

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Mortalidade de adolescentes e jovens adultos na Região  
Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006.**

**Aparecido Batista de Almeida**

**Dissertação apresentado à Faculdade  
de Saúde Pública da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Epidemiologia.**  
**Linha de pesquisa: Estatística de Saúde**  
**Orientador: Prof.º Dr. Julio César  
Rodrigues Pereira**

**São Paulo**

**2009**

**É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. A reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.**

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiro à Deus por ter me concedido a perseverança para chegar até aqui. Ao Professor Doutor Júlio César Rodrigues Pereira por me ter acolhido e me dar à chance de conviver e aprender diante de tanto saber, meu sincero obrigado.

À minha Família, a minha Mãe Dona Helena, aos meus irmãos Eliana, Cristina, Nora, José e Henrique, aos meus sobrinhos Aline, Fabio, Jenifer, Lucas e Ingrid ao meu Cunhado João Paulo, as minhas Cunhadas Alessandra e Lucia e a minha querida e amada filha Yaslainy pelo incentivo.

Sei que sempre estará comigo e agradeço por me ensinar a ser homem, apesar das saudades, sei que se orgulha de mim e que na vontade de Deus os nossos corações se unirão querido Pai José Batista de Almeida (em memória) obrigado!

Aos Meus Padrinhos e familiares, Senhor Egas Uchoa (em memória) e Senhora Vitorinha Uchoa por terem me direcionado na busca do saber e me acolhido como há um filho meus sinceros obrigados.

Aos meus amigos da Biblioteca da FSP, Ana Lucia, Márcia, José, Gabriela, Gisele, Raimundo e José Francisco muito obrigado.

A todos os amigos da Coordenadoria de Controle de Doenças que me apoiaram direta ou indiretamente, ao Núcleo de Informação e em especial ao Núcleo de Comunicação (Cissa, Sylia, Claudia e Letícia) ao Núcleo de Contratos (Adilson) e a enfermeira Isabel Campos e ao funcionário da Unirepro Michel por acreditarem em mim.

A todos os amigos do CVE em especial ao NIVE na pessoa da Dra. Paula Opromolla por torcer e me incentivar sempre.

Aos amigos do Curso de Mestrado Profissional, Claudia, Daniel, Alessandra, Thais, Tatiana, Renata, Selma e em especial a minha companheira de quitinete Ana Claudia pelo apoio e preocupação. A Márcia, Nana e Magna por serem minhas platéias nos ensaios para as aulas de apresentações, muito obrigado.

E a todos os Professores do Departamento de Epidemiologia da FSP pelas horas de saber que dispuseram a enriquecer o meu saber um eterno obrigado.

Perseverança, senso de justiça e fé em Deus sempre!

## Geraldo Vandré - Pra Não Dizer Que Não Falei Das Flores

Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Somos todos iguais  
Braços dados ou não  
Nas escolas, nas ruas  
Campos, construções  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção...

Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer...

Pelos campos há fome  
Em grandes plantações  
Pelas ruas marchando  
Indecisos cordões  
Ainda fazem da flor  
Seu mais forte refrão  
E acreditam nas flores  
Vencendo o canhão...

Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer...

Há soldados armados  
Amados ou não  
Quase todos perdidos  
De armas na mão

Nos quartéis lhes ensinam  
Uma antiga lição:  
De morrer pela pátria  
E viver sem razão...

Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer...

Nas escolas, nas ruas  
Campos, construções  
Somos todos soldados  
Armados ou não  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Somos todos iguais  
Braços dados ou não...

Os amores na mente  
As flores no chão  
A certeza na frente  
A história na mão  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Aprendendo e ensinando  
Uma nova lição...

Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer...

**Almeida AB.** Mortalidade de adolescentes e jovens adultos na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

## **RESUMO**

**Introdução:** Embora o IBGE mostre que a esperança de vida tenha crescido 32,4% entre 1960 a 2006, a violência aumentou muito a sobremortalidade masculina no Estado de São Paulo. No município de São Paulo, no período de 1960 a 1995, o coeficiente de homicídios para adolescentes, do sexo masculino, na faixa de 15-19 anos, passou de 9,6 para 186,7 por 100 mil habitantes. Avaliação mais recente, cobrindo o período de 1960 a 1999, mostra que cerca de 50% das mortes causadas por homicídios estavam concentradas nas faixas etárias abaixo de 30 anos, predominantemente em pessoas do sexo masculino, de baixa escolaridade e negros. Os negros estão sobre-representados nas camadas pobres, de baixa escolaridade, no trabalho infantil, no trabalho informal, nos empregos domésticos. **O objetivo:** desse estudo é verificar se há associação entre causa básica de óbito e raça/cor entre adolescentes e jovens adultos, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006. **Metodologia:** Os dados são coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e o período de estudo compreenderá os anos de 2000 a 2006. A análise foi conduzida por análise de resíduos em tabela de contingências e análise de correspondência para as categorias de raça/cor branca, preta, parda e outras. **Resultados:** Foram analisados 68.242 óbitos distribuídos pelas causas

básicas e raça/cor, sendo a categoria branca com 57,49% (39.231 casos), categoria preta com 8,43% (5.754 casos), categoria parda com 33,47% (22.841 casos) e a categoria outras com 0,61% (416 casos). Na categoria raça/cor outras estão incluso a raça/cor amarelo e a raça/cor indígena. A análise de correspondência das variações causa de óbito por raça/cor reúne informações importantes e relevantes, não aparente na análise de resíduos que examina relações par a par. Pretos e pardos são distintos, e devem permanecer separados mesmo que dividam um perfil semelhante de óbito, as causas externas que tem discrepância na intensidade com que os afeta . Já brancos e outros poderiam ser agrupados. **Conclusões:** As políticas públicas nessa área precisam ser articuladas entre intersecretarias (Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Emprego e Relações do Trabalho, Secretaria de Estado da Cultura, Secretaria de Esporte, Lazer e Turismo e Secretaria de Segurança Pública) e com a participação dos diversos segmentos da população. Buscando não só as ações afirmativas, mas buscando uma solução dos homicídios nessa faixa etária. Voltadas principalmente para atenção aos adolescentes e jovens adultos em situação de vulnerabilidade, onde nesse caso encontram-se os adolescentes e jovens adultos pardos e adolescentes e jovens adultos pretos, pois a morte violenta é coisa dos negros.

