

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA MARCOS GIL

Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de
Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil

Ribeirão Preto

2012

MARIANA MARCOS GIL

Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de
Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Assistência à
mulher no ciclo vital

Orientador: Flávia Gomes-Sponholz

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

GIL, M. M.

Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Ribeirão Preto. 2012.

56p. il., 30cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Flávia Gomes-Sponholz

1. Mortalidade.
2. Causas básicas de morte.
3. Atestado de óbito

GIL, Mariana Marcos

Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto,
Estado de São Paulo, Brasil.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem em Saúde
Pública

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Walmir e Roseli, avó Maria (*in memorian*) e irmãos por todo amor, apoio e compreensão ao longo do período de elaboração deste trabalho. Aos meus amigos e ao Mario pela presença e incansável dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz que muito contribuiu para meu crescimento científico e intelectual oferecendo oportunidades para consolidar minha carreira.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira dos Santos pela atenção, disposição e apoio durante o processo de análise e definição deste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Ao Setor de Vigilância Epidemiológica e ao Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil pela colaboração e fornecimento dos dados que viabilizaram este estudo.

E finalmente agradeço a Deus por guiar a minha vida, minhas escolhas e minha carreira.

RESUMO

GIL, M.M. **Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.** 2012. 56f. Dissertação de mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Os óbitos de mulheres em idade reprodutiva correspondem a 16% do total de óbitos femininos em todo o Brasil, indicando a dificuldade dos serviços de saúde em implementar ações baseadas na atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, sob o enfoque ampliado da assistência, incorporando a perspectiva de gênero. **Objetivo:** analisar óbitos de mulheres em idade reprodutiva, residentes em Ribeirão Preto-SP, no período de 2007 a 2009, com ênfase nas causas de morte. **Método:** foram analisadas 532 Declarações de Óbito (DO) de mulheres de 10 a 49 anos residentes no município de Ribeirão Preto/SP que foram a óbito no período de 2007 a 2009, obtidas por meio do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna para transcrição integral dos dados. As mortes foram classificadas em maternas declaradas, não maternas e presumíveis. Procedeu-se com a análise dos dados com o *software STATA*, codificação das causas de acordo com a CID 10 e seleção da causa básica de óbito. **Resultados:** Os principais grupos de causas de morte foram: neoplasias 137 (26%), doenças do aparelho circulatório 94 (18%), doenças infecciosas e parasitárias 67 (13%) e causas externas 65 (12%). As mortes por causas maternas representaram a antepenúltima causa de óbito. Foram identificadas, após análise dos campos preenchidos na DO, 467 (88%) mortes não maternas, 5 (1%) mortes maternas declaradas e 60 (11%) mortes maternas presumíveis. **Conclusão:** O padrão de mortalidade do município é semelhante ao do país, apontando a necessidade de incrementar ações nas três esferas de governo voltadas para a saúde da população feminina. Conhecer o perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva possibilita a compreensão de suas principais demandas e problemas de saúde oferecendo subsídios para o planejamento de ações focadas em reduzir mortes por causas evitáveis.

Palavras-chave: Mortalidade. Causas básica de morte. Atestado de óbito

ABSTRACT

GIL, M.M. **Study of women mortality in reproductive age in Ribeirao Preto, State of Sao Paulo, Brazil.** 2012. 56f. Master Dissertation – Nursing School of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2012.

The deaths of women in reproductive age represent 16% of all female deaths in Brazil, indicating the difficulty of health services to implement actions based on comprehensive health care of women in the National Health System, under the approach extended care, incorporating a gender perspective. **Objective:** To analyze deaths of women in reproductive age residing in Ribeirao Preto-SP, in the period of 2007 to 2009, focusing on causes of death. **Method:** We analyzed 532 Death Certificates of women aged 10 to 49 years residing in Ribeirao Preto - SP who died in the period 2007 to 2009, obtained through the Municipal Committee for the Prevention of Maternal Mortality for transcription full of data. The deaths were classified as declared maternal, not maternal and presumed. Proceeded with the analysis of the data with *STATA* software, coding causes according to ICD 10 and selecting the underlying cause of death. **Results:** The main groups of causes of death were neoplasms 137 (26%), circulatory diseases 94 (18%), infectious and parasitic diseases 67 (13%) and external causes 65 (12%). Deaths from maternal causes represented the antepenultimate cause of death. Were identified after analysis of the fields filled in Death Certificates, 467 (88%) not maternal deaths, 5 (1%) declared maternal and 60 (11%) presumed maternal deaths. **Conclusion:** The pattern of mortality in the municipality is similar to the country, pointing to the need for increased action in the three spheres of government focused on the health of the female population. Knowing the profile of women mortality in reproductive age furthers our understanding of their main demands and health problems, offering support for the planning of actions focused on reducing deaths from preventable causes.

Keywords: Mortality. Causes of death. Deaths certificates.

RESUMEN

GIL, M.M. **Estudio de la mortalidad de las mujeres en edad reproductiva, en Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.** 2012. 56f. Disertación - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2012.

Las muertes de mujeres en edad reproductiva representan el 16% de todas las muertes de mujeres en Brasil, lo que indica la dificultad de los servicios de salud para implementar acciones basados en la atención integral de las mujeres en el Sistema Nacional de Salud, bajo el enfoque atención prolongada, la incorporación de una perspectiva de género. **Objetivo:** examinar las muertes de mujeres en edad fértil residentes en Ribeirão Preto, en el período 2007 a 2009, centrándose en las causas de la muerte. **Método:** analizados 532 Certificados de Defunción de las mujeres de 10 a 49 años residentes en Ribeirão Preto / SP que murieron en el período 2007 a 2009, obtenidos a través del Comité Municipal para la Prevención de la Mortalidad Materna para la transcripción completa de los datos. Las muertes se clasificaron como declaró la madre, no la madre y se presunta muerte materna. Procedió con el análisis de los datos con el software *STATA*, la codificación de las causas según la CIE 10 y seleccione la causa subyacente de muerte. **Resultados:** Los principales grupos de causas de muerte fueron los tumores 137 (26%), enfermedades del aparato circulatorio 94 (18%), enfermedades infecciosas y parasitarias 67 (13%) y causas externas 65 (12%). Las muertes por causas maternas representan la causa antepenúltima de la muerte. Fueron identificados tras un análisis de los campos llenos los certificados de defunción, 467 (88%) se registraron no la madre, 5 (1%) declaró la madre y 60 (11%) las muertes maternas presuntamente. **Conclusión:** El patrón de mortalidad en el municipio es similar a la del país, que apunta a la necesidad de una mayor actuación en las tres esferas de gobierno se centraron en la salud de la población femenina. Conocer el perfil de la mortalidad en mujeres en edad reproductiva mejorar la comprensión de sus principales demandas y problemas de salud, ofreciendo apoyo para la planificación de acciones enfocadas a la reducción de la mortalidad por causas evitables.

Palabras-claves: Mortalidad. Causas de muerte. Certificados de defunción.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição percentual dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo perfil sócio-demográfico, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009	34
Tabela 2. Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo II da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009	36
Tabela 3. Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo IX da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009	37
Tabela 4. Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo I da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009	37
Tabela 5. Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo XX da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009	38

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivos gerais	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Integralidade e enfoque ampliado.....	18
3.2 Perspectiva de gênero	20
3.3 Perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva	22
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 População e período do estudo	28
4.3 Local do estudo.....	28
4.4 Variáveis do estudo	29
4.5 Variáveis sociodemográficas	29
4.6 Variáveis relativas ao óbito	30
4.7 Definições e conceitos	30
4.8 Procedimento de coleta.....	31
4.9 Análise dos dados	31
4.10 Análise estatística	32
4.11 Princípios éticos.....	32
5 RESULTADOS	33
6. DISCUSSÃO	40
6.1 Variáveis sociodemográficas	40
6.2 Local de ocorrência do óbito	41
6.3 Causa básica	42
6.4 Classificação dos óbitos	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXO.....	56

APRESENTAÇÃO

No primeiro ano da graduação, em 2006, participei como voluntária de grupos de estudos e pesquisa na área de fisiologia aplicada à enfermagem. No mesmo ano, passei a ser bolsista com o projeto intitulado “Efeito da Ocitocina sobre a Produção de Óxido Nítrico em Cultura de Macrófagos Peritoniais”. Apesar de o tema não estar vinculado com a minha área de atuação, tenho grande apreciação pelo apoio e conhecimento que adquiri, servindo-me de impulso para escolher a carreira acadêmica.

