceiro padrão, característico da região Sul, que corresponde à maior freqüência de acidentes de veículos a motor, dos demais acidentes e dos homicídios.

Para o sexo feminino, as proporções de mortes violentas registradas nas grandes regiões são, por ordem decrescente: Centro-Oeste (9,2%), Norte (6,1%), Sul (5,5%), Sudeste (5,4%) e Nordeste (3,9%). Quanto à importância por tipos de violências, o padrão mais freqüente é o de maior proporção de acidentes de veículos a motor, os demais acidentes e os suicídios.

É importante destacar que o registro das informações sobre as mortes violentas conta com inúmeras imprecisões, além de problemas de cobertura, a qual estima-se que seja de 75% do total dos óbitos ocorridos no Brasil. Em nível regional esta foi estimada em 70% nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e aproximadamente 100% no Sul e Sudeste. Além disso, as proporções de violências indeterminadas em 1989 foram próximas de 15% para o Brasil, de 6% a 10% no Centro-Oeste, Norte, Nordeste e Sul e de 18% no Sudeste.

Esses últimos dados, principalmente, sugerem que se promovam reflexões críticas sobre a confiabilidade dos dados e das fontes disponíveis sobre as mortes violentas. Dar maior atenção à melhoria da informação é fundamental para que se criem argumentos válidos para se conscientizar e sensibilizar setores políticos e sociais, capazes de refletir sobre os rumos do desenvolvimento e de suas conseqüências perversas, e de promover ações e programas de prevenção às violências e acidentes.

---

## COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação da  
Diretoria de Política Social do IPEA e da  
Diretoria de Pesquisa do IBGE

Editora  
Ana Amélia Camarano

Edição Técnica  
Serviço Editorial do IPEA (BRASÍLIA)

Colaboram neste número: Ana Amélia Camarano, Antônio Benedito Marangone Camargo, Aparecida Vieira de Melo, Fernando Fernandes, Heloisa Pagliaro, José Alberto Magno de Carvalho, Laura L. Rodrigues Wong, Luís Antônio Pinto de Oliveira, Luis Patrício Ortiz, Maria Graciela G. de Morell, Paulo Campanário.

Tiragem: 500 exemplares

---