**Descritores:** Desigualdade social; A espera de política públicas; Raça/cor; vulnerabilidade

**Almeida AB.** Mortalidade de adolescentes e jovens adultos na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Even though IBGE (Brazilian Institute for Geography and Statistics) demonstrates that life expectancy has increased by 32,4% during the period comprised between 1960 to 2006, violence has increased male over mortality in the State of São Paulo. In the city of São Paulo, during the period comprised between 1960 to 1995, the coefficient of homicides for male adolescents, in the age bracket comprised between 15 to 19 years of age, has risen from 9,6 to 186,7 per 100 thousand inhabitants. A recent evaluation, comprising the period between 1960 to 1999, shows that circa 50% of the deaths caused by homicides were concentrated in the age brackets under 30 years of age, predominating in males of low schooling and negroes. Negroes are over represented in the poorer strata, of low schooling, in children's work, in informal jobs and in domestic jobs. **The objective** of this paper is to verify if there is an association between basic death causes and race/color among adolescents and young adults in the Metropolitan Region of São Paulo, during the period comprised between 2000 and 2006. **Methodology:** Data were collected from the Information Mortality System (SIM) from the Ministry of Health of Brazil and the period under study comprises the years 2000 to 2006. Analysis was performed by residual analysis in a contingency table and correspondence analysis for the categories race/color white, negro, brown and others.



**Results:** Analysis comprised 68.242 deaths distributed by basic death causes and race/color, being whites 57,49% of the total (39.231 cases), negroes representing 8,43% of the total (5.754 cases), browns amounting to 33,47% of the total (22.841 cases) and the category “others” being 0,61% (416 cases). In the category race/color “others” are included Orientals and Indians. Correspondence analysis of the variations of death causes per race/color includes important and relevant information, that is not apparent in the analysis of the residues that examines relationships by pairs. Negroes and browns are distinct and must remain separated even though they share a similar death profile, external death causes have a discrepancy in the intensity in which they are affected. Whites and others can be grouped. **Conclusions:** Public policies in this area must be articulated between different State secretaries (Education; Health; Employment and Job Relationships; Culture, Sports, Leisure and Tourism and Public Safety) and also must include the participation of diverse population segments. Policies must also try to achieve not only affirmative actions, but also a solution for homicides in these age brackets, and must be directed, especially, to the attention regarding adolescents and young adults, in vulnerable situation, a condition in which negroes and brown adolescents and young adults are inserted, since violent death is “their thing”.

**Key Words:** Social inequality; expectancy of public policies; race/color; vulnerability .

## SUMÁRIO

RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	11
OBJETIVO .....	19
MATERIAL E MÉTODO.....	20
RESULTADOS: .....	22
PERFIL DAS RAÇAS/COR SEGUNDO CAUSA DE ÓBITO .....	26
DISCUSSÃO .....	30
O FUTURO AINDA COMPROMETIDO .....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	35
ANEXOS.....	40
CURRÍCULO LATTES – Autor .....	47
CURRÍCULO LATTES - Orientador .....	48

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A recente tradição e também considerada uma das mais importantes dentre as informações para o setor saúde refere-se às estatísticas de causa de morte. Segundo numerosos estudiosos do assunto (Laurenti,1991, Last, 1984 e Greenwood, 1948 ), há unanimidade quanto a atribuir ao inglês John Graunt o primeiro estudo sobre ocorrência de causa da mortalidade. Esse estudo foi publicado em 1662, intitulado "Natural and Political Observation Made Upon the Bills of Mortality", em que foi analisada a mortalidade de Londres, a partir dos dados registrados nas paróquias, segundo algumas variáveis, como sexo, idade, procedência e causa (Laurenti, 1991).

No Brasil, o primeiro ato governamental sobre o registro de óbitos é de 1814.

Em São Paulo, em 1893, é instituído o Serviço Geral de Desinfecção e a Secção de Estatística Demógrafo-Sanitária a quem cabia a organização de dados de mortalidade e demográficos com a finalidade de determinar o grau de sanidade da população do estado (Mascarenhas, 1949).

Em 1975, o Ministério da Saúde começa a implantar o Sistema de Informações em Saúde (SIS), do qual o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) faz parte. O SIM foi concebido para tentar suprir as falhas do Sistema de Registro Civil, entretanto, era esperado que, inicialmente, tanto sua abrangência, quanto a qualidade das informações poderiam ser incompletas (Laurenti et al, 2006). Esse sistema apresentava limitações importantes, no que se refere aos diferenciais de subnotificação ao longo do

país quanto aos dados coletados pelo Registro Civil, que chegavam em 1995 a 48% na região Norte, acompanhados por percentual excessivamente alto de óbitos por causas mal definidas (Szwarcwald *et al.*, 1997; Mota e Carvalho, 1999). A partir de 2000 o SIM começa a apresentar, sistematicamente, número maior de óbitos do que o coletado pelos cartórios e enviados ao IBGE, possivelmente explicado, segundo Laurenti *et al* (2006), pela mudança na metodologia da coleta de dados.

Vários estudos e pesquisas têm sido feitos para se conhecer as doenças e causas de morte com intuito de combatê-las e preveni-las, privilegiando as causas ditas naturais (Mello Jorge & Laurenti, 1997). Entretanto, as causas violentas, que sempre chamaram a atenção por serem eventos súbitos e inesperados, bem como pelo fato de incidirem particularmente em jovens, só recentemente têm chamado a atenção dos estudiosos (Mello Jorge & Laurenti, 1997).

Destaca-se dentre as causas múltiplas registradas, a causa que é tabulada para as estatísticas de mortalidade a partir dos atestados de óbitos a causa básica que é definida como “*a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal*” (WHO, 1948; OMS, 1995).

O perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes como os ambientais, socioculturais, históricos, socioeconômicos e demográficos (Prata, 1992).

No Brasil, na última metade do século passado, observou-se declínio do coeficiente de mortalidade geral, bem como redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida da população e mudança progressiva do perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro no qual predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas. Este processo é chamado de transição epidemiológica (Schramm et al, 2004).

Como exemplo, em 1930 no Brasil, as doenças infecciosas eram a primeira causa de morte em todas as regiões, correspondendo a 60% das causas na região Norte, a 49% no Nordeste, a 43% no Sudeste, a 40% no Centro-Oeste, e a 39% na região Sul. Naquela época, as doenças do aparelho circulatório eram responsáveis por apenas 13% dos óbitos no Sul, 12% no Sudeste e Nordeste, e 9% na região Norte. Já as causas externas, ao contrário do que hoje se observa, tinham pouca relevância: correspondiam a 3% das mortes no Sudeste, a 2% no Norte, Nordeste e Sul, e a apenas 1% na região Centro-Oeste (Prata, 1992).

No Brasil como um todo, o índice de homicídios é de 26 por 100 mil habitantes.

Nas capitais, é de 40 por 100 mil (Bacoccina, 2004).

Relatório mundial sobre violência e saúde, publicado em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, estima em 1,6 milhão o número de mortes violentas no mundo em 2000, uma proporção de 28,8 por grupo de 100 mil.

- Os homicídios representam um terço desse total – 8,8 por 100 mil. No capítulo destinado à violência juvenil os países latino-americanos que

passaram ou passam por transições políticas e ou saem de guerras civis, países africanos e do antigo Leste europeu são os que apresentam os coeficientes de homicídio mais elevados.