Conheci as diferentes áreas de atuação da enfermagem no decorrer dos anos de estudo, sendo a saúde pública e seus diferentes campos de atuação a área escolhida para meu aprimoramento. Visando a assistência qualificada e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, iniciei, como bolsista, o projeto “Análise de Declarações de Óbito de Mulheres em Idade Fértil: Busca por Óbitos Maternos” com a orientação da Prof^a. Dr^a. Flávia Azevedo Gomes, temática que tem sido foco de meu interesse.

Após a conclusão da graduação em 2009, decidi aprofundar meu conhecimento nesta área. Durante o estudo das mortes de mulheres em idade fértil para identificar os determinantes dos óbitos maternos, encontramos como fator limitante para esta análise a subnotificação no preenchimento da Declaração de Óbito. Fato que me incitou a investigar cada caso de morte materna que possivelmente não foi declarada nos dados oficiais, em âmbito municipal.

Obtive a aprovação no Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública na linha de pesquisa “Assistência à saúde da mulher no ciclo vital” com o projeto de pesquisa “Investigação da Mortalidade Materna no Município de Ribeirão Preto – SP: Fator de Ajuste e Correção” que seria desenvolvido pelo método de inquéritos de mortalidade para corrigir a subnotificação.

O processo de coleta de dados das Declarações de Óbito me levou a prestar atenção em outras causas de morte, além das maternas, que acometiam a maior parte de mulheres em idade fértil. Partindo-se do pressuposto que os óbitos de mulheres em idade fértil por causas não maternas são evitáveis como as mortes maternas, fui instigada a traçar novos objetivos e seguir com essa vertente da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Os óbitos de mulheres em idade reprodutiva, objeto de investigação deste estudo, correspondem a 16% do total de óbitos femininos em todo o Brasil. Dentre outros aspectos, indicam a fragilidade dos serviços de saúde no atendimento aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Falhas na prevenção e no cuidado à saúde das mulheres resultam em mortes evitáveis e passíveis de resolução (BRASIL, 2006; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000).

A população de mulheres em idade reprodutiva representa uma considerável parcela da população geral e vem crescendo progressivamente. No Brasil, a população feminina é de 97,4 milhões correspondendo a 50,8% da população geral, sendo que 63% são mulheres em idade reprodutiva. Em Ribeirão Preto, os valores se aproximam, a população feminina representa 52% da população geral e 61% desta constitui-se por mulheres de 10 a 49 anos (SEADE, 2011).

Atualmente, a maior parte das mulheres em idade reprodutiva vive em países em desenvolvimento, fator relacionado à taxa de fecundidade e expectativa de vida dessas regiões. Este fato indica que as mulheres em idade reprodutiva estão expostas a maiores riscos de adoecer e morrer em relação às mulheres, nesta mesma idade, que vivem em países desenvolvidos (WHO, 2011).

A qualidade de vida da mulher está relacionada a fatores sociais, epidemiológicos, demográficos, econômicos e ambientais. O *status* socioeconômico é considerado o principal determinante de saúde da mulher, pois implica na diferença de acesso aos serviços de saúde e demais bens sociais. (WHO, 2011; BRASIL, 2011).

A desigualdade de gênero é um fator que interfere no processo saúde – doença. As diferenças de poder entre homens e mulheres afetam nas condições de vida e são visíveis nas leis, políticas e práticas sociais. As mulheres trabalham por mais horas, recebem menores salários e despendem mais tempo em atividades não remuneradas. Compreende-se que os distintos padrões de vida de homens e mulheres refletem na forma que adoecem e morrem (BRASIL, 2011; PINHEIRO et al., 2002).

As mulheres buscam com maior frequência os serviços de saúde, no Brasil 70% delas são usuárias do Sistema Único de Saúde. Segundo pesquisa realizada para traçar o perfil de acesso de mulheres aos serviços de saúde, a disponibilidade de dinheiro para tratamento foi identificada como fator que inibe a busca pelo serviço de saúde, seguida pela possibilidade de não ser atendida e falta de meios de transporte. Acrescentou-se ainda que, são maiores as

barreiras de acesso aos serviços de saúde para as usuárias do Sistema Único de Saúde, sendo pertinente considerar tais necessidades para o planejamento de políticas sociais e alocação de recursos (LEITE; MARTINS, 2009).

Considera-se a idade reprodutiva da mulher o período de 10 a 49 anos como referente à menarca e à menopausa, fase em que as mulheres estão expostas a riscos especificamente associados à vida sexual e reprodutiva. Nesse contexto, se faz necessário conhecer o perfil de vida e saúde de mulheres em idade reprodutiva, bem como considerar os problemas de saúde e complicações neste período de suas vidas, responsáveis por 14% das mortes neste segmento populacional no mundo (HADDAD; SILVA, 2000; WHO, 2012).

O Fundo das Nações Unidas trouxe em seu último relatório sobre a situação da população mundial a taxa de fecundidade como uma medida de qualidade de vida da população feminina em idade reprodutiva. A redução da fecundidade em alguns países demonstra melhoria na saúde reprodutiva e empoderamento das mulheres em tomar decisões livre de coerção social e política (UNFPA, 2011).

No Brasil, a taxa de fecundidade passou de 5,8 filhos por mulher em 1970 para 2,3 no ano 2000. Entretanto muitas mulheres em idade reprodutiva continuam ser ter suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva atendidas. O número de nascimentos não planejados é de aproximadamente 50%. O uso de contraceptivos concentra-se basicamente em dois métodos, a laqueadura tubária (40%) e o anticoncepcional oral (21%), sendo o primeiro mais comum em regiões pobres do país (BRASIL, 2011).

Estima-se que 30% do total de casos de infecção pelo HIV no país correspondam a mulheres, destaca-se que a faixa etária mais atingida e com maior risco de se infectar é de 20 a 39 anos. Além disso, há de se considerar a transmissão vertical da sífilis e HIV que indica falhas na atenção obstétrica. A prevalência encontrada é de 1,7% e 0,6% de infecção entre as parturientes, respectivamente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2004).

Além da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, as mulheres também adoecem por outras doenças sexualmente transmissíveis, seja por fatores biológicos e/ou sociais. Na América Latina, uma em cada quatro mulheres tem alguma doença sexualmente transmissível e ocorre frequentemente na faixa dos 15 aos 24 anos. Em geral, esses problemas de saúde são detectados tardiamente e não tratados de maneira adequada acarretando complicações como infecções crônicas, infertilidade, câncer e adversidades durante o ciclo gravídico-puerperal (WHO, 2011).

As necessidades geradas pela vivência reprodutiva e da sexualidade do segmento populacional em questão deve constar nas agendas políticas e como área estratégica de ações

em saúde. O poder público deve assegurar os direitos sociais das mulheres, especificamente os direitos sexuais e reprodutivos, os quais estão além da dimensão da saúde, fazem parte da vida social de cada indivíduo (ÁVILA, 2003).

A mudança no estilo de vida e novos hábitos adotados pelas mulheres ao longo das últimas décadas fez com que as doenças crônico-degenerativas representassem o maior risco atual à saúde da população feminina em idade reprodutiva. Nos últimos 20 anos, o número de casos de câncer entre mulheres aumentou em aproximadamente 15%, com destaque para o câncer ginecológico. Dentre as dificuldades encontradas, está o diagnóstico tardio do câncer de mama que acontece em 60% dos casos, e a não realização do exame citopatológico na população-alvo para prevenção do câncer de colo de útero (INCA, 2012).

