

Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018

Proportional mortality in Brazil's indigenous population in the years 2000, 2010, and 2018

Francielle Thalita Almeida Alves¹, Elton Junio Sady Prates¹, Luis Henrique Prado Carneiro¹, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá¹, Érica Dumont Pena¹, Deborah Carvalho Malta¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113010

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar a mortalidade indígena no Brasil em 2000, 2010 e 2018. Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Calculou-se a mortalidade proporcional entre indígenas e restante da população brasileira, segundo idade, sexo, causa e regiões do Brasil. A proporção de óbitos em indígenas menores de 1 ano em 2000, 2010 e 2018 foi de 15,3%, 17,7% e 16,2%; e no restante do Brasil, foi de 7,2%, 3,5% e 2,7% respectivamente. A proporção de óbitos a partir de 50 anos nos indígenas nos mesmos anos foi de 47,0%, 48,1% e 52,0%; e no restante do Brasil, foi de 66,8%, 74,4% e 79,4%. Em 2018, indígenas menores de 1 ano morreram mais de afecções perinatais (39,4%), doenças infecciosas e parasitárias (10,1%) e causas externas (9,8%). Em menores de 1 ano do restante da população brasileira, essas causas corresponderam a 57,8%, 3,8% e 2,8%. Indígenas acima de 50 anos morreram mais por doenças circulatórias (28,6%), respiratórias (15,4%) e neoplasias (14,6%); e no restante da população brasileira, essas causas representaram 31,5%, 13,6% e 19,0%. Evidenciaram-se desigualdades em saúde e piores indicadores nos povos indígenas no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Mortalidade. Saúde de populações indígenas. Sistema de informação. Epidemiologia. Brasil.

ABSTRACT *This study aims to analyze indigenous mortality in Brazil in 2000, 2010, and 2018. This is a descriptive study with data from the Mortality Information System (SIM, in Portuguese). Proportional mortality among indigenous people and the remaining Brazilian population was calculated according to age, sex, cause, and regions of Brazil. The proportion of deaths among indigenous people, for individuals younger than one year of age, in 2000, 2010, and 2018 was 15.3%, 17.7%, and 16.2%, respectively. The proportions for the general Brazilian population were 7.2%, 3.5%, and 2.7%, respectively. For indigenous people aged 50 years and over, the proportions in the same years were 47.0%, 48.1%, and 52.0% and in the rest of Brazil, 66.8%, 74.4%, and 79.4%, respectively. In 2018, indigenous children under 1 year of age died more from perinatal disorders (39.4%), infectious and parasitic diseases (10.1%), and external causes (9.8%). In children under 1 year of age, from the non-indigenous Brazilian population, these causes corresponded to 57.8%, 3.8%, and 2.8%, respectively. Indigenous people over 50 years of age died more from circulatory diseases (28.6%), respiratory diseases (15.4%), and neoplasms (14.6%), and in the remaining Brazilian population, these causes represented 31.5%, 13.6%, and 19.0%, respectively. Health inequalities and worse indicators among indigenous peoples in Brazil are evident.*

KEYWORDS Mortality. Health of indigenous populations. Information system. Epidemiology. Brazil.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE) – Belo Horizonte (MG), Brasil. dcmalta@uol.com.br



Introdução

Os povos indígenas no Brasil estão expostos às condições desfavoráveis de saúde, evidenciadas em maiores taxas de mortalidade entre esses povos em comparação com o restante da população brasileira^{1,2}.

No que diz respeito aos dados populacionais no Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que a população indígena corresponde a 896,9 mil indígenas (0,4% da população brasileira) distribuídos em todos os estados³. Apesar do contingente populacional menor em relação ao total da população brasileira, esses povos apresentam imensa expressividade sociocultural, incluindo 305 grupos étnicos, falantes de 275 idiomas^{3,4}, sendo importante a compreensão e a valorização dos diversos modos de vida, o respeito aos saberes tradicionais e a garantia da participação deles na gestão da saúde de suas comunidades.

Entre as causas de morbimortalidade dos indígenas no Brasil, historicamente, há o predomínio de doenças infecciosas e parasitárias⁵. Atualmente, nessa população, observa-se a transição epidemiológica, com dupla carga de doenças, que incluem as infecciosas e parasitárias e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^{5,6}. Essa transição se deve às mudanças intensas nos modos de vida da humanidade, associadas a um padrão civilizatório que tende a negar as formas de vida plurais, especialmente as que consideram a necessidade de manter-se próximas da Terra, impondo a vida em ambientes artificiais⁷.

As pesquisas sobre desigualdades nos povos indígenas no campo da saúde coletiva cresceram nos últimos anos^{2,8-10}. Contudo, estudos recentes que retratam a mortalidade geral para a população indígena no Brasil ainda são escassos¹¹. Poucas investigações têm destacado taxas de mortalidade em faixas etárias específicas^{1,2,12-14} e, além disso, indicam que a redução das taxas de mortalidade em indígenas não acontece com mesma velocidade observada para o restante da população brasileira¹²⁻¹⁴.

Diante do exposto, este estudo pautou-se pelo questionamento: qual a evolução da mortalidade na população indígena e no restante da população do Brasil, nos anos 2000, 2010 e 2018, segundo sexo, faixa etária, regiões do País e causas de óbito? Dessa forma, objetivou-se analisar a mortalidade indígena no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. Espera-se que o conhecimento de aspectos relacionados com a mortalidade indígena, no que diz respeito à diferença no âmbito regional, causas básicas de morte, sexo e principais faixas etárias acometidas, forneçam subsídios para orientar políticas públicas de saúde e reduzir as iniquidades.

Material e métodos

Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referente aos óbitos em indígenas no Brasil e no restante da população brasileira, nos anos 2000, 2010 e 2018. Esses dados encontram-se disponíveis no portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) (<https://datasus.saude.gov.br/>).