- A associação entre a piora nas condições de vida e o aumento dos homicídios tem sido observada mesmo nos países com os mais altos índices de desenvolvimento humano e econômico, onde os coeficientes de mortalidade costumam ser bem reduzidos, como o Japão e o da Grã-Bretanha.
- Os homicídios que foram analisados na Grã-Bretanha surpreenderam pelo forte crescimento entre os homens jovens (20 a 24 anos) que eram moradores das regiões e dos bairros mais pobres do país. Este crescimento é atribuído á piora das condições sociais e ao aumento da desigualdade socioeconômica.
- A concentração de homicídios de jovens entre grupos social e economicamente mais vulneráveis em uma sociedade parece ser um fenômeno universal.
- Os homicídios de jovens nos Estados Unidos foram identificados como problema de saúde pública a partir dos anos 1980, onde houve um crescimento bem acentuado a ponto de ser identificado como **epidemia de homicídios** no país. Essa epidemia alvejava em particular os jovens de minorias raciais, moradores de áreas deterioradas de grandes centros urbanos. Pesquisas realizadas no período de 1980 a 2000 por Harms e

Snyder identificaram que 1 em cada 10 homicídios era de crianças ou jovens de 0 e 18 anos.

- O ápice dos homicídios de crianças e jovens de 0 e 18 anos nos Estados Unidos ocorreu em 1993 quando o coeficiente atingiu 4,3 homicídios por 100 mil habitantes. Este coeficiente vem declinando e atingiu 2,3 por 100 mil habitantes em 2000. Apesar de haver diferenças consideráveis nos homicídios, foi observado maior crescimento no jovem negro do sexo masculino entre 12 e 17 anos. Nas crianças negras menores de 2 anos de idade o coeficiente é 4 (quatro) vezes o das crianças brancas. (Harms e Snyder, 2004).

Os atuais coeficientes de homicídio do Brasil destacam-se internacionalmente e os da Região Metropolitana de São Paulo sobressaem entre os coeficientes de homicídio das regiões metropolitanas do país. Estudos apontam que as vítimas fatais da violência em São Paulo são predominantemente pessoas do sexo masculino, de baixa escolaridade, jovens e negros (Kilsztajn et al, 2006).

No município de São Paulo, no período de 1960 a 1995 (35 anos), o coeficiente de homicídios para adolescentes, do sexo masculino, na faixa de 15-19 anos, elevou de 9,6 para 186,7 por 100 mil habitantes. (Peres et al, 2006) Estudo mais recente, cobrindo o período de 1960 a 1999, confirmou essa tendência, identificando maior aumento percentual na faixa etária de 10 a 14 anos. (Gawryszewski e Mello Jorge, 2000). No

período final desse estudo, cerca de 50% das mortes ocorridas estavam nas faixas etárias abaixo de 30 anos (Gawryszewski e Mello Jorge, 2000). Outros estudiosos, acompanhando a evolução dos homicídios com vítimas na faixa etária de 10 a 19 anos, no período de 1979 a 1994, constataram que as taxas triplicaram no final do período (Mello Jorge, 1998; Barata et al., 1999).

A questão negra não se resume à questão social. Os negros estão sobre-representados nas camadas pobres, de baixa escolaridade, no trabalho infantil, no trabalho informal, nos empregos domésticos (de lavadeira/passador, lixeiro, varredor etc.); por outro lado, estão excluídos ou subrepresentados entre advogados, juízes, médicos, dentistas, engenheiros, professores universitários. Mais ainda, o valor do rendimento pessoal do trabalho de negros é sempre inferior ao das demais categorias de raça/cor, mesmo quando se controla o nível de escolaridade (Kilsztajn et al, 2006).

Estudos que vêm sendo realizados no Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo procuram estabelecer relações entre a distribuição espacial da violência e a distribuição espacial das condições de vida e de infra-estrutura urbana (figura1).

Estes estudos revelam que uma série de indicadores de má distribuição de recursos e de equipamentos urbanos encontra-se concentrada fora da chamada zona expandida do centro – uma área onde as condições e infra-estrutura urbana são mais favoráveis.

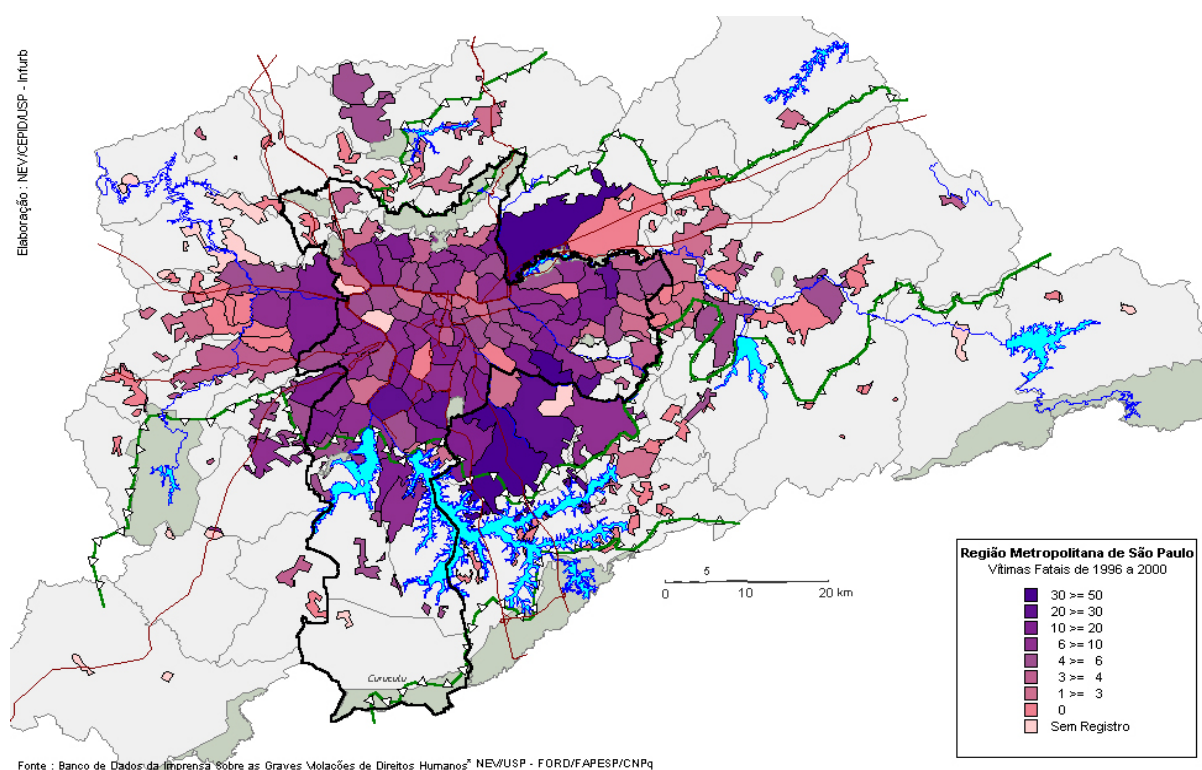
É, por conseguinte, nos chamados bairros que compõem a periferia do Município de São Paulo, que ambas as formas de distribuição espacial – maior



concentração da violência e maior concentração da desigualdade – são visíveis. Nesta área, é maior a concentração populacional, o crescimento demográfico, a proporção de crianças e adolescentes, o congestionamento domiciliar (isto é, a proporção de pessoas vivendo por cômodo da habitação).