Embora esses conceitos estejam presentes nas políticas públicas de saúde do cenário atual, nas primeiras décadas do século XX os programas de saúde materno-infantis contemplavam a prevenção da gestação de alto risco, direcionando-se apenas a fase reprodutiva da vida da mulher. Esses programas também tinham metas estabelecidas a nível central sem priorizar ações voltadas às necessidades de saúde da população local, tornando-se de difícil implementação e de baixo impacto na saúde da mulher (BRASIL, 2011; ALVES, 2006).

Nesse contexto, as mulheres ficavam sem assistência nas demais fases de sua vida e os movimentos sociais e feministas traziam visibilidade a outros impasses que causavam impacto na saúde da mulher como as questões de gênero e particularidades de grupos populacionais não contemplados nas políticas (CEPIA, 2011).

Em 1984, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcado por trazer novos princípios norteadores, diferentes das propostas de políticas lançadas até aquele momento. Na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde, o PAISM foi influenciado pelas diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e integralidade e equidade da atenção à saúde, trazendo mudanças para a saúde da mulher (BRASIL, 2011; SOUTO, 2008).

Mediante avaliação da equipe técnica da área da saúde da mulher dos avanços alcançados e os dos problemas a serem enfrentados, no ano de 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), lançada um ano depois com as proposições do Sistema Único de Saúde já consolidado e respeitando as características da nova política de saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Dentre os aspectos abordados pela PNAISM até o presente momento está a prevenção do câncer ginecológico, a atenção obstétrica e ao abortamento, o planejamento familiar e tratamento para infertilidade, o combate à violência, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como de doenças crônicas, ocupacionais e mentais. A política também incorporou a assistência a segmentos populacionais em situação de exclusão e o foco no “empoderamento” das mulheres e controle social (ALVES, 2006).

Apesar de a PNAISM propor o enfrentamento dos problemas de saúde que mais acometem as mulheres, ainda persistem dificuldades técnicas, de gestão e de controle social em sua implementação (SOUTO, 2008). Muitos municípios encontram dificuldades para consolidar o programa e garantir à população feminina ações básicas mínimas e acesso às ações de maior complexidade, observando-se uma descontinuidade no processo de sua implantação (BRASIL, 2011; COELHO et al., 2009).

O governo brasileiro reconhecendo a ampla agenda de saúde da mulher estabeleceu prioridades de ações, passando a atuar em áreas estratégicas como a redução da mortalidade materna. Manteve-se assim o enfoque na saúde reprodutiva, entretanto há de considerar que a redução da mortalidade materna tem sido uma preocupação mundial.

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal propondo o desenvolvimento de ações para enfrentar as causas passíveis de resolubilidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2004). O pacto também contemplou a vigilância do óbito materno recomendando-se que todas as mortes de mulheres de 10 a 49 anos sejam investigadas. Permeados pelas estatísticas que comprovam essa necessidade, em 2005 no país constatou-se que 2,5% dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva correspondiam às mortes maternas (BRASIL, 2006).

Em 2011, foi lançado o Rede Cegonha, um programa de transferência de renda e uma rede integrada de cuidados cujo objetivo é assegurar às mulheres o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e que demonstrou importante impacto na redução da mortalidade materna (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Embora se perceba avanços na redução da mortalidade materna, a proposta de política de saúde da mulher permanece com lacunas nas demais áreas estratégicas, necessitando avançar também no sentido da integralidade da assistência, bem como na articulação entre os diferentes setores e níveis de atenção à saúde com a incorporação dos sistemas estadual e municipal do país (VILELA, 2000; BRASIL, 2011).

Faz-se necessário compreender que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país e as especificidades devem ser

consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto com melhores resultados. Dessa forma, as estatísticas sobre mortalidade desenvolvidas em determinada região devem ser estimuladas para que viabilizem a análise das condições de saúde da população alvo (BRASIL, 2011).

No município de Ribeirão Preto - SP, foi realizado um único estudo sobre o perfil de mortalidade de mulheres no período reprodutivo nos anos de 1985 a 1989 em comparação com os anos de 1970 a 1974 (CARVALHEIRO, MANÇO, 1992). O estudo traz algumas limitações para avaliar o padrão atual de mortalidade ao não incluir a faixa etária de 10 a 14 anos, presente nos estudos de mortalidade após a constatação de óbitos secundários ao ciclo gravídico-puerperal em adolescentes (LAURENTI, 1988). Foi utilizada a 9ª Classificação Internacional de Doenças e Agravos à Saúde a qual trazia a AIDS em outro capítulo, havendo mudanças consideráveis na interpretação dos resultados. Houve a inclusão de óbitos de mulheres não residentes no município, interferindo no perfil epidemiológico local. E no período em que o estudo foi realizado não constava na Declaração de Óbito, instrumento de coleta dos dados, os campos para identificar óbitos ocorridos durante o ciclo gravídico-puerperal, havendo possibilidade de subenumeração de mortes maternas.

Estudos atuais de mortalidade por segmentos populacionais específicos, como o de mulheres em idade reprodutiva, identificam o perfil de saúde nesta fase da vida e permitem contextualizar as informações referentes aos problemas de saúde sexual e reprodutiva possibilitando desenvolver ações de saúde (ALBUQUERQUE et al., 1998; BATISTA et al., 2000; HADDAD; SILVA, 2000).

Portanto, considerando a lacuna de conhecimento e face à importância de subsidiar o planejamento local, é preciso evoluir no conhecimento sobre os problemas de saúde que mais acometem esse grupo populacional dando continuidade a estudos desenvolvidos anteriormente, justifica-se assim o desenvolvimento deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Analisar óbitos de mulheres em idade reprodutiva, residentes em Ribeirão Preto-SP, no período de 2007 a 2009, com ênfase nas causas das mortes.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o óbito quanto ao local, nível de atenção à saúde da instituição onde ocorreu o óbito e a causa básica.
- Relacionar as causas de óbitos de acordo com os grupamentos da 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças.
- Identificar as causas dos óbitos maternos declarados, não maternos e presumíveis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo está fundamentado no eixo teórico da Atenção Integral à Saúde da Mulher, norteado pela perspectiva de gênero e pela proposta de atingir mulheres em todos os aspectos de suas vidas indo além do enfoque sexual e reprodutivo. Espera-se enfrentar abordagens reducionistas que consideram apenas o aspecto biológico do corpo feminino, marcado pelo ciclo gravídico-puerperal (GOMES, 2011).

3.1 Integralidade e enfoque ampliado

A integralidade visa atender a todas as necessidades dos indivíduos, considerando suas dimensões física, mental, afetiva e espiritual. É a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. Incluem-se as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação e ao mesmo tempo propõe a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a intersectorialidade (SOUTO, 2008).

O modelo de atenção à saúde atual, o biomédico, tornou-se um obstáculo para a proposta de integralidade. Faz-se necessário ampliar a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, indo além do campo e setor saúde e valorizando os contextos sociais, culturais, econômicos, políticos e históricos (COELHO et al., 2009).

No contexto da reforma sanitária a integralidade norteou o movimento de reorganização do sistema e a partir da Constituição de 1988 passou a ser prevista como lei no artigo 198 emergindo como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde. No campo da saúde a integralidade produz conhecimento e orienta as práticas, sendo referência na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; SOUTO 2008).

Em propostas políticas para responder às necessidades de um grupo populacional específico, como o da população feminina, a integralidade passa a ser a principal referência. Esse conceito apareceu primeiramente em 1983, atrelado à saúde da mulher no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), partindo-se da proposição de melhorar o atendimento obstétrico, bem como intervir em outras áreas pertinentes à saúde da população feminina (MANDÚ, et al., 1999; COELHO et al., 2009).

A persistência de problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal torna a atenção à saúde reprodutiva uma prioridade para os gestores entendendo-se como uma ação voltada ao bem-estar de toda a sociedade. Concomitantemente, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis entre as mulheres e demais problemas que as acometem devem ser considerados no planejamento de ações em saúde e enfrentados na busca de uma atenção integral (VILLELA, 2009).