Neste estudo, os anos utilizados como marcos para referência de análise relacionam-se com os seguintes motivos: 2000 por ser o ano de criação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), considerado um importante marco político-institucional para o monitoramento da saúde dos povos indígenas¹⁵; 2010, ano de constituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o primeiro órgão exclusivamente responsável pela gestão e execução da saúde indígena¹⁶ e o ano em que a identificação dos povos indígenas passou a ser autodeclarada no Censo Demográfico³; e 2018 por ser o último ano disponível na base do Datasus. Este estudo incluiu as seguintes variáveis:

- a) Variável desfecho: mortalidade proporcional entre indígenas e o restante da população brasileira.

b) Variáveis explicativas: sexo (masculino e feminino); faixa etária, que foi categorizada conforme a publicação 'Saúde Brasil 2015/2016'¹⁷; regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); causas básicas de óbito segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), décima versão (CID-10)¹⁸. Utilizaram-se os capítulos: I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; XVIII: Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade; e XX: Causas externas de morbidade e mortalidade. Já na categoria outros, capítulos foram somados: Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (III); Transtornos mentais e comportamentais (V); Doenças do sistema nervoso (VI); Doenças do aparelho digestivo (XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII); Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII); Doenças do aparelho geniturinário (XIV); Gravidez, parto e puerpério (XV); e Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas (XVII). Os capítulos VII (Doenças do olho e anexos) e VIII (Doenças do ouvido e da apófise mastoide) constavam na base do SIM apenas no ano de 2018 somente para a somatória do Brasil, subtraída da análise a população indígena.

Calculou-se a mortalidade proporcional (%) segundo faixa etária, sexo, causa básica e região de residência, por meio de frequências absolutas e relativas. O cálculo da proporção da mortalidade da população indígena constituiu uma razão em que o numerador foi composto por fração dos óbitos analisados entre indígenas (y) segundo: sexo, faixa etária, região ou causas básicas de óbitos, multiplicada por 100;

e o denominador foi a totalidade dos óbitos analisados, conforme a fórmula abaixo:

$$\frac{\text{fração dos óbitos } y \times 100}{\text{totalidade dos óbitos } y}$$

Utilizou-se a mesma fórmula para calcular a mortalidade proporcional para o restante da população do Brasil, sendo que, no denominador, empregou-se o total dos óbitos da população brasileira, excluindo os óbitos entre indígenas. Compararam-se os dois grupos (indígenas e restante da população brasileira) para as curvas de mortalidade proporcional (%) segundo a faixa etária; e na distribuição proporcional (%) das causas de óbito, segundo os capítulos da CID-10 por faixa etária. Adicionalmente, procedeu-se à análise da mortalidade proporcional por sexo e região segundo faixa etária. A organização e a análise dos dados foram realizadas no *software* Microsoft Office Excel (Microsoft®, 2016).

Devido à natureza do estudo, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

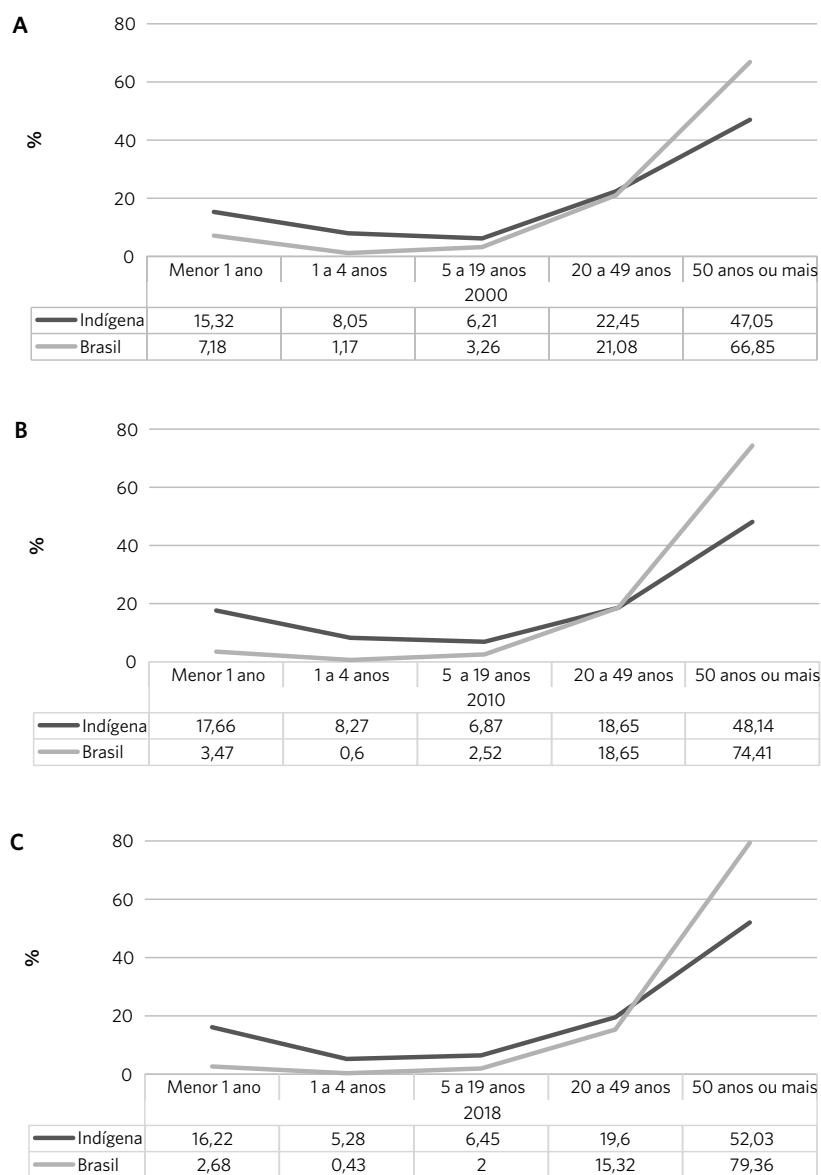
Resultados

Na *figura 1*, são apresentadas as curvas da distribuição etária dos óbitos dos indígenas e do restante da população brasileira para o ano de 2000, 2010 e 2018. Nos três anos analisados, a mortalidade em menores de 1 ano foi mais elevada entre povos indígenas, sendo 15,3% (2000), 17,7% (2010) e 16,2% (2018); enquanto no restante da população brasileira, os valores, em queda com o passar dos anos, corresponderam a 7,2% (2000), 3,5% (2010) e 2,7% (2018) respectivamente. No restante do Brasil, na faixa etária entre 1 e 4 anos, a proporção de óbitos foi de 1,1% (2000), passando para abaixo de 0,6% nos demais anos (2010 e 2018); enquanto entre os povos indígenas, foi de aproximadamente 8% (2000 e 2010) e 5,3% (2018). Entre 5 e 19 anos, a mortalidade foi acima de 6% nos indígenas (2000, 2010 e 2018); e no restante da população