Também é a região de menor oferta de empregos, de menor oferta de leitos hospitalares e de menor oferta de espaços e agências de promoção de lazer. É também nelas que se concentram as taxas mais elevadas de homicídio (Adorno, 2002).

**Figura 1: Vítimas Fatais por distritos e municípios da Região Metropolitana de São Paulo**



**Fonte:** Banco de Dados da Imprensa Sobre as Graves Violações de Direitos Humanos - NEV/CEPID/USP - Ford/FAPESP/CNPq.

Segundo dados do IBGE (2007), embora a esperança de vida tenha crescido 32,4% em um período de 46 anos, indo dos 54,6 anos , em 1960, para 72,3 anos, em 2006, a violência aumentou muito a sobremortalidade masculina no Estado de São Paulo. Quanto à introdução do quesito raça/cor na presente pesquisa justifica-se pela importância da inclusão dessa categoria em instrumentos de informação e sua utilização em estudos de saúde pública, seja como variável epidemiológica, seja nos estudos de linhagem<sup>1</sup>. Esta inclusão tem sido uma forma de desvelar o mito da democracia racial que passa pelo ocultamento da informação sobre raça/cor dos indivíduos, o que poderia impedir o monitoramento da discriminação racial (Adorno et al, 2004).

No caso da população negra o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade<sup>2</sup>.(Lopes, 2005)

---

<sup>1</sup> Estudos de condição social.

<sup>2</sup> O termo vulnerabilidade é empregado de diferentes formas, podendo expressar a idéia de maior exposição e suscetibilidade de um indivíduo ou de um grupo social, frente aos problemas enfrentados em condições específicas (Rocha e César 2008).

## **OBJETIVO**

O objetivo desse estudo é verificar se há associação entre causa básica de óbito e raça/cor no perfil de mortalidade entre adolescentes e jovens adultos na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2000 a 2006.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi analisada a mortalidade por estudo de associação, para verificar a mortalidade proporcional na faixa etária de 10 a 29 anos da Região Metropolitana de São Paulo, segundo quesito raça/cor.

A análise de mortalidade proporcional foi escolhida em relação à análise de coeficientes de mortalidade para se limitar o universo de discurso aos registros de óbitos sem empregar denominadores de outras fontes para o cálculo de coeficientes, e com foco principal nas relações entre as categorias de raça/cor e causa de óbito, uma visão mais qualitativa do que quantitativa.

Por meio do teste do qui-quadrado, examinou-se a associação entre as variáveis causa básica e raça/cor e, para verificar a associação entre pares de categorias destas variáveis utilizou-se a análise de resíduos da tabela de contingência (Pereira, 2004).

Considerou-se o nível de significância de 5%, tanto para a análise de associação (qui-quadrado) quanto para a análise de resíduos.

A análise de resíduos é um complemento da análise do qui-quadrado onde se verifica as diferenças entre o que é observado e o que é esperado. Os resíduos padronizado representam valores de relação biunívoca com probabilidades de ocorrência e podem assim instruir pontos de corte para um nível de significância de excesso ou falta de ocorrências.

A análise de correspondência analisa proximidade geométrica em medidas de distâncias qui-quadrado e deriva plano de projeção por meio de análise de componentes principais, permitindo uma análise das variáveis e das categorias das variáveis.

As análises foram feitas pelo pacote estatístico SPSS.

Foram desprezados registros cuja informação sobre raça/cor estava ausente ou nula, nesse caso, dois capítulos de causa básica de óbito da CID 10 se encontravam o capítulo XIX – Lesões e envenenamento e o capítulo XXI – Contatos com o Serviços de Saúde.

Para efeito deste trabalho será compreendida a faixa etária entre 10 a 29 anos para inclusão de adolescentes e jovens adultos.

Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e o período de estudo compreendeu os anos de 2000 a 2006.

A região de estudo foi limitada a Região Metropolitana de São Paulo.

**RESULTADOS:**

Foi realizado o levantamento dos dados de óbitos através do CD do DATASUS / SIM – Sistema de Informação de Mortalidade de 2000 a 2005 e dados obtidos através da Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças para o ano 2006 de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2000 a 2006 da Região Metropolitana de São Paulo que reúne 39 municípios incluindo a capital.

Conforme tabela 1 abaixo foram encontrados nesse período 68.242 óbitos distribuídos pelas causas básicas e raça/cor, sendo a categoria branca com 57,49% (39.231 casos), categoria preta com 8,43% (5.754 casos), categoria parda com 33,47% (22.841 casos) e a categoria outras com 0,61% (416 casos). Na categoria raça/cor outras estão incluídas as raças/cor amarelo e indígena.

Examinando a tabela:

Tabela 1 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2000 a 2006 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa de óbito	Raça/ Cor				Total
	Branca	Preta	Parda	Outras	
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1511	246	780	18	2555
II Neoplasias	2427	209	728	41	3405
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	211	17	80	3	311
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	304	43	106	4	457
V Transtornos mentais e comportamentais	122	20	49	1	192
VI Doenças do sistema nervoso	1032	69	302	10	1413
VII Doenças do olho e anexos	1	0	0	0	1
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	5	0	8	1	14
IX Doenças do aparelho circulatório	1515	260	735	29	2539
X Doenças do aparelho respiratório	1415	152	574	14	2155
XI Doenças do aparelho digestivo	678	104	342	7	1131
XII Doenças da pele do tecido subcutâneo	43	5	14	0	62
XIII Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	175	28	65	1	269
XIV Doenças do aparelho geniturinário	224	23	103	1	351
XV Gravidez parto e puerpério	206	37	108	0	351
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	3	0	1	0	4
XVII Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	245	16	40	4	305
XVIII Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	671	94	359	3	1127
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	28443	4431	18447	279	51600
Total	39231	5754	22841	416	68242

Fonte: DATASUS/SIM

Verificando a tabela 1 nota-se que as causas de externas de morbidade e mortalidade se encontram em primeiro lugar, seguido por neoplasias, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doença do sistema nervoso e digestivo como as principais causas de óbito para o período.