Mediante uma perspectiva ampliada da atenção à saúde da mulher, o PAISM rompeu com o enfoque dos programas de saúde materno-infantis e buscou promover ações voltadas ao atendimento global das necessidades desse grupo populacional, enfatizando a educação em saúde para o empoderamento das mulheres (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi lançada pelo Ministério da Saúde reforçando o compromisso de implementação de ações em saúde da mulher, contemplando segmentos populacionais em situação de exclusão social e das políticas públicas vigentes até o momento. Além disso, a integralidade de assistência foi reforçada com relação às práticas educativas, promovendo um maior controle e autonomia da mulher sobre sua saúde (FREITAS et al., 2009).

A mulher quando vista em sua integralidade, é entendida como sujeito capaz de participar do processo de tomada de decisões políticas e enquanto cidadã incluída nesse processo terá garantido o atendimento de suas reais necessidades de saúde. Considera-se assim que a sociedade civil organizada, principalmente representada pelo movimento de mulheres deverá contribuir ativamente na formulação, implementação e avaliação das ações de saúde da mulher (FREITAS et al., 2009; BRASIL, 2007).

A PNAISM também tem como diretriz a humanização das práticas em saúde visando à qualidade da atenção. Humanizar trata-se de atitudes profissionais que reforçam o cuidado como um direito, oferecem informação em saúde para permitir a tomada de decisão e autonomia dos sujeitos, acolhem a demanda e buscam a resolutividade de problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Destaca-se dentre as políticas e ações públicas que visam à saúde da mulher, o Pacto pela Saúde, lançado em 2006 que compreende o Pacto pela Vida cujas prioridades relacionadas à área em questão estão a redução da mortalidade materna e o controle do câncer de colo de útero e de mama, problemas de impacto sobre a população feminina em idade reprodutiva. A Política Nacional de Atenção Básica, 2006, surgiu com o propósito de reorganizar a atenção básica e estabelecer os valores de seu financiamento, no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços (BRASIL, 2007).

Embora as políticas públicas de saúde apresentadas voltem suas ações para melhorar a qualidade de vida da população feminina, ainda existe uma lacuna na forma de atendimento, na articulação entre os serviços, na implementação a nível municipal e no controle dos problemas de saúde mais frequentes nesse grupo populacional.

Em estudo realizado por Coelho et al. (2009) para identificar aspectos que fragilizam ou potencializam a integralidade nas práticas em saúde mostrou-se que o atendimento permanece com caráter reducionista, desumanizado e não resolutivo, distanciando as mulheres do serviço e as impedindo de criar vínculo com os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que não há garantia de atendimento às suas demandas.

Em outros estudos, é enfatizado que o sistema de saúde apresenta dificuldade em assistir às mulheres em áreas específicas como as doenças crônico-degenerativas, as quais estão entre os problemas de saúde que mais acometem as mulheres em idade reprodutiva. Os segmentos populacionais específicos, dentro da população feminina, apesar de contemplados nas políticas enfrentam problemas no atendimento às suas necessidades, reprimindo o acesso à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2007; FREITAS et al., 2009; BRASIL, 2011)

É questionável também a implantação e implementação das políticas que abrangem a saúde da mulher em sua integralidade por parte dos estados e municípios do país. As três esferas de governo precisam estar comprometidas com o processo de descentralização das ações de saúde para os municípios, pois existem demandas específicas a nível local que devem ser consideradas quanto ao impacto na saúde da mulher.

Considerando o processo de municipalização das ações em saúde, os estudos sobre mortalidade são utilizados para a análise das condições de saúde da população local. Quando se faz necessário conhecer o perfil de saúde de grupos populacionais como o de mulheres em idade reprodutiva, tais estudos são conduzidos para oferecer subsídios para o planejamento local e promoção de ações que satisfaçam suas necessidades de maneira integral.

3.2 Perspectiva de gênero

A perspectiva de gênero esta presente na formulação de políticas de saúde da mulher, uma vez que é reconhecida a desigualdade entre gêneros e o impacto que essas diferentes relações causam no processo saúde-doença. Incluir essa abordagem significa compreender a

construção social, cultural e histórica da mulher na sociedade implicando nas ações e práticas em saúde, na busca por um cuidado integral (SOUTO, 2008; BRASIL, 2011).

O termo gênero engloba o significado de ser mulher ou homem na sociedade em suas dimensões histórica, social e cultural e não apenas biológica. O gênero é originado no pensamento feminista e mostra que há uma relação entre homens e mulheres, sendo condutor de comportamentos e práticas sociais. As relações de gênero são desiguais, acentuando outras desigualdades e aprofundando os desequilíbrios nas práticas sociais, leis e políticas (BRASIL, 2011 apud HERA, 1995; CEPIA 2011).

As atribuições dos papéis sociais de homens e mulheres estão articuladas ao gênero. No início do século XX, a mulher era reduzida a função social de mãe e reprodutora, essa determinação começou a mudar a partir de 1975 na Conferência do México, seguida da Conferência de Copenhague em 1980 e da Conferência de Nairóbi em 1985, todas encontros internacionais, com participação do movimento de mulheres, que geraram tratados para enfrentar a desigualdade de gênero e definiram os problemas que afetavam a população feminina, propiciando a elaboração de políticas públicas com a perspectiva de gênero (PRÁ; EPPING, 2012).

Dentre os tratados e acordos fechados, o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Cedaw, adotado em 1979, porém em vigor no Brasil apenas em 2002, norteou os Estados participantes a estabelecer a igualdade entre homens e mulheres, assegurando igual acesso e oportunidade aos bens sociais e à política (PRÁ; EPPING, 2012).

As questões ligadas ao bem estar da população feminina mundial deslocaram-se do contexto de controle da natalidade para uma perspectiva de promoção da igualdade de gênero, reafirmando as mulheres em todas as dimensões de sua existência, incluindo a sexual e reprodutiva na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, em Cairo no ano de 1994, seguida da IV Conferência Mundial das Mulheres realizada em Beijing, em 1995, onde os direitos sexuais e reprodutivos bem como uma ampla plataforma de direitos das mulheres foram reafirmados (CEPIA, 2011).

A inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos resulta do reconhecimento da perspectiva de gênero na assistência integral à saúde da mulher, haja vista que as intervenções voltadas ao corpo da mulher devem considerar sua autonomia e liberdade sobre ele, reafirmando sua condição de cidadã (SOUTO, 2008).

O reconhecimento de que homens e mulheres têm demandas distintas de saúde engloba a compreensão das diferentes condições sociais e de trabalho das mulheres que por

muitas vezes se traduz em adoecimento, sejam sintomas físicos ou mentais que devem ser objetos de ação no setor saúde. Trata-se do atendimento integral que as mulheres buscam nos serviços de saúde, quando não se fragmenta o corpo doente de seu contexto social e histórico, oferecendo resolutividade aos problemas apresentados e promovendo a equidade de gênero (VILLELA, 2009).

3.3 Perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva

As mulheres em idade reprodutiva correspondem à maioria da população feminina, tornando-se um segmento populacional que necessita de visibilidade e de atenção nas agendas de saúde. As dificuldades enfrentadas por elas no acesso aos bens sociais, no mercado de trabalho e espaços políticos demonstram a persistência da desigualdade de gênero e suas consequências nas condições de vida desse grupo. Muitas vezes, encontram-se em uma fase em que estão estruturando sua vida familiar, profissional e social e deparam-se com problemas de saúde que ocasionam mortes prematuras devido às falhas na assistência prestada (OLIVEIRA; RICARTE; CRISTINE, 2011).

Com a presença da abordagem reducionista da mulher em idade reprodutiva na rede de serviços de saúde persistem problemas como o acesso desigual, a inadequação dos serviços em responder às suas necessidades e a baixa qualidade da assistência que devem ser superados para a reestruturação do modelo de atenção norteado pelo enfoque ampliado da atenção à saúde da mulher em idade reprodutiva (SOARES, 2011).

Além de reconhecer as barreiras de acesso e oportunidades impostas às mulheres nesta fase da vida, é importante evoluir no conhecimento sobre os problemas de saúde que mais afetam esse grupo populacional, para o planejamento de intervenções dirigidas às suas especificidades e demandas. Considera-se que estudos de mortalidade proporcional nesse grupo, conduzido por meio dos dados oficiais, sejam de grande valia para o delineamento do perfil de saúde de mulheres em idade reprodutiva (ALBUQUERQUE et al., 1998).