brasileira, de 3,3% (2000), 2,5% (2010) e 2,0% (2018). A proporção de mortes entre indígenas na faixa etária de 20 a 49 anos foi de 22,5% (2000), 18,6% (2010) e 19,6% (2018); e no restante da população brasileira, de 21,1% (2000), 18,6% (2010) e 15,3% (2018) respectivamente.

Aproximadamente metade dos óbitos em indígenas ocorreu em adultos com 50 anos ou mais, sendo 47,05% (2000), 48,1% (2010) e 52,03% (2018); enquanto no restante da população brasileira, essa proporção foi crescente e atingiu 79,36% (2018) (figura 1 A, B e C).

Figura 1. Mortalidade proporcional (%) de indígenas e na população geral brasileira segundo faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



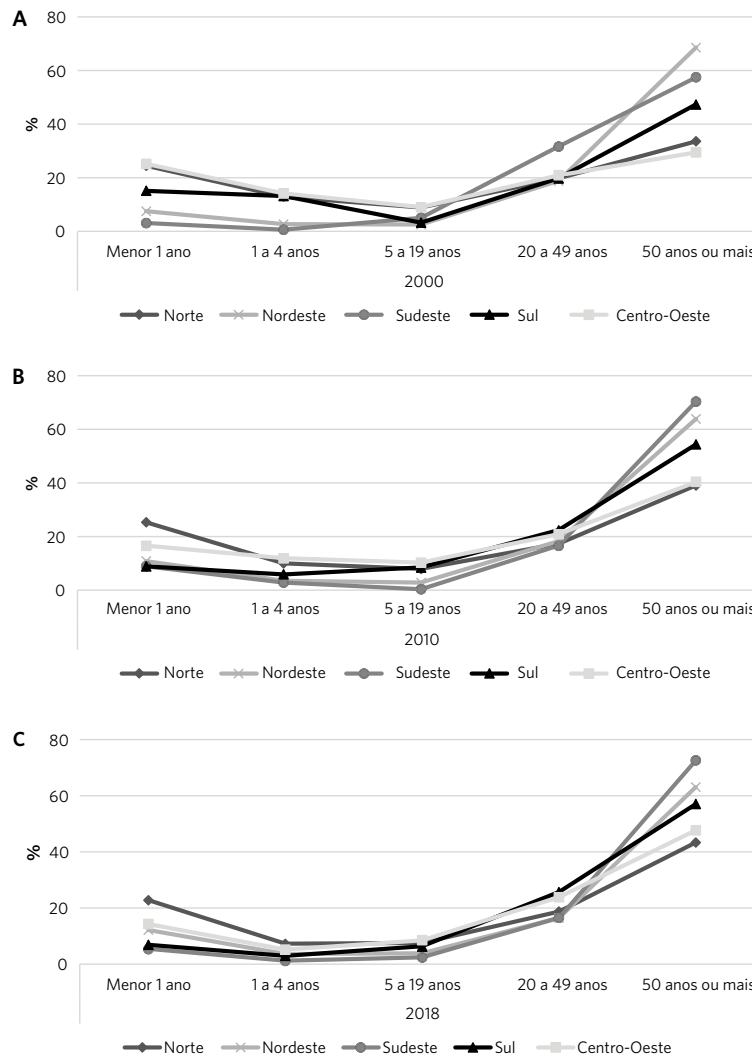
Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 1,38% na figura A; 0,76% na figura B; e 0,63% na figura C.

A *figura 2* mostra a proporção dos óbitos indígenas por faixa etária segundo a região de residência. Observa-se que a mortalidade em menores de 1 ano de idade foi maior nas regiões Norte (2000: 24,5%; 2010: 25,4%; e 2018: 22,8%) e Centro-Oeste (2000: 25,2%; 2010: 16,5%; 2018: 14,3%). Entre 1 e 4 anos, também foi mais elevada nas regiões Norte (2000: 12,9%; 2010: 9,9%; 2018: 7,3%) e Centro-Oeste (2000: 14,1%; 2010: 11,86%; 2018: 5,25%).

De 5 a 19 anos, novamente destacou-se a região Centro-Oeste (2000: 8,9%; 2010: 10,2%; 2018: 8,6%). Na faixa etária dos 20 aos 49 anos, sobressai a região Sudeste com a proporção de 31,7% (2000) e acima de 20% (2010 e 2018). A mortalidade na faixa etária dos 50 anos ou mais evidencia-se na região Nordeste (68,58%) em 2000, Sudeste (acima de 70%) em 2010 e sendo o pior desempenho na região Norte (42%) em 2018 (*figura 2 A, B e C*).