Realizando o teste do qui-quadrado, encontrou-se 25% das células da tabela tinham valores esperados menores do que 5 (cinco) e por isso, utilizou-se o teste exato de Fisher, cujo resultado apontou associação com um nível descritivo nulo até a 3ª.casa decimal ( $p=0.000$ ).

Com este resultado, sabe-se que há associação entre cor e causa, mas não sabe quais categorias de causa se associam as quais categorias de cor. A análise de resíduo desta tabela de contingência esclarece isto através dos resíduos padronizados.

Estes resíduos padronizados têm uma distribuição normal, de forma que qualquer valor superior a 1,96, expressa excesso de ocorrências para um nível de significância de 5%.

Os resíduos são os seguintes:

Tabela 2 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2000 a 2006 da Região Metropolitana de São Paulo, na análise de resíduos da tabela de contingência.

		Raça/ Cor			
		Branca	Preta	Parda	Outras
Causa de óbito	I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,7	2,2	-3,2	,6



	Raça/ Cor			
	Branca	Preta	Parda	Outras
II Neoplasias	16,7	-4,9	-15,3	4,6
III Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	3,7	-1,9	-2,9	,8
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,9	,8	-4,7	,7
V Transtornos mentais e comportamentais	1,7	1,0	-2,3	-,2
VI Doenças do sistema nervoso	11,9	-4,9	-9,7	,5
VII Doenças do olho e anexos	,9	-,3	-,7	-,1
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-1,6	-1,1	1,9	3,1
IX Doenças do aparelho circulatório	2,3	3,3	-4,9	3,5
X Doenças do aparelho respiratório	7,8	-2,3	-6,8	,2
XI Doenças do aparelho digestivo	1,7	,9	-2,3	,0
XII Doenças da pele do tecido subcutâneo	1,9	-,1	-1,8	-,6
XIII Doenças sistema osteomuscular e tecidos conjuntivo	2,5	1,2	-3,2	-,5
XIV Doenças do aparelho geniturinário	2,4	-1,3	-1,6	-,8
XV Gravidez parto e puerpério	,5	1,4	-1,1	-1,5
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	,7	-,6	-,4	-,2
XVII Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas	8,1	-2,0	-7,6	1,6
XVIII Sintomas, sinais e achados anormalia exames clínicos e laboratoriais	1,4	-,1	-1,2	-1,5
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	-22,0	2,6	22,2	-4,1

Fonte: DATASUS/SIM

Na tabela 2 verifica-se os excessos de óbitos em cada categorias de raça/cor.

## Perfil das raças/cor segundo causa de óbito

Assim, as células destacadas apontam associações positivas entre categorias de cada variável. Isto nos permite caracterizar as raças/cor segundo os tipos de óbitos significativamente predominantes conforme tabela abaixo:

Tabela 3 - Perfil dos óbitos de adolescentes e jovens adultos da Região Metropolitana de São Paulo segundo raças/cor e causa de óbito no período de 2000 a 2006.

Tipo de Óbitos de adolescentes e jovens adultos	Causas características	Resumo
Branco	II – Neoplasias;	Adolescentes brancos e jovens adultos brancos, na Região Metropolitana de São Paulo morrem de doença.
	III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário;	
	IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas;	
	VI - Doenças do sistema nervoso;	
	IX - Doenças do aparelho circulatório;	
	X - Doenças do aparelho respiratório;	
	XIII - Doenças do sistemas osteomuscular e tecidos conjuntivo;	
	XIV - Doenças do aparelho geniturinário;	
	XVII - Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas.	

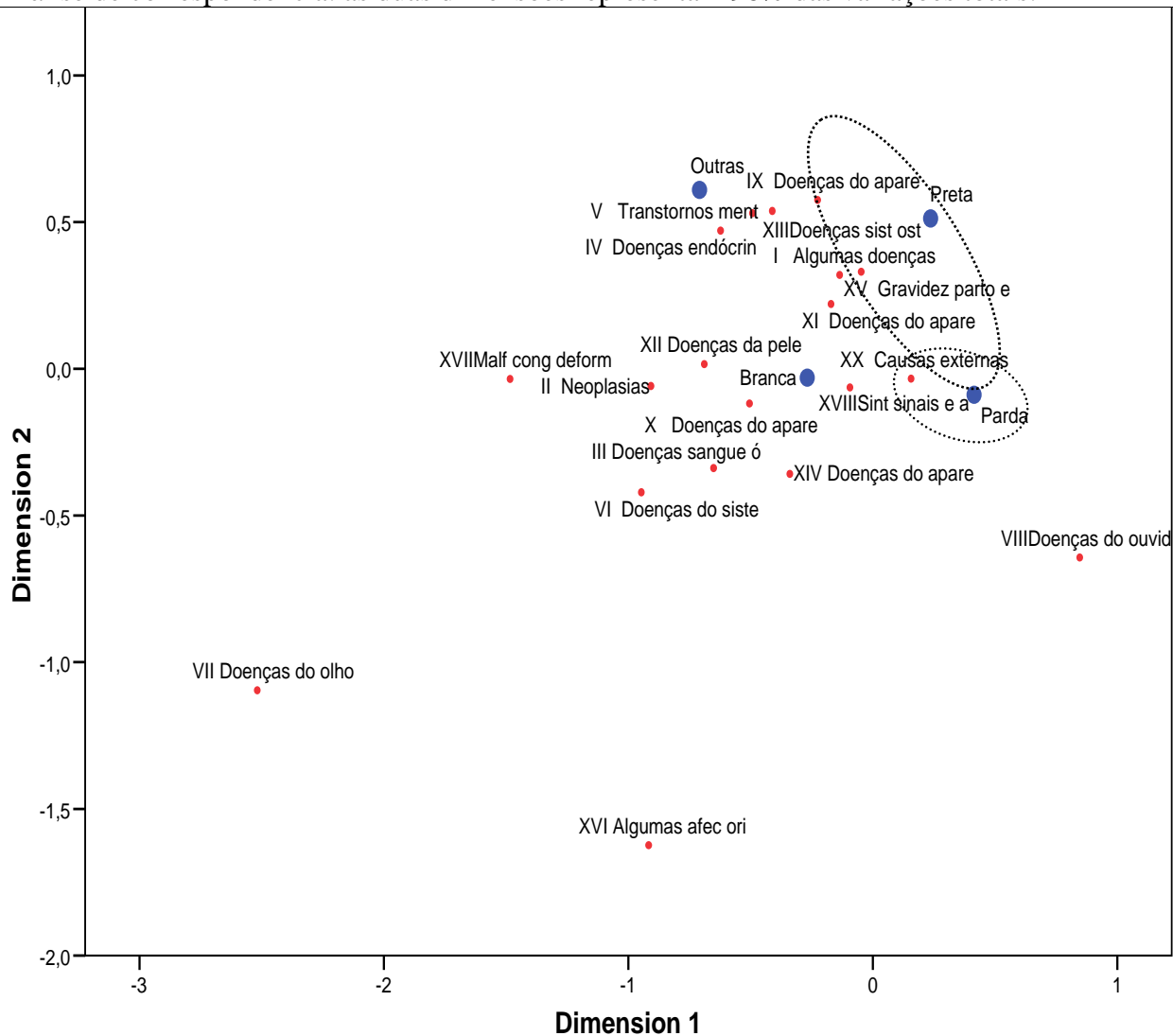
Pretos	I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias;	Adolescentes pretos e jovens adultos pretos, na Região Metropolitana de São Paulo morrem de doença cardiovascular, doença que a todos afeta exceção feita a pardos, mas morrem de doença infecto-parasitária e causas externas, que não afeta a todos prefere o preto.
	IX – Doenças do aparelho circulatório;	
	XX – Causas externas de morbidade e mortalidade.	
Pardos	XX – Causas externas de morbidade e mortalidade	Adolescentes pardos e jovens adultos pardos, na Região Metropolitana de São Paulo morrem de causas externas junto com pretos, sugere que a morte violenta é coisa dos negros. Pardo morre vítima de violência, que também está presente entre os pretos.
Outros (Amarelos e Indígenas)	II – Neoplasias;	Adolescentes outros e jovens adultos outros, na Região Metropolitana de São Paulo morrem de doença, tem cara de branco.
	VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide;	
	IX - Doenças do aparelho circulatório;	