Os estudos sobre mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil apresentam um padrão heterogêneo para diferentes regiões, porém a transição epidemiológica marcada pela queda de mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças relacionadas ao aparelho circulatório e neoplasias mostrou-se presente em todo país (CARVALHEIRO; MANÇO, 1992; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000).

O mesmo ocorre no mundo, apesar da transição epidemiológica, os padrões de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva são diferentes e estão associados à situação socioeconômica de cada país ou região. Em países desenvolvidos, as principais causas de morte neste segmento populacional são acidentes de trânsito, suicídio e câncer de mama. Em contrapartida, em países em desenvolvimento, são HIV/AIDS, mortes relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e tuberculose (WHO, 2011).

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram a coexistência dos dois padrões citados acima. Uma parte da população feminina é acometida por doenças dos países desenvolvidos como as cardiovasculares e crônicas-degenerativas e outra com as de países que vivem em situação de extrema pobreza como a mortalidade materna, demonstrando as diferenças regionais (BRASIL, 2011).

Em análise realizada em 2001 para a população brasileira, o peso relativo de doenças não-transmissíveis entre as mulheres em idade produtiva, considerada de 15 a 59 anos é de 75%, isso indica que a proporção de óbitos por esse grupo de causas é maior, principalmente no que se refere às neoplasias e doenças do aparelho circulatório (NOGUEIRA, 2004). Este fato se aplica em estudos direcionados exclusivamente à investigação das causas de morte de mulheres em idade reprodutiva.

Pesquisas indicam que a mudança no padrão de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva ocorreu concomitantemente com o processo de industrialização, devido sua inserção na população economicamente ativa e processo de produção. Ao longo dos anos de 1990, as mulheres em idade reprodutiva deixaram de exercer essencialmente o papel social de mãe para participarem ativamente no mercado de trabalho, passando a adotar novos hábitos de vida (SEADE, 2005; BATISTA et al., 2000).

Em consequência disso, houve o aumento de mortalidade entre as mulheres em decorrência do tabagismo, etilismo e uso de outras drogas, sexo desprotegido, exposição ocupacional, alimentação inadequada, dentre outros fatores que desencadeiam problemas de saúde que afetam este segmento populacional de maneira distinta do restante da população. Além desses fatores comuns na população feminina, o grupo de mulheres em idade reprodutiva está mais exposto a riscos associados à saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2011; MOKDAD et al., 2000; MCGINNIS; FOEGE, 1993; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000).

Em estudos conduzidos no Brasil com a finalidade de obter o padrão de mortalidade na população feminina de 10 a 49 anos, as principais causas de morte encontradas foram o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; dentre as neoplasias estavam o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as pneumonias que podem mascarar outras

causas básicas de morte; o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2011; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000; BRASIL, 2006).

As doenças cardiovasculares apresentam coeficientes que aumentam com a idade, por esse motivo, poucos estudos foram desenvolvidos com foco em mulheres em idade reprodutiva. Entretanto, é consenso que os fatores socioeconômicos, demográficos e culturais da população feminina têm se modificado nas últimas décadas, com sua participação no mercado de trabalho, e conseqüentemente aumentando a exposição aos fatores de risco da aterosclerose coronariana, como os maus hábitos alimentares, a obesidade, o sedentarismo, o estresse e o hábito de fumar (HADDAD; SILVA, 2000).

As doenças cardiovasculares estão entre as primeiras causas de morte entre mulheres em idade reprodutiva e podem ser associadas à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Tais fatores de risco remetem à importância de maior controle de mulheres que convivem com doenças crônicas não transmissíveis em acompanhamento na rede de atenção básica de saúde, evitando complicações (BRASIL, 2011).

O estudo conduzido por Haddad e Silva (2000) que investiga a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva por doenças cardiovasculares chama a atenção para a ocorrência de infarto agudo do miocárdio como causa de óbito em mulheres antes do climatério, indicando que seu declínio poderá estar relacionado à prevenção dos fatores de risco e aos métodos mais precisos para diagnóstico e tratamento precoce, bem como à melhoria na assistência básica prestada a esse grupo populacional.

Em relação às neoplasias, o câncer de mama é o tipo que mais acomete mulheres no mundo. Os casos aumentam conforme a idade e além deste fator de risco existem aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher como a menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, o uso prolongado de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. É maior o risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que acontece com câncer de colo uterino. Não existem medidas de prevenção primária em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas relacionadas à etiologia da doença. O exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e a mamografia, a cada dois anos, são as estratégias recomendadas para controle do câncer de mama, porém há dificuldade em alcançar a faixa de mulheres em idade reprodutiva. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama, basicamente com história familiar, é recomendado o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos. As taxas de mortalidade por câncer de mama entre mulheres em idade reprodutiva continuam

elevadas por falhas no rastreamento e captura dessas mulheres em momento oportuno para o tratamento pela rede de atenção básica (INCA, 2012; BRASIL, 2004).

O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública no mundo, pois mais de 85% dos óbitos ocorrem em países em desenvolvimento. Esses números remetem a ineficiência dos programas de rastreamento. O principal fator de risco é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). A incidência do câncer de colo de útero manifesta-se entre os 20 e 29 anos, aumentando seu risco com o passar da idade, no entanto, comprovou-se que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, enquanto em idade mais avançada a infecção persiste. O exame citopatológico é o principal método de rastreamento em mulheres de 25 a 64 anos. Segundo o INCA, é preciso garantir a organização, a integralidade, a qualidade dos programas de rastreamento e o seguimento das mulheres para evitar as mortes por câncer de colo uterino (INCA, 2012).

Nas últimas décadas observou-se um aumento de 12% na proporção de mortes por causas externas entre mulheres na região Sudeste do país (SIMÕES, 2002; PARPINELLI et al., 2000). Em outros estudos, constatou-se também o aumento de óbitos por causas violentas, sobretudo acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (FAÚNDES; PARPINELLI; CECATTI, 2000). A Organização Mundial de Saúde estima que no mundo cerca de 1.200 milhão pessoas morrem por acidentes de transporte, bem como um grande número fica permanentemente incapacitada, acarretando em impactos para toda a sociedade.

O contexto socioeconômico nos grandes centros urbanos acentua as desigualdades sociais, fato este que parece ter papel decisivo e importante na alta frequência de homicídios, em sua maioria, causados por arma de fogo (BRASIL, 2006). Dentre as mulheres de 10 a 49 anos, a faixa etária de 15 a 24 anos é a mais suscetível a esse grupo de causas de morte, porém diferente das outras causas de morte apresentadas, as causas externas mantêm relativa estabilidade nas diferentes faixas etárias, apenas de 10 a 14 anos a exposição parece ser menor (CARDOSO; FAÚNDES, 2006; BRASIL, 2006; FAÚNDES; PARPINELLI; CECATTI, 2000).

Além das causas apontadas, alguns estudos já traziam a necessidade de incrementar programas de prevenção, controle e tratamento do HIV/AIDS entre a população feminina, os quais devem visar também a transmissão vertical, considerando que globalmente esta é a principal causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva (WHO, 2012). Porém, essa causa ainda é responsável pela maior parte dos óbitos evitáveis por medidas preventivas, representando 60,6% das mortes por doenças infecciosas e parasitárias (PARPINELLI et al., 2000; BRASIL, 2006).

Como indicador da qualidade dos cuidados oferecidos à população, o conceito de morte evitável tem sido utilizado para analisar a mortalidade, pautado no fato de que uma morte prematura, como de uma mulher em idade reprodutiva, causa impactos sociais, políticos, econômicos e familiares (PARPINELLI et al., 2000).

São considerados critérios de evitabilidade das mortes prematuras ou evitáveis, medidas preventivas, diagnóstico e tratamento precoce, saneamento e medidas mistas. Estudos têm mostrado que não somente a mudança de comportamento das mulheres é responsável pelo processo de adoecer e morrer, mas também deve ser considerada a assistência de saúde prestada à população, indo além dos critérios individuais, sociais e demográficos (PARPINELLI et al., 2000; LAURENTI et al., 1990).