Figura 2. Mortalidade proporcional (%) de indígenas segundo região de residência e faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



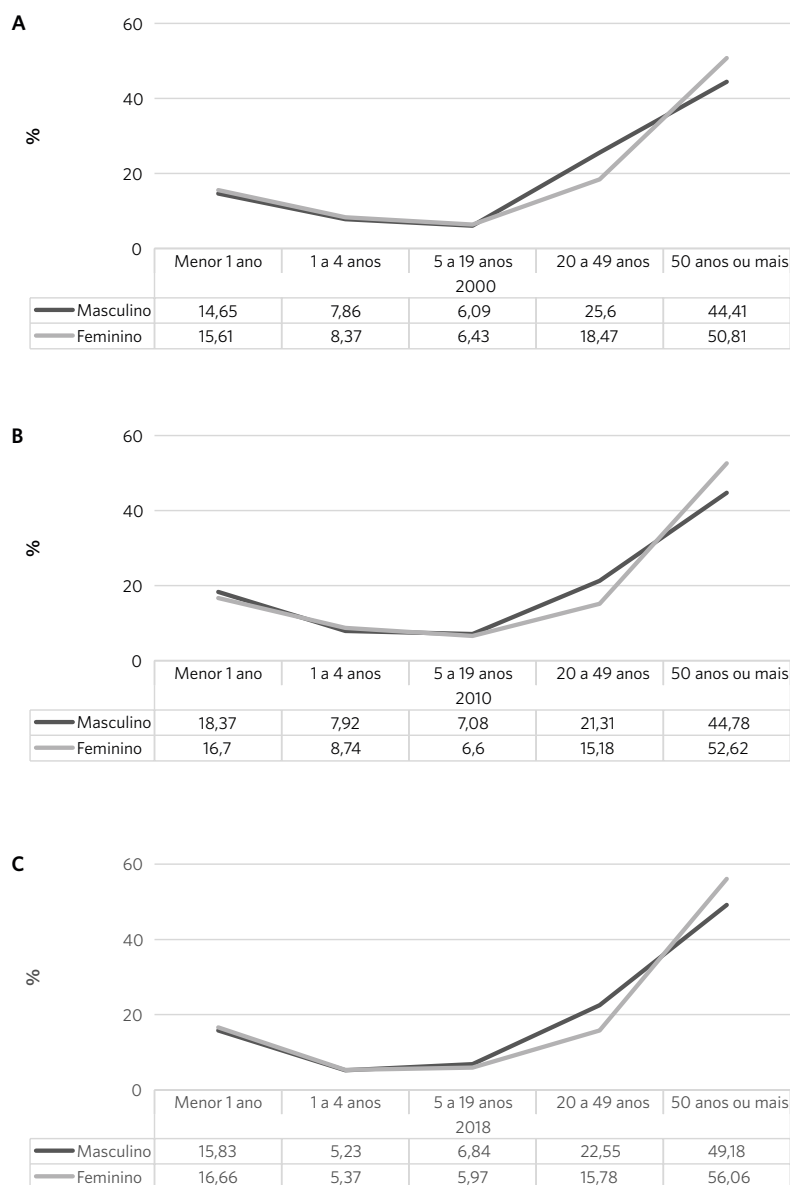
Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada, somando-se todas as regiões do Brasil, não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 5,05% na figura A; 2,15% na figura B; e 3,51% na figura C.

A *figura 3* dispõe a distribuição dos óbitos segundo os sexos feminino e masculino em indígenas, sendo que as curvas se assemelham na distribuição por sexo e período. Observa-se elevada proporção de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano, entre 1 e 4 anos

e de 5 a 19 anos. As diferenças entre os sexos ocorrem entre adultos de 20 a 49 anos, sobretudo do sexo masculino, e entre adultos acima de 50 anos, com destaque para o sexo feminino (acima de 50%) em todos os anos (2000, 2010 e 2018) (*figura 3 A, B e C*).

Figura 3. Distribuição proporcional (%) dos óbitos na população indígena segundo sexo e faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada, somando-se os sexos masculino e feminino, não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 1,7% na figura A; 0,7% na figura B; e 0,53% na figura C.

A *figura 4* mostra a proporção (%) da mortalidade indígena segundo os capítulos da CID-10. Em relação às causas básicas de morte entre povos indígenas, evidencia-se que, no ano 2000, predominaram as causas mal definidas e desconhecidas (22%) de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório (17%), as doenças infecciosas e parasitárias (12%) e as causas externas (12%). No ano 2010, foram mais frequentes as causas de morte por doenças do aparelho circulatório (18%); e houve redução das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (14%), causas externas (14%), doenças infecciosas e parasitárias (11%) e doenças do aparelho respiratório (11%). Em 2018, predominaram as causas externas (17%)

e as doenças do aparelho circulatório (17%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (12%), das neoplasias (10%), das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (9%) e das doenças infecciosas e parasitárias (8%). Os resultados mostram uma redução das doenças infecciosas e parasitárias (de 12% em 2000 para 8% em 2018), bem como das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (de 22% em 2000 para 13% em 2018). Em contrapartida, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas de morbidade e mortalidade aumentaram no período. As doenças do aparelho circulatório mantiveram-se estáveis durante os anos de estudo (*figura 4 A, B e C*).

Figura 4. Mortalidade proporcional (%) de indígenas segundo capítulos da CID-10. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)