Fonte: DATASUS/SIM

Desta maneira no gráfico da análise de correspondência abaixo se verifica nitidamente essas associações de causas de óbito com raça/cor.

(Figura 2)

Análise de correspondência: as duas dimensões representam 96% das variações totais.



A figura da análise de correspondência indica os perfis das causas de óbitos que gravitam próximas das suas respectivas raça/cor, é interessante observar que a gravidez, parto e puerpério que não se encontra conforme os resíduos padronizados, mas

colocam-se próximos a raça/cor preta indicando forte inclinação dos óbitos desta natureza.

Lopes em seu trabalho sobre “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil” relata que as mortes maternas nas mulheres negras por terem menos anos de estudos, viverem em piores condições de moradia e por terem menos acesso aos meios contraceptivos concentra maior mortes em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério.

## DISCUSSÃO

### O FUTURO AINDA COMPROMETIDO

É alarmante encontrar-se que adolescentes e jovens adultos morram principalmente de causas externas em São Paulo (75,61%), causa indignação identificar que seja entre os negros o excesso de óbitos desta natureza.

Em estudos sobre a violência de jovens na cidade de São Paulo de 2000 a 2005 revelam que essas ocorrências estão com maior densidade nas regiões periféricas do município (SEMPLA, 2008).

Gawryszewski et al também analisaram a “Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos (1960 a 1999)” onde foram estudados 9.137 casos de mortes violentas e encontraram um aumento de 90% no coeficiente de mortalidade em comparação dos dados no início da serie 1960 com o ano de 1999, onde neste estudo também salienta que suas principais vítimas foram indivíduos do sexo masculino com idade entre 15 e 24 anos, tendo os homicídios na década de 80 um aumento de 906,8% no seu coeficiente de mortalidade para as faixas etárias de 10 a 24 anos.

Outro estudo que analisou a mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo foi o de Barata et al sobre a “Tendência temporal da mortalidade por homicídios de 1979 a 1994” e utilizou modelo de ajuste de tendência temporal e análise de resíduos e encontrou taxas elevadas para o grupo etário de 10 a 19 anos sendo que o grupo etário de 20 a 29 anos apresentou a mais alta mortalidade por homicídios.

Já Kilsztajn et al em seu trabalho “Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo em 2000” e analisou 10.604 homicídios por raça/cor controlando as variáveis de ordem sócio-econômica (escolaridade) e demográfica (sexo e idade da vítima) esta pesquisa utilizou análise descritiva e regressão logística múltipla e concluiu que a taxa de homicídios para negros é maior que as dos não negros em decorrência da sobre-representação de negros tanto na população com baixa escolaridade e principalmente nos jovens masculinos por se exporem aos homicídios.

As taxas de homicídio são maiores onde ocorre uma superposição de carências, combinada com grande concentração de adolescentes e jovens adultos os que são mais vulneráveis a se envolverem em situações de risco.

No Relatório anual das desigualdades raciais do Brasil de 2007 a 2008, a faixa etária com maior intensidade de homicídios é a 18 a 24 anos para um período de 1999 a 2005.

- Os homicídios de jovens negros no ano de 2003 alcançaram taxa de 151,55 por 100 mil habitantes, 75% maior que os brancos que obtiveram 86,63 por 100 mil habitantes.
- Já no ano de 2005 essa taxa de mortalidade declinou entre os negros para 134,32 por 100 mil habitantes, e mesmo assim ainda superior 101% a dos brancos que foi 66,78 por 100 mil habitantes.

- Em praticamente em todas as faixas etárias neste estudo, as taxas de mortalidade por homicídios de negros foram superiores as dos brancos em todos os períodos.

Nos dias contemporâneos as mídias escritas e televisivas informam constantes ações de adolescentes e jovens adultos serem vítimas e executores dos mais diversos crimes e homicídios, sendo os adolescentes e jovens negros os mais acometidos nas mortes (Folha de São Paulo)

Batista e et al, que analisaram causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo de 1999 a 2001 verificaram que a morte tem cor, onde foram analisados 647.231 registros validos, sendo 77,7% de brancos, 5,4% de pretos, 14,3% de pardos e 2,6% de outros. Há uma morte branca que tem como causas as doenças, e há uma morte negra que não tem causa em doenças são as causas externas, complicações da gravidez e parto, os transtornos mentais e as causas mal definidas. Por fim a morte do branco nada mais é que doença e a morte do negro é a morte matada.

O presente estudo verificou-se que a mortalidade de adolescentes e jovens adultos na Região Metropolitana de São Paulo segue o mesmo corolário, sendo o adolescente e jovem adulto negro com maior intensidade do que a do branco.

Maior desigualdade entre os próprios negros (preto e pardo), o adolescente e jovem adulto pardo é mais acometido no presente estudo de causas externas de mortalidade do que o adolescente e jovem adulto preto.



A exposição dos resultados permite vislumbrar novas dimensões do problema e colabora com as demais pesquisas para o surgimento de propostas e estratégias de ação nas diferentes formas de abordagens e para o desdobramento de novas pesquisas. Desta forma vem municiando os órgãos competentes a elaborarem políticas públicas de inclusão social para os adolescentes e jovens das grandes cidades.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As políticas públicas nessa área precisam ser articuladas intersecretarias (Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Emprego e Relações do Trabalho, Secretaria de Estado da Cultura, Secretaria de Esporte, Lazer e Turismo e Secretaria de Segurança Pública) e com a participação dos diversos segmentos da população. Buscando não só as ações afirmativas, mas buscando uma solução dos homicídios nessa faixa etária.