Cerca de metade dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva são evitáveis ou passíveis de resolução, principalmente quando se trata de mortes maternas, evitável em 92% dos casos. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal não representa a maior parte dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva, porém é reconhecida como um grave problema de saúde pública, na medida em que a gestação é um evento relacionado à vida sexual e reprodutiva da mulher e não uma doença (BRASIL, 2011).

O ciclo gravídico-puerperal pode trazer riscos que podem ser reduzidos com uma assistência qualificada, oportuna e adequada. A evolução tecnológica e terapêutica fez com que algumas complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal não ocasionassem o óbito materno, porém em países em desenvolvimento essas mortes continuam acontecendo. Estima-se que 600.000 mulheres morram anualmente no mundo durante o ciclo gravídico-puerperal, uma morte materna por minuto, sendo que 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento (COSTA et al., 2002; WHO, 2009).

Diferentes estudos mostram que as causas obstétricas diretas, as quais resultam de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, respondem por cerca de dois terços dos óbitos, demonstrando a baixa qualidade da atenção obstétrica prestada às mulheres em idade reprodutiva (RIQUINHO; CORREIA, 2006; CECATTI et al., 1998; SOARES et al., 2008).

Ainda em relação às causas de morte de mulheres grávidas no momento do óbito ou nos 12 meses que o precederam, chama atenção que 51,6% das causas eram maternas e 48,4% dessas mortes foram decorrentes de outras causas, destacando-se as causas externas, doenças infecciosas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2006). Este fato indica que a morte de uma mulher na gravidez ou puerpério também pode ocorrer por causas não

obstétricas, reforçando a necessidade de investigar todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva para se traçar o perfil epidemiológico deste segmento populacional.

Diante da situação em que vivem as mulheres em idade reprodutiva, espera-se que haja no país e a nível local políticas públicas voltadas à promoção da melhoria das condições de vida e saúde deste segmento populacional, bem como garantir o direito de acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde de qualidade. Conhecendo-se o perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, é possível compreender suas principais demandas e problemas de saúde oferecendo subsídios para o planejamento de ações focadas em reduzir mortes por causas evitáveis.

Compete aos gestores em saúde e ao Estado ampliar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva de gênero e desigualdades, e à sociedade civil, principalmente o movimento de mulheres, continuar lutando pela garantia de seus direitos humanos.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, de base populacional em que utilizamos dados secundários, de Declarações de Óbito para a análise quantitativa de mortes de mulheres em idade reprodutiva residentes no município de Ribeirão Preto – SP, que foram a óbito nos anos de 2007 a 2009.

4.2 População e período do estudo

A população foi constituída das Declarações de Óbito de todas as mulheres em idade reprodutiva - aqui considerada a idade de 10 a 49 anos - residentes no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, que foram a óbito nos anos de 2007 a 2009.

4.3 Local do estudo

Ribeirão Preto é um município localizado na região nordeste do Estado de São Paulo e possui 652 km² de área. Segundo o Censo Demográfico, para o ano de 2000, sua população era de 563.107 habitantes (IBGE, 2009). Em relação ao saneamento básico, em Ribeirão Preto, 99,09% da população é servida de água encanada, sendo que a água consumida e distribuída provém de um reservatório de águas subterrâneas – Aquífero Guarani.

O município possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. A rede hospitalar é formada por 15 hospitais com 71,5% dos leitos disponibilizados para o SUS. A rede municipal de saúde está organizada em cinco regiões que agrupam cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde e a rede de atenção básica conta com 33 Unidades Básicas de Saúde e 21 equipes da Estratégia de Saúde da Família. O setor

secundário possui 16 ambulatórios de especialidades, seis laboratórios entre próprios e conveniados e serviços de odontologia, radiodiagnóstico e terapia substitutiva (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Ribeirão Preto conta com o Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, oficialmente desde 2002, sendo a razão de mortalidade materna em 2008 de 52,5/100.000 nascidos vivos.

4.4 Variáveis do estudo

Para descrever as variáveis sociodemográficas, utilizamos a definição que consta na Declaração de Óbito e no Manual para Preenchimento da Declaração de Óbito (BRASIL, 2010).

As variáveis relativas ao óbito foram codificadas seguindo a Lista de Tabulação de Mortalidade da CID- BR-10 para as causas de óbito.

4.5 Variáveis sociodemográficas

Procedência: local de nascimento da mulher, classificado em municípios.

Idade: idade em anos completos em que a mulher morreu, categorizada pelas faixas etárias utilizadas nos estudos de mortalidade - 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos.

Estado civil: solteira, casada, viúva, separada judicialmente/divorciada e ignorado.

Raça: branca, preta, amarela, parda e indígena

Escolaridade: codificada em anos estudados em nenhuma, de 1 a 3 anos estudados, de 4 a 7 anos estudados, de 8 a 11 anos estudados e 12 ou mais.

Ocupação: referente ao trabalho que a mulher exercia.

4.6 Variáveis relativas ao óbito

Ano de ocorrência: 2007, 2008 ou 2009.

Local de ocorrência do óbito: categorizado em hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio, via pública, outros ou ignorado.

Instituição de saúde: o serviço de saúde que notificou o óbito.

Causa da morte: classificada em causa A, B, C e D, se constava na Declaração de Óbito, e codificadas segundo a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a Revisão. 2a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1995).

Campos 43 e 44 correspondentes às questões “*a morte ocorreu durante gravidez, parto ou aborto?*” e “*a morte ocorreu durante o puerpério?*”, respectivamente, cujas respostas possíveis são sim, não ou ignorado e sim, até 42 dias, sim de 43 dias a 1 ano, não ou ignorado.

4.7 Definições e conceitos

Causa básica de morte: doença ou afecção lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. Deve existir somente uma causa básica da morte. As estatísticas de mortalidade são produzidas atribuindo-se à morte uma só causa, a causa básica de morte, que deve estar registrada na última linha da parte I da Declaração de Óbito. O foco deste estudo está na causa básica de morte.

Morte materna declarada: quando as informações registradas na Declaração de Óbito permitem classificar o óbito como materno.

Morte presumível: aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na Declaração de Óbito por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fator ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Dessa forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

Óbitos inconclusivos: resultantes de Declarações de Óbito com falhas ou ausência de preenchimentos nos campos relacionados ao ciclo grávido-puerperal.

Óbito não materno: quando ambos os campos continham resposta negativa ao estado gravídico-puerperal da mulher, sem causa básica materna declarada.

Causas mal definidas: óbitos ocorridos sem assistência médica ou com falhas no preenchimento da Declaração de Óbito.

4.8 Procedimento de coleta

1. As Declarações de Óbito foram disponibilizadas pelo Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Ribeirão Preto. Obtivemos 532 Declarações de Óbito de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, por meio de seleção mensal e manual.

2. Transcrevemos integralmente os dados das Declarações de Óbito, referentes às variáveis sociodemográficas e relativas ao óbito, para o instrumento de coleta elaborado, sendo este uma cópia idêntica da Declaração de Óbito.

3. Codificamos as variáveis relativas à causa básica da morte e as agrupamos de acordo com os critérios estabelecidos na lista tabular da 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Nesta etapa dos procedimentos utilizamos o Módulo Automático Seletor de Causa Básica (SCB), desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que nos foi disponibilizado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

4. Compilamos os dados em uma planilha eletrônica de dupla entrada, posteriormente validada.

4.9 Análise dos dados

Analizamos o preenchimento dos campos 43 e 44 da Declaração de Óbito para conhecer o estado gravídico-puerperal da mulher no momento da morte. Partimos da identificação de incompletitudes no preenchimento, e encontramos as seguintes situações: (i) ambos os campos em branco; (ii) resposta afirmativa em um dos campos e resposta em branco

ou ignorada em outro; (iii) e resposta negativa em um dos campos e resposta em branco ou ignorada em outro.