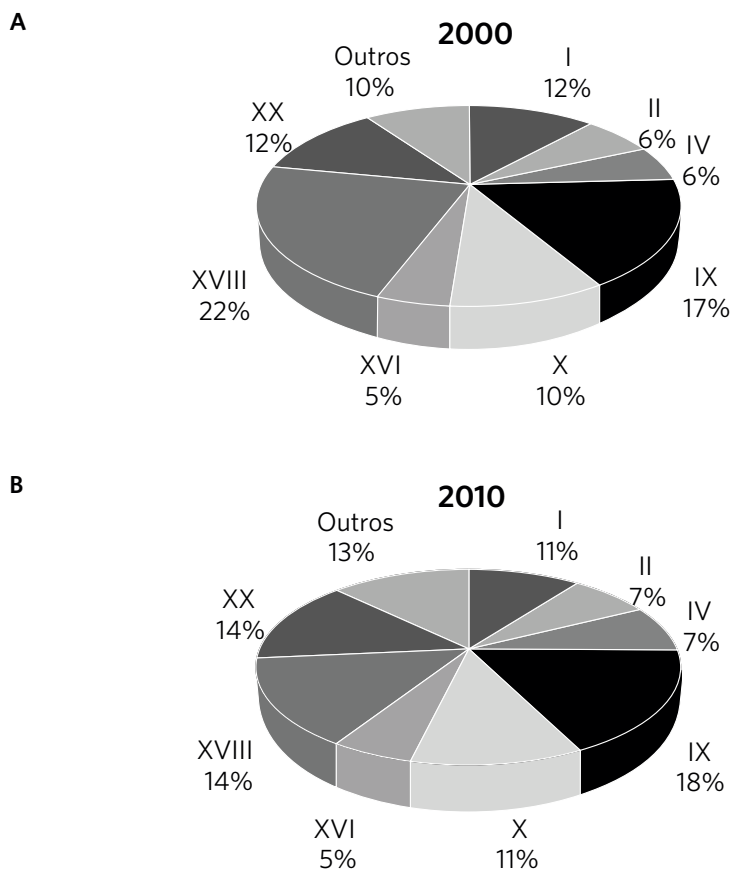
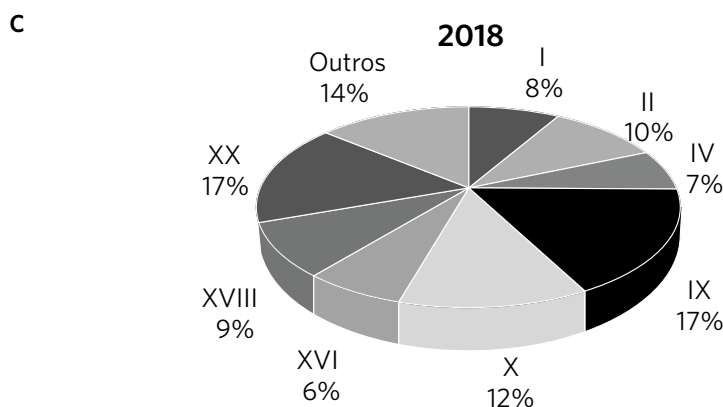


Figura 4. (cont.)



Fonte: Elaboração própria.

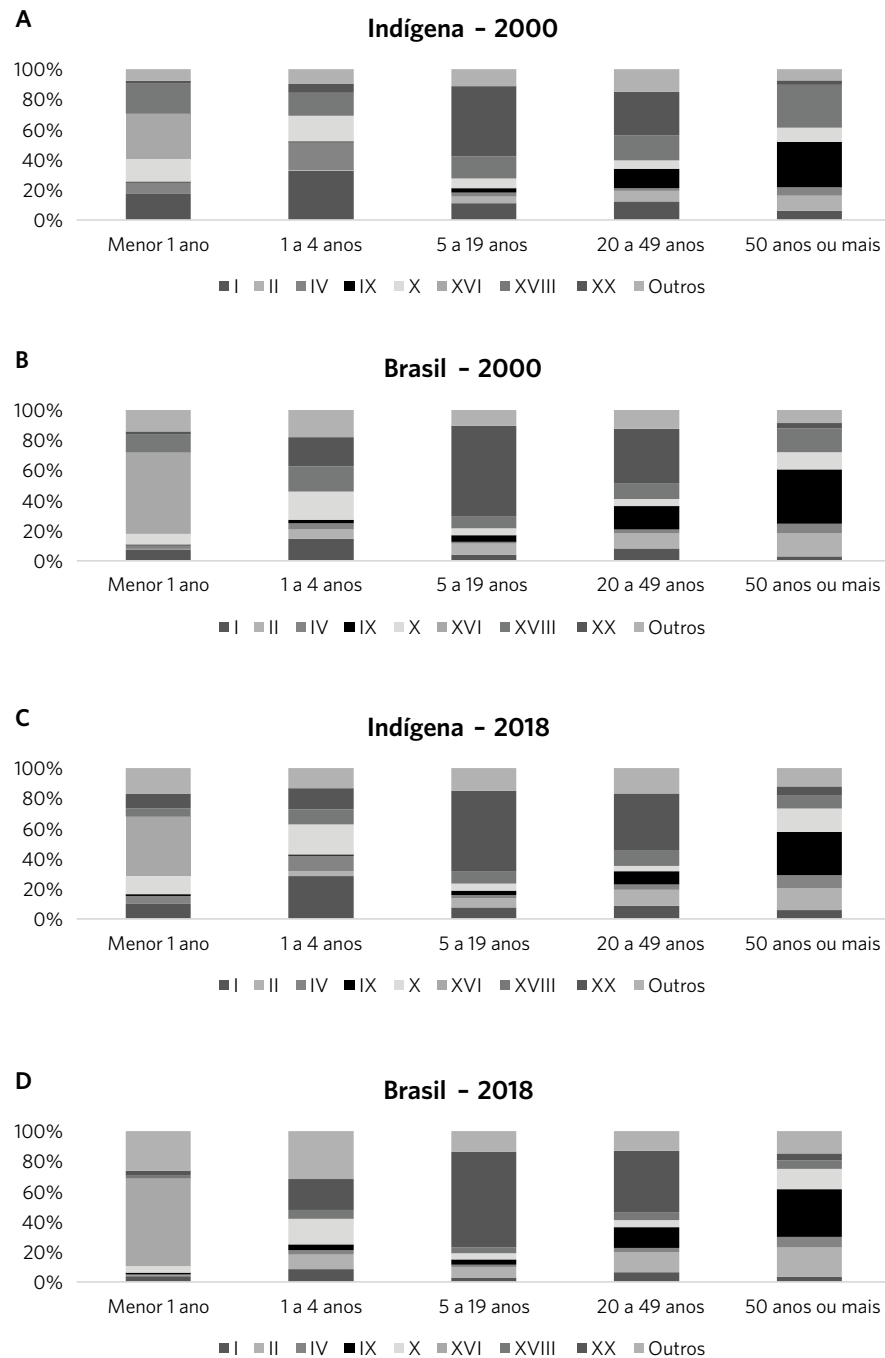
Nota: I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; XVIII: Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade; e XX: Causas externas de morbidade e mortalidade.