Voltadas principalmente para atenção aos adolescentes e jovens adultos em situação de vulnerabilidade, onde nesse caso encontram-se os adolescentes e jovens adultos pardos e adolescentes e jovens adultos pretos, pois a morte violenta é coisa dos negros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MP. Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estud Av.* 2004;18(50):119-23.

Adorno S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Sociologias.* 2002; (8):84-135.

Andrade, LOM; SUS passo a passo: Gestão e Financiamento – São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001.

Bacoccina D. São Paulo tem mais de 1% dos homicídios do mundo. [texto na internet] [acesso 5 dez 2007). Disponível em [http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2004/08/printable/040730\\_v\\_saopaulodbdi.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2004/08/printable/040730_v_saopaulodbdi.shtml)

Barata R, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Tendência temporal da mortalidade por homicídio na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(4):711-8.

Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(5):630-6.

Brandão JRM. Adolescentes infratores em São Paulo: relato da exclusão social? [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Folha on line “70% dos jovens assassinados são negros” 15/10/2006 [acessado em 04/02/2009] <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u127058.shtml>

Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos. Rev Bras Epidemiol. 2000; 3(1-3):50-69.

Greenwood, N. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, U.K., University Press, 1948.

Harms, P.D; Snyder, H.N. Trends in the Murder of juveniles:1980-2000. Juvenile Justice Bulletin, Washington, DC: U.S. Department of Justice. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. September 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2006, a esperança de vida do brasileiro ao nascer era de 72,3 anos [acessado em 05 dez 2007]

Disponível em

[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1043&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1)

Kilsztajn S, Carmo MSN, Sugahara GTL, Lopes ES. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. Bol Epidemiol Paul 2006;3 Supl 6:46-57.

Last, J.M. Nosography. Conceptual, epidemiological and statistical implications. In. International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Rockefeller Foundation & World Health Organization. Budapest, Statistical Publishing House, 1984.p.34-48.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O sistema de informações sobre mortalidade: passado, presente e futuro. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações; 2006. (Série Divulgação, 11).

Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. Rev Saúde Pública. 1991;25(6):407-17.

Leite EB. O futuro comprometido: a mortalidade de adolescente e jovens no Estado de São Paulo, 1979 – 1995 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra do Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília(DF): Funasa; 2005. p.9-40.

Mascarelhas RS. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo [tese de docência-livre]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1949.

Mello Jorge MHP, Laurenti R. Apresentação. Rev Saúde Pública. 1997;31(4 Supl):1-4.

Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1979.

Mello Jorge MHP. Os adolescentes e jovens como vítimas da violência fatal em São Paulo. In: Pinheiro OS, organizador. São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana. Rio de Janeiro: Garamond. 1998.

Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana Saúde. Painel de indicadores do SUS. Brasília(DF); 2006.

Mota E, Carvalho D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizador. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.505-21.

NEV - Núcleo de Estudos da Violência da USP. Vitimas fatais de 1980 a 1985 [mapa na internet]. Acesso em 5 dez 2007. Disponível em:

[http://www.nevusp.org/mapas/index.php?option=com\\_rsgallery2&Itemid=2&page=inline&id=244&catid=33&limitstart=3](http://www.nevusp.org/mapas/index.php?option=com_rsgallery2&Itemid=2&page=inline&id=244&catid=33&limitstart=3)

OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificações de Doenças: 1995.

Paixão, M; Carvano, L.M.; Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2007 a 2008.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo:EDUSP/FAPESP; 2004.

Peres MFT, Córdia N, Santos PC. Homicídio de crianças e jovens no Brasil: 1980 a 2002. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da USP; 2006.

Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública. 1992;8(2):168-75.

Pridemore, W.A.. Measuring homicide in Rússia: A comparison of estimates from the crime and vital statistics reporting systems. *Social Science and Medicine*, 57(2003):1343-1354.

Rocha AA, César CLG. Saúde Pública Bases Conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.297-309

São Paulo (cidade), Secretaria Municipal de Planejamento – SEMPLA. Departamento de Estatística e Produção de Informação – Dipro: Olhar São Paulo-Violência e Criminalidade. São Paulo: SEMPLA, 2008.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.

Shaw, M.; Tunstall, H.; Dorling, D. Increasing inequalities in risk of murder in Britain: trends in the demographic and spatial distribution of murder, 1981-2000. *Health and Place*.11:2005.45-54.

Szwarcwald CL, Leal MC, Castilho EA, Andrade CLT. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? *Cad Saúde Pública*. 1997;13(2):503-16.

WHO – World Health Organization. Manual of the international classification of diseases, injuries and causes of death. 6.ed rev. Geneva:WHO; 1948.

## ANEXOS

Tabela 4 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2000 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5.088	753	73	3.288	16	9.218
II. Neoplasias (tumores)	359	23	9	110	0	501
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	266	37	13	142	1	459
IX. Doenças do aparelho circulatório	261	46	3	122	0	432
X. Doenças do aparelho respiratório	228	19	8	98	0	353
VI. Doenças do sistema nervoso	138	5	2	49	0	194
XI. Doenças do aparelho digestivo	104	15	3	57	0	179
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	112	8	0	50	0	170
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	43	8	1	10	0	62
XV. Gravidez parto e puerpério	40	4	0	15	0	59
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	30	3	0	15	0	48
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	31	4	1	11	0	47
V. Transtornos mentais e comportamentais	28	7	1	10	0	46
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	38	1	1	2	0	42
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	27	3	0	8	0	38
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	2	0	2	0	17
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	1	0	3
VII. Doenças do olho e anexos	1	0	0	0	0	1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>6.808</b>	<b>938</b>	<b>116</b>	<b>3.990</b>	<b>17</b>	<b>11.869</b>

Fonte: DATASUS/SIM



Tabela 5 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2001 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5.099	667	30	3.214	3	9.013
II. Neoplasias (tumores)	362	36	7	92	0	497
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	267	45	1	131	0	444
IX. Doenças do aparelho circulatório	239	33	3	105	0	380
X. Doenças do aparelho respiratório	213	23	0	76	0	312
VI. Doenças do sistema nervoso	143	7	2	47	0	199
XI. Doenças do aparelho digestivo	76	16	0	57	0	149
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	82	11	0	48	0	141
XV. Gravidez parto e puerpério	33	4	0	22	0	59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37	5	1	13	0	56
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	29	3	0	14	0	46
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	27	3	1	13	0	44
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	22	2	0	16	0	40
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	31	2	1	5	0	39
V. Transtornos mentais e comportamentais	24	1	0	8	0	33
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	0	0	0	0	10
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	1
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	6.695	858	46	3.862	3	11.464