Analisamos se havia, nas Declarações de Óbito consideradas inconclusivas, causas que poderiam ocultar o estado gestacional da mulher, configurando os óbitos maternos presumíveis. Essas causas foram divulgadas pelo Ministério da Saúde para a identificação de óbitos maternos presumíveis (BRASIL, 2009).

A seguir, aliamos à análise do preenchimento dos campos 43 e 44 a avaliação da causa básica da morte que constava na Declaração de Óbito para classificar os óbitos.

4.10 Análise estatística

Para a análise utilizamos o software *STATA* para processamento dos dados.

4.11 Princípios éticos

De acordo com a resolução 196/96 do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado por meio do Processo número 1107/2009. A pesquisa está sendo desenvolvida dentro dos padrões éticos, respeitando a dignidade humana. Solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por utilizarmos informações que constavam na Declaração de Óbito. É garantido o sigilo das informações pela não identificação dos sujeitos da pesquisa.

5 RESULTADOS

Identificamos a partir das 532 Declarações de Óbito o perfil sociodemográfico das mulheres de 10 a 49 anos que foram a óbito no município de Ribeirão Preto - SP nos anos de 2007 a 2009.

A análise dos anos foi feita em conjunto devido à aplicação do teste qui-quadrado indicar que não houve diferença entre eles (Tabela 1).

A variável escolaridade apresentou maior número de dados não informados 293 (55%), seguida da ocupação 218 (41%), procedência 85 (16%), estado civil 71 (13%) e raça 51 (10%). A idade foi a variável melhor informada nas Declarações de Óbito com 14 campos não preenchidos.

Além da ausência de informação nos campos referentes às características sociodemográficas, a variável escolaridade novamente apresentou-se com maiores falhas no preenchimento com 78 (15%) dados ignorados, seguida da ocupação 25 (5%), estado civil 18 (3%) e procedência 6 (1%).

Quanto à categoria outros da variável ocupação, 19 (18%) exerciam trabalhos que exigiam o nível superior, 20 (19%) exerciam trabalho informal, 17 (16%) eram estudantes e 49 (47%) estavam inseridas no mercado de trabalho formal.

Tabela 1: Distribuição percentual dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo perfil sócio-demográfico, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Perfil	n	%
Grupo etário		
10 a 19	21	3.95
20 a 29	70	13.16
30 a 39	131	24.62
40 a 49	296	55.64
Em branco	14	2.63
Total	532	100
Raça/cor		
Branca	332	62.41
Preta	56	10.53
Parda	91	17.11
Amarela	2	0.38
Em branco	51	9.59
Total	532	100
Procedência		
Estado de São Paulo	343	64.47
Outros estados	98	18.42
Em branco	85	15.98
Ignorado	6	1,13
Total	532	100
Estado civil		
Solteira	216	40.60
Casada	170	31.95
Separada judicialmente	40	7.52
Viúva	17	3.20
Em branco	71	13.35
Ignorado	18	3.38
Total	532	100
Escolaridade		
Nenhuma	5	0.94
De um a tres anos	2	0.38
De quatro a sete anos	71	13.35
De oito a 11 anos	57	10.71
12 anos ou mais	26	4.89
Em branco	293	55.08
Ignorado	78	14.66
Total	532	100
Ocupação		
Do lar	153	28.76
Empregada doméstica	19	3.57
Aposentada/pensionista	12	2.26
Outros	105	19.74
Em branco	218	40.98
Ignorado	25	4.70
Total	532	100

Fonte: Declarações de óbito

A caracterização do óbito quanto ao local de ocorrência, mostrou que a maior parte ocorreu em instituições hospitalares 395 (74%). As três instituições hospitalares que apresentaram maior ocorrência de óbitos foram públicas e filantrópicas, inseridas na rede de serviços de saúde do município como nível terciário de atenção à saúde de alta complexidade.

O segundo local de maior ocorrência de óbito foi o domicílio encontrado em 67 (13%) Declarações de Óbito, referindo-se a casos sem assistência médica no momento da morte, seguidos de outros estabelecimentos de saúde como Unidades Básicas Distritais de Saúde em 38 (7%) Declarações de Óbito, que correspondem ao nível secundário de atenção (Figura 1).

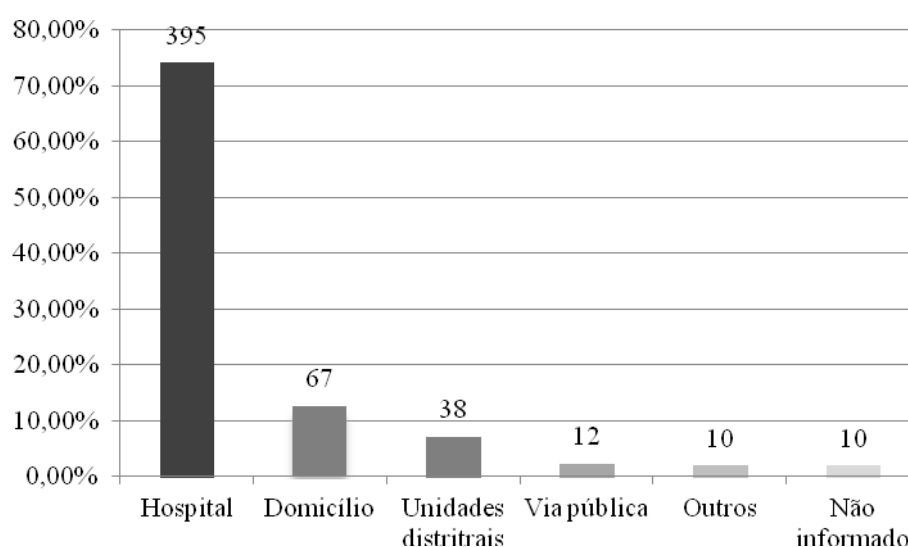


Figura 1: Distribuição percentual dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo local de ocorrência, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Quanto ao preenchimento dos campos 43 e 44 da Declaração de Óbito em relação ao local do óbito, temos que a ocorrência do óbito em outros locais apresentou maior número de campos não preenchidos 6 (60%), seguidos de via pública 5 (42%), hospitais 132 (34%), domicílios 21 (32%) e unidades distritais 9 (25%).

Quanto à causa básica as neoplasias foram as responsáveis pelas principais causas básicas de morte de mulheres em idade reprodutiva 137 (26%), seguidas das doenças do aparelho circulatório 94 (18%), as doenças infecciosas e parasitárias 67 (13%) e as causas externas 65 (12%) (Tabela 2).

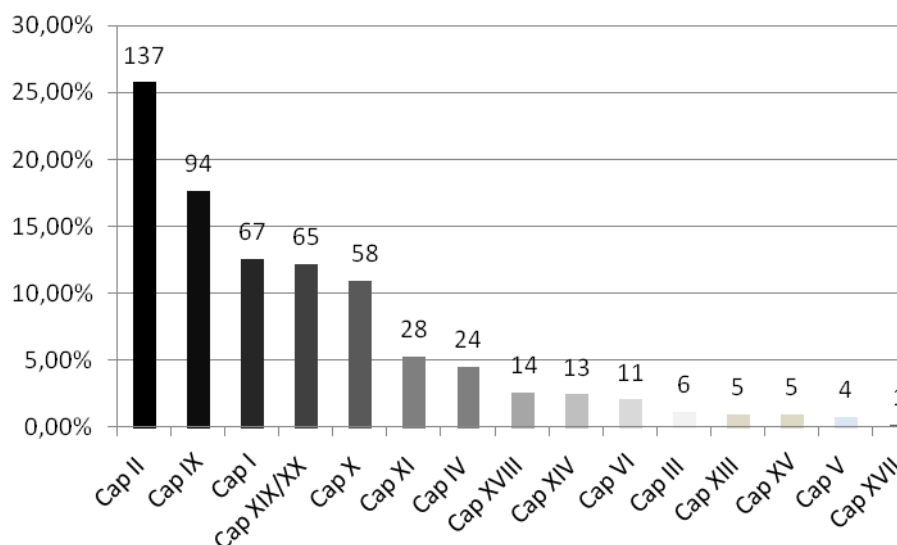


Figura 2: Distribuição percentual dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo capítulos da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

O capítulo II da CID 10 foi o principal grupamento encontrado entre as causas básicas declaradas, a neoplasia de mama ocorreu em 42 (31%) mulheres, seguida de neoplasias primárias relacionadas ao trato gastrointestinal 32 (23%) e câncer de colo de útero que representou 14 (10%) dos óbitos (Tabela 3). O grupo mais atingido pelas neoplasias foram as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos sendo encontrados 98 (72%) óbitos, 22 (16%) na faixa de 30 a 39 anos, 9 (7%) em mulheres de 20 a 29 anos e 7 (5%) de 10 a 19 anos.