A categoria outros inclui: Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (III); Transtornos mentais e comportamentais (V); Doenças do sistema nervoso (VI); Doenças do aparelho digestivo (XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII); Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII); Doenças do aparelho geniturinário (XIV); Gravidez, parto e puerpério (XV); e Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas (XVII).

A *figura 5* apresenta as causas de morte entre povos indígenas e restante da população brasileira de acordo com os capítulos da CID-10, segundo a faixa etária. No ano 2000, as principais causas de morte em indígenas foram: em menores de 1 ano, afecções perinatais (29,7%), causas mal definidas e desconhecidas (20%) e doenças infecciosas e parasitárias (17,4%); entre 1 e 4 anos, doenças infecciosas e parasitárias (32,6%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (18,5%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, morte por causas externas (46,5% e 28,8% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (30,0%) e causas mal definidas e desconhecidas (28,3%). No restante da população brasileira, temos: em menores de 1 ano, afecções perinatais (53,8%); entre 1 e 4 anos, causas externas (19,25%) e doenças do aparelho respiratório (18,5%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, morte por causas externas (60,1% e 36,0%

respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (36%) (*figura 5 A e B*). Em 2018, as principais causas de morte em indígenas foram: em menores de 1 ano, afecções perinatais (39,3%), doenças infecciosas e parasitárias (10,3%) e causas externas (9,3%); entre 1 e 4 anos, doenças infecciosas e parasitárias (28,4%) e doenças do aparelho respiratório (20%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, as causas externas (53,5% e 37,4% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (28,6%), respiratório (15,4%) e neoplasias (14,6%). No restante da população brasileira, em 2018, destacam-se as seguintes causas: em menores de 1 ano, afecções perinatais (57,8%); entre 1 e 4 anos, 5 a 19 anos e 20 a 49 anos, mortes por causas externas (20,5%, 63,3% e 40,5% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (31,5%), respiratório (13,6%) e neoplasias (19,0%) (*figura 5 C e D*).

Figura 5. Distribuição proporcional (%) das causas de óbito de indígenas, segundo os capítulos da CID-10, por faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 e 2018



Discussão

Este estudo mostrou piores indicadores de saúde na população indígena em relação ao restante da população brasileira, tanto no que se refere à elevada proporção de mortalidade nos primeiros anos de vida quanto à expressiva proporção de mortes prematuras em adultos jovens, sendo que apenas a metade dos indígenas sobrevive aos 50 anos ou mais. Entre os povos indígenas, encontrou-se proporção mais elevada de causas mal definidas, doenças infecciosas e parasitárias, o que evidencia pior qualidade da informação e do cuidado em saúde e, sobretudo, piores condições de vida.

Sabe-se que a produção de indicadores de mortalidade permite informar a sociedade quanto ao seu desenvolvimento social, além de refletir aspectos econômicos e políticos¹⁹. A constatação da desigualdade da mortalidade em grupos vulnerabilizados, como os indígenas, reitera a relevância de conhecer esses dados, para alcance efetivo das políticas e programas de saúde pública. Assim, é importante avançar na qualificação das informações da população indígena brasileira para investigações de padrões segundo categoria racial, étnicas e regionais, de modo a favorecer a superação de disparidades sociorregionais que impactam nos indicadores de saúde^{12,17,20,21}.

Os resultados deste estudo encontram correspondência com pesquisa realizada no Brasil em 2012, que apontou níveis de mortalidade mais elevados entre os indígenas, comparando-se com o restante da população brasileira¹⁷. Nesse estudo, a mortalidade proporcional em menores de 1 ano foi de 25,84%, e de apenas 37,56% entre adultos com 50 anos ou mais. Tem-se, ainda, que os óbitos de indígenas também foram mais elevados entre crianças e em adultos jovens¹⁷.

No presente estudo, é alarmante essa situação do elevado número de óbitos em indígenas menores de 1 ano, haja vista que esse indicador é um dos mais importantes marcadores para a saúde, por refletir as condições de vida de determinada população e o desempenho e

qualidade dos serviços de saúde prestados a ela^{22,23}. No Brasil, ao longo das últimas décadas, observa-se uma expressiva redução dos níveis da mortalidade infantil em todas as regiões^{12,24}. Nos anos entre 2000 e 2010, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentou queda de 29,7 para 15,6 óbitos a cada mil nascidos vivos brasileiros; contudo, entre as crianças indígenas, essa queda foi de 74,6 para 41,9 óbitos a cada mil nascidos vivos¹³. Ressalta-se que os resultados deste estudo estão em conformidade com a literatura, pois reafirmam que a redução da proporção de mortes entre crianças indígenas não acompanha a velocidade de queda para o restante da população brasileira¹²⁻¹⁴, reforçando as enormes disparidades entre as crianças indígenas e as de outras raças/cores no Brasil.

A manutenção do maior percentual de óbitos em indígenas entre 1 e 4 anos em relação ao restante da população brasileira pode ser explicada pelas condições desiguais de vida a que essas crianças estão expostas e que se expressam com maior concentração dos óbitos nos menores de 5 anos. Entre essas condições, estão falta de saneamento básico, carência de acesso a cuidados básicos de saúde, além de precário acesso a demais condições dignas de vida²¹, o que resulta em alta prevalência de desnutrição infantil e infecções¹. É premente a necessidade de maiores investimentos em setores sociais básicos como saúde, educação, habitação e saneamento²¹, com destaque para cuidado obstétrico e neonatal no pré-natal, parto e nascimento e primeiro ano de vida²³.

Neste estudo, identificou-se também maior proporção de mortalidade em adultos jovens, semelhante à pesquisa realizada no estado de Mato Grosso, que mostrou taxas de mortalidade mais elevadas para a população indígena até 19 anos de idade, bem como entre os adultos jovens entre 20 e 49 anos¹.