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 6 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2002 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.726	722	17	3.175	1	8.641
II. Neoplasias (tumores)	354	34	6	117	0	511
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	243	41	0	107	0	391
IX. Doenças do aparelho circulatório	228	39	4	100	0	371
X. Doenças do aparelho respiratório	225	21	0	81	0	327
VI. Doenças do sistema nervoso	142	7	0	44	0	193
XI. Doenças do aparelho digestivo	109	17	0	41	0	167
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	89	17	0	51	0	157
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	36	4	0	19	0	59
XV. Gravidez parto e puerpério	30	6	0	18	0	54
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	35	3	0	13	0	51
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	29	4	0	12	0	45
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	33	0	0	7	0	40
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	31	2	1	5	0	39
V. Transtornos mentais e comportamentais	17	4	0	9	0	30
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	2	0	4	0	6
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0	0	1	0	3
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	6.329	923	28	3.804	1	11.085

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 7 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2003 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.366	866	63	2.733	0	8.028
II. Neoplasias (tumores)	325	36	6	92	1	460
IX. Doenças do aparelho circulatório	227	32	4	101	3	367
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	212	38	3	104	0	357
X. Doenças do aparelho respiratório	202	27	4	74	0	307
VI. Doenças do sistema nervoso	158	6	1	34	0	199
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	116	18	3	49	0	186
XI. Doenças do aparelho digestivo	105	20	1	46	0	172
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	48	5	0	16	0	69
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	48	0	0	4	0	52
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	42	3	0	5	0	50
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	35	5	0	10	0	50
XV. Gravidez parto e puerpério	31	4	0	14	0	49
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	25	7	1	5	0	38
V. Transtornos mentais e comportamentais	18	2	0	5	0	25
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	0	0	2	0	10
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	1	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	1	0	1
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	5.967	1.069	86	3.296	4	10.422

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 8 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2004 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3.576	666	43	2.246	2	6.533
II. Neoplasias (tumores)	331	31	2	97	1	462
IX. Doenças do aparelho circulatório	195	49	5	108	2	359
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	205	40	0	100	0	345
X. Doenças do aparelho respiratório	191	26	0	81	0	298
VI. Doenças do sistema nervoso	131	17	3	45	0	196
XI. Doenças do aparelho digestivo	102	13	2	48	0	165
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	81	16	0	59	0	156
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	44	13	1	14	0	72
XV. Gravidez parto e puerpério	27	8	0	11	0	46
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	21	2	0	19	0	42
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	33	2	0	6	0	41
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	22	2	0	13	0	37
V. Transtornos mentais e comportamentais	15	3	0	12	0	30
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20	3	0	5	0	28
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	1	0	2	0	9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	0	0	0	0	2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	0	0	1
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	5.003	892	56	2.866	5	8.822

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 9 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2005 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.977	420	16	2.041	1	5.455
II. Neoplasias (tumores)	371	24	5	99	0	499
IX. Doenças do aparelho circulatório	174	24	2	95	0	295
X. Doenças do aparelho respiratório	181	14	2	84	0	281
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	148	21	0	94	0	263
VI. Doenças do sistema nervoso	139	13	2	36	0	190
XI. Doenças do aparelho digestivo	85	16	0	45	0	146
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	79	8	0	48	0	135
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	57	5	0	12	0	74
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	32	3	1	18	0	54
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	34	3	0	12	0	49
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	28	2	1	13	0	44
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	26	6	0	9	0	41
XV. Gravidez parto e puerpério	21	7	0	10	0	38
V. Transtornos mentais e comportamentais	12	3	0	1	0	16
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	0	0	1	0	4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	1
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	4.367	569	29	2.619	1	7.585

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 10 - Óbitos de adolescentes e jovens adultos na faixa etária entre 10 a 29 anos por causa básica e raça/cor no período de 2006 da Região Metropolitana de São Paulo.

Causa (CID10 CAP)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2.611	337	14	1.750	0	4.712
II. Neoplasias (tumores)	325	25	3	121	1	475
IX. Doenças do aparelho circulatório	191	37	2	104	1	335
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	170	24	0	102	0	296
X. Doenças do aparelho respiratório	175	22	0	80	0	277
VI. Doenças do sistema nervoso	181	14	0	47	0	242
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	112	16	0	54	0	182
XI. Doenças do aparelho digestivo	97	7	1	48	0	153
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39	3	1	22	0	65
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	41	4	0	20	0	65
XV. Gravidez parto e puerpério	24	4	0	18	0	46
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	29	3	0	12	0	44
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	30	6	1	6	0	43
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	26	3	0	10	0	39
V. Transtornos mentais e comportamentais	8	0	0	4	0	12
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	0	0	3	0	6
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	3	0	3
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	4.062	505	22	2.404	2	6.995

Fonte: SES/CCD/SIM

## CURRÍCULO LATTES – Autor

Aparecido Batista de Almeida

Possuo graduação em Administração pelo Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa (2003). Sou funcionário público da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde desenvolvo trabalho na análise das informações dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e acompanho o Sistema de Monitoramento de Programas e Ações do Plano Purianual. **(Texto informado pelo autor)**

**Última atualização do currículo em 21/11/2006**

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/9277586103197210>



**Certificado  
pelo autor em  
21/11/06**

## **CURRÍCULO LATTES - Orientador**

Julio Cesar Rodrigues Pereira

**Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2**

Julio Cesar Rodrigues Pereira concluiu o doutorado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1995 e Docência Livre em 2004. É médico pela Escola Paulista de Medicina (1977) e Master of Sciences in Medical Sciences pela Universidade de Bristol - UK (1989). Atualmente é Professor Associado da Universidade de São Paulo e Professor Pós-graduação do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Publicou 54 artigos em periódicos especializados e tem 68 participações em congressos transcritas em anais de eventos ou periódicos. Possui 1 livro publicado e 2 capítulos de livro. O ISI registra 37 de seus artigos, com um total de 214 citações e H-index = 7. O Scopus registra 34 de seus artigos, 223 citações, H-Index = 8. Participou como convidado em vários eventos no Brasil. Orientou 5 dissertações de mestrado e 3 teses de doutorado nas áreas de Saúde Coletiva, Medicina e Administração. Recebeu 4 prêmios e/ou homenagens. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Em suas atividades profissionais interagiu com 144 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: Epidemiologia, Avaliação em C&T, Pneumonia, Asma, Modelos matemáticos, Ira, DRI, Infarto Agudo do Miocárdio e Análise de Dados de Survey. **(Texto informado pelo autor)**

**Última atualização do currículo em 20/10/2008**

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7576807536889713>