Tabela 2: Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo II da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Causa básica	Frequência	Porcentagem
Mama	42	30,66
Gastrointestinal	32	23,36
Útero	14	10,22
Pulmão	12	8,76
Leucemia	16	11,68
Outros	21	15,33
Total	137	100,00

Em relação às doenças do aparelho circulatório as síndromes hemorrágicas constavam em 17 (18%) Declarações de Óbito, 13 (14%) corresponderam a aneurismas rotos e 12 (13%) a síndromes hipertensivas. Destaca-se que 26 Declarações de Óbito com causas relacionadas

ao capítulo IX da CID 10 estão entre as mortes maternas presumíveis encontradas neste estudo, correspondendo a 51% de mortes com erros de notificação.

Tabela 3: Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo IX da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Causa básica	Frequência	Porcentagem
AVC	05	5,32
Aneurisma	13	13,83
Aterosclerose	04	4,26
Cardiomiopatia	11	11,70
Doença hipertensiva	12	12,77
Hemorragia subaracnoidea	17	18,09
Infarto agudo do miocárdio	08	8,51
Endocardite e pericardite	05	5,32
Embolia	05	5,32
Tromboembolismo pulmonar	04	4,26
Outros	10	10,64
Total	94	100,00

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, a Síndrome da Imunodeficiência Humana causou a morte de 50 (75%) mulheres, sendo que 27 (54%) estavam na faixa etária de 30 a 39 anos, 14 (28%) entre 40 e 49 anos, nove (18%) de 20 a 29 anos e nenhuma ocorrência entre mulheres de 10 a 19 anos de idade. No que se refere ao estado civil e escolaridade de mulheres que morreram devido a Síndrome da Imunodeficiência Humana, a maioria era solteira e concluiu o ensino fundamental, 36 (69%) e 16 (32%) respectivamente. Quanto às septicemias, cinco (74%) se tornaram mortes maternas presumíveis.

Tabela 4: Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo I da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Causa básica	Frequência	Porcentagem
SIDA	50	74.63
Septicemia	07	10.45
Chagas	03	4.48
Pneumocistose	02	2.99
Outras	05	7.46
Total	67	100

Os acidentes de trânsito foram responsáveis pela morte de 31 (49%) mulheres, seguidos de homicídio como causa básica de morte de 19 (34%) mulheres e suicídio causado por 14 (21%) mulheres. Para as causas deste capítulo, as causas incidentais, a faixa etária

mais atingida foi dos 30 a 39 anos com ocorrência em 25 (38%) mulheres, seguidas de 22 (34%) casos na faixa etária de 40 a 49 anos, 12 (18%) entre 20 e 29 anos e seis (9%) em mulheres de 10 a 19 anos.

Em relação aos suicídios, cinco (36%) mulheres eram solteiras, quatro (29%) casadas e o restante não foi informado, quanto a escolaridade três (21%) possuíam nível superior, três (21%) estudaram apenas o ensino fundamental e o restante não foi informado. Para a variável ocupação uma (7%) mulher exercia trabalho que exige nível superior, duas (14%) eram donas de casa, três (21%) eram trabalhadoras de nível elementar de competência e o restante estava em branco.

Tabela 5: Distribuição da frequência e porcentagem dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, segundo causa básica de morte pertencente ao capítulo XX da CID 10, Ribeirão Preto-SP, 2007 a 2009.

Causa básica	Frequência	Porcentagem
Acidente de transito	31	48,69
Homicídio	19	34,23
Suicídio	14	21,54
Outros	01	1,54
Total	66	100

No que se refere às mortes maternas declaradas no período do estudo, as causas do capítulo XV encontradas foram um (20%) choque séptico pós aborto, uma (20%) miocardiopatia periparto, uma (20%) placenta prévia e duas (40%) endometrite puerperal. Esses óbitos ocorreram nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, correspondendo a 3 (60%) e 2 (40%) respectivamente. Quatro (80%) óbitos maternos ocorreram entre mulheres brancas e uma (20%) Declaração de Óbito estava com a variável em branco. Uma (20%) mulher estudou de 8 a 12 anos e uma (20%) de 4 a 7 anos, o restante não foi informado. Quanto ao estado civil, quatro (60%) mulheres eram casadas, uma (20%) era separada judicialmente e um campo desta variável não estava preenchido. Os dados referentes à ocupação uma (20%) mulher exercia trabalho que exige nível superior, duas (40%) eram trabalhadoras de nível elementar de competência e o restante estava em branco.

Mediante a análise das variáveis relacionadas ao óbito, encontramos, neste estudo, 467 (88%) mortes não maternas as quais tiveram suas causas básicas e seus dados sociodemográficos descritos acima. Deste total, 325 Declarações de Óbito trouxeram os campos 43 e 44 relacionados ao estado gravídico-puerperal da mulher preenchido com a opção não, descartando a ocorrência de óbito materno. As 142 Declarações de Óbito restantes

que foram incluídas nesta classificação indicavam que óbito não era materno pelas causas declaradas, não contando no capítulo XV da CID 10, na lista de causas que podem ocultar o estado gestacional ou ainda no capítulo XVIII da CID 10 onde se encontram causas mal definidas.

Identificamos cinco (1%) mortes maternas declaradas nos dados oficiais sendo que todas as Declarações de Óbito estavam preenchidas indicando o fato de a mulher estar no ciclo gravídico-puerperal no momento da morte e traziam causas básicas do capítulo XV da CID 10.

Encontramos 60 (11%) mortes presumivelmente maternas sendo nove delas selecionadas a partir dos dados que constavam nos campos 43 e 44 das Declarações de Óbito indicando a ocorrência de óbito dentro do ciclo gravídico-puerperal, no entanto sem haver uma causa básica materna. As 51 mortes adicionadas a este grupo foram identificadas pelas causas de morte que constavam na lista de causas mal definidas podendo ocultar o estado gestacional da mulher, partindo-se do princípio que os campos 43 e 44 estavam em branco.

6. DISCUSSÃO

Embora existam falhas e imprecisões no preenchimento da Declaração de Óbito, este documento é considerado a primeira fonte de informação quando se pretende obter o conhecimento, mesmo que aproximado, do perfil de mortalidade no que se refere às características sociodemográficas e às causas de morte (HADDAD; SILVA, 2000).

6.1 Variáveis sociodemográficas

A análise das Declarações de Óbito de mulheres em idade reprodutiva permitiu traçar o perfil sociodemográfico deste segmento populacional, à exceção dos campos não preenchidos. De forma semelhante a outros achados, a variável escolaridade apresentou maior número de dados não informados.

Valongueiro, Ludemir e Gominho (2002) em estudo realizado para avaliar procedimentos para identificar mortes maternas, partindo-se da subnotificação encontrada nos dados oficiais, mostraram que as variáveis sociodemográficas tiveram seus campos completados após a investigação complementar. Destacaram que o preenchimento melhorou em até seis vezes para a variável escolaridade. Dessa forma, a investigação possibilitou melhor captação de dados referentes às variáveis relacionadas com a morte feminina.

Na literatura poucos estudos trazem o perfil sociodemográfico de mulheres em idade reprodutiva que foram a óbito. Os resultados encontrados mostraram que houve um aumento diretamente proporcional entre o número de mortes e a idade da mulher, com menor ocorrência na faixa etária de 10 a 19 anos e aumento progressivo nas faixas etárias mais avançadas. Este padrão de mortalidade está dentro do esperado e similar ao estudo