Ademais, evidencia-se que, em 2018, apenas metade dos indígenas atingiu 50 anos, o que revela elevada mortalidade prematura nessa população, persistente nos quase 20 anos perpassados. Resultado semelhante foi descrito

em pesquisa realizada no Paraná/Brasil em 2002, que encontrou mais de 70% dos óbitos antes dos 50 anos entre os indígenas²⁵, empregando-se o mesmo indicador de Swaroop-Uemura²⁶. Essa situação reforça a restrição do direito ao envelhecimento saudável entre os indígenas, reafirmando as iniquidades das condições de vida, o que representa uma ameaça aos seus modos de vida, tendo em vista que, para a grande maioria dos povos, os mais velhos são os principais guardiões da cultura tradicional.

Entre os anos de 1990 e 2015 no Brasil, período de 25 anos que corresponde a grande parte de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram importantes mudanças positivas no perfil de saúde-doença de grande parcela da população brasileira com a redução das desigualdades nos indicadores de saúde entre os estados da Federação²⁷. Houve reduções das desigualdades no que diz respeito à mortalidade por doenças transmissíveis, morbimortalidade materno-infantil e por causas evitáveis de morte, resultando no aumento da expectativa de vida e da longevidade da população em anos de vida saudáveis²⁷. Destaca-se que mesmo com todos os avanços e incrementos em saúde no País, os resultados deste estudo mostraram a grande proporção de mortes na maioria das faixas etárias da população indígena, exceto após 50 anos e mais. Notam-se ainda diferenças regionais no Brasil, com piores desempenhos nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde há maior concentração da população indígena²¹, além de precário acesso aos serviços de saúde e pouco reconhecimento por parte dos governos às demandas e necessidade da população indígena^{28,29}.

Em relação a maior proporção da mortalidade infantil nas regiões Norte e Centro-Oeste, reitera-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados para o nascimento das crianças indígenas em caso de gestação de risco, precárias condições do pré-natal^{23,30}, além de crescente fragilização das práticas de autoatenção relativas ao parto, nascimento e pós-parto. Tem-se, ainda, que a região Centro-Oeste, mesmo detendo a maior quantidade de

estabelecimentos com internação obstétrica, não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal suficiente³⁰, o que pode contribuir para os achados.

O precário acesso aos serviços de saúde retrata as desigualdades e vulnerabilidades, produzidas em todo arcabouço social^{31,32} e que repercutem com grande impacto na mortalidade indígena no Brasil. Um estudo identificou a baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais nas regiões Norte e Centro-Oeste³³. Outro estudo, realizado no município de Cuiabá, entre indígenas, também verificou barreiras na acessibilidade indígena aos serviços de saúde, tais como sócio-organizacionais, culturais e geográficas em média e alta complexidades³⁴, reforçando os resultados deste estudo.

Destaca-se que, apesar de a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena garantir o direito ao acesso à atenção integral à saúde aos povos indígenas, conforme os princípios do SUS³⁵, a descontinuidade do cuidado associada à carência e à rotatividade de profissionais, bem como a prevalência do cuidado centrado em práticas emergenciais baseada na remoção de pacientes⁴, são gargalos emergentes para a integralidade do cuidado aos povos indígenas. A necessidade de estabelecer diálogos interculturais que promovam a autoatenção e a articulação com saberes tradicionais, de forma a não oferecer apenas serviços na perspectiva curativa e biomédica, constitui-se um dos principais desafios para a efetividade da atenção à saúde indígena⁴.

Em relação à mortalidade de acordo com o sexo, é evidente a diferença entre homens e mulheres indígenas no que diz respeito à faixa etária de óbito. Indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 20 a 49 anos possuem maior proporção de mortalidade em comparação com as mulheres da mesma idade. Tal fenômeno pode ser resultado de violências vivenciadas pelos homens indígenas^{36,37} e, possivelmente, refletem a maior vulnerabilidade decorrente da exposição de suas vidas na proteção das suas terras, invasão de garimpeiros e uso de álcool³⁸. Um estudo com dados do Sistema de Vigilância

de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Viva/Sinan), no período de 2006 a 2017, também apontou crescimento importante e gradual no número de registro de violência contra indígenas³⁹. Salienta-se que o aumento da mortalidade por causas externas permite aventar a hipótese do acirramento dos conflitos e violência contra a população indígena, bem como reflete problemas já apontados na literatura, como o suicídio e o alcoolismo³⁹⁻⁴³.

As causas de morte na população indígena indicam ainda a ocorrência de uma tripla carga de doença, com predominância das DCNT, permanência das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das causas externas, que refletem a transição epidemiológica, demográfica e nutricional nessa população. Apesar da redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, sua ocorrência evidencia as persistentes desigualdades, traduzidas em vazios socioassistenciais, com ausência de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, saneamento adequado e acesso à saúde⁴⁴⁻⁴⁶. Além disso, há evidências de alterações metabólicas e antropométricas em populações indígenas, o que pode explicar a elevada proporção de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, estreitamente associadas às modificações na dieta e atividade física, relacionadas com as mudanças intensas nos modos de vida da humanidade e interações sociais^{5,7,39,46-49}.

Apesar da redução das causas mal definidas de mortalidade na população indígena, em consequência da significativa melhora nas últimas décadas da cobertura do SIM⁵⁰, aponta-se que o Brasil tem sido classificado em perfis intermediários em pesquisa sobre cobertura e completude de eventos vitais⁵¹ e que a proporção de causas mal definidas de mortalidade ainda é mais elevada entre indígenas.

Os resultados deste estudo evidenciam a relevância de conhecer o perfil epidemiológico dos povos indígenas, considerando a grande sociodiversidade étnica e regional. Esse conhecimento é de suma importância

para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Em geral, pelo histórico de maior morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em indígenas, os serviços de saúde encontram-se voltados para esses grupos de doenças; contudo, o presente estudo destacou a magnitude das DCNT e das causas externas. Nesse sentido, o planejamento e a reorganização dos serviços de saúde são imperativos para englobar todas as necessidades de saúde e cuidado desses povos diante das mudanças provenientes da transição epidemiológica, nutricional e demográfica.

Entre as limitações, salienta-se que o método de análise de mortalidade proporcional não permite estimar taxas, tendo em vista a não utilização do denominador (população de referência). Por conseguinte, é preciso cautela na interpretação dos dados já que estes não medem risco, e, sim, a proporção de óbitos. Da mesma forma, não foram realizados ajustes nos dados do SIM, que podem estar subnotificados, em especial entre os povos indígenas. Ademais, imprecisões no preenchimento da declaração de óbito quanto às causas básicas podem comprometer a inconsistência desse indicador, que também pode ser influenciado pela estrutura etária e sexo da população.

Conclusões

Conclui-se que, nos anos analisados, a mortalidade proporcional em indígenas foi mais elevada em relação ao restante da população brasileira. Este estudo evidenciou as persistentes desigualdades nas condições de vida dos povos indígenas, que se traduzem em piores condições de nascer, viver, adoecer e morrer. Observou-se a ocorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, bem como uma tripla carga de doença na população indígena, com predominância das DCNT, concomitantemente às doenças infecciosas e parasitárias, somadas ao aumento das causas externas.

A ausência de melhora dos indicadores da população indígena no período analisado indica a persistência de problemas inadmissíveis e evitáveis, como elevada mortalidade em menores de 1 ano, mortes prematuras em adultos jovens e baixa proporção de óbitos em idosos. As políticas públicas devem garantir o direito à vida e à diversidade cultural, em busca de uma sociedade mais justa e diversa. Ademais, é urgente avançar na redução das desigualdades em saúde e, portanto, tornar efetivo o lema da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás⁵².

Colaboradores

Alves FTA (0000-0001-8886-8514)*, Prates EJS (0000-0002-5049-186X), Carneiro LHP (0000-0001-5180-9182)* e Sá ACMGN (0000-0002-0122-2727)* contribuíram substantivamente para a concepção e planejamento, assim como para a coleta de dados, análise e interpretação de dados, elaboração do rascunho e aprovação da versão final. Pena ED (0000-0003-1220-6041)* e Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuíram significativamente para o planejamento do estudo, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo. ■

Referências

1. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(12):2327-39.
2. Santos RV, Borges GM, Campos MB, et al. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? *SSM - Population Health*. 2020; (10):100537.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; (42):e184.
5. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
7. Krenak A. *O amanhã não está à venda*. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
8. Machado M, Pagliaro H, Baruzzi RG. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). *Rev Bras Estu Popul*. 2009; 26(1):37-50.
9. Souza LCG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Cienc. Saúde Colet*. 2010; 15(supl1):1465-73.
10. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(3):579-90.
11. Campos MB, Borges GM, Queiroz BL, et al. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(5):e00015017.
12. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1602-08.
13. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7):e00046516.
14. Wong LLR, Sánchez JA. Situación de la población afro-descendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20 = Situação da população afrodescendente e indígena na América Latina – pontos de reflexão para o debate sobre o Cairo + 20. Belo Horizonte: ALAP; 2014. [acesso em 2020 out 25]. Disponível em: http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N4/FINAL_Alap2015_Serie_eInvestigaciones_14012016.pdf.
15. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(4):853-61.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
18. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. ed. São Paulo: Editora da USP; 2012.
19. Freemantle J, Ring I, Solomon TG, et al. Indigenous mortality (revealed): the invisible illuminated. *Am J Public Health*. 2015; 105(4):644-53.
20. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7):1272-75.
21. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, et al. Infant mortality among indigenous and non-indigenous people in the Brazilian microregions. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(1):57-63.
22. United Nations International Children's Emergency Fund, World Health Organization, The World Bank, UN Population Division. *Levels and Trends in Child Mortality Report 2015*. Genebra: WHO; 2015.

23. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(supl1):s192-s207.
24. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(1):125-32.
25. Melchior SC, Soares DA, Andrade SM, et al. Avaliação da mortalidade de grupos indígenas do norte do Paraná. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2002; 11(2):61-68.
26. Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
27. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1737-50.
28. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Welch JR, et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013; 13(13):52.
29. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, et al. Infant mortality due to avoidable causes in a city in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2):208-12.
30. Almeida WS, Szwarcwald CL. Infant mortality and geographic access to childbirth in Brazilian municipalities. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):68-76.
31. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo Perspect*. 2008; 22(2):19-29.
32. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-8.
33. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, et al. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1055-64.
34. Gomes SC, Esperidiao MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(5):e00132215.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
36. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
37. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2005; 10(1):7-17.
38. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(supl1):142-56.
39. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
40. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017; 46(4):237-42.
41. Souza MLP, Orellana JDY. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2013; 62(4):245-52.
42. Souza MLP. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl3):e00019219.
43. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação

- brasileira. *Psicol Soc.* 2007; 19(1):45-51.
44. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, et al. Sanitation conditions of indigenous and nonindigenous households in Brazil according the 2000 and 2010 national censuses. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 25(10):3753-63.
45. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, et al. Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(supl3):e00058518.
46. Coimbra Júnior CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(4):855-59.
47. Mazzucchetti L, Galvão PPO, Tsutsui MLS, et al. Incidence of metabolic syndrome and related diseases in the Khisêdjê indigenous people of the Xingu, Central Brazil, from 1999-2000 to 2010-2011. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(11):1-11.
48. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(2):345-54.
49. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, et al. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(3):458-68.
50. Frias PG, Szwarcwald CL, Morais Neto OL, et al. Utilização das informações vitais para estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(3):e00206015.
51. Mahapatra P, Shibuya K, Lopez AD, et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet.* 2007; 370(9599):1653-63.
52. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2016. [acesso em 2020 out 11]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

Recebido em 28/01/2020

Aprovado em 31/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde número do processo: 25000.126.637/2018-93 (TED 66/2018). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) iniciação científica da autora Francielle Thalita Almeida Alves (número do processo: 147941/2020-2) e bolsa produtividade da autora Deborah Carvalho Malta (número do processo: 310177/2020-0). Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde pela bolsa de pesquisa (número do processo: 1362805) do autor Elton Junio Sady Prates. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de doutorado (número do processo: 88882.380997/2019-01) da autora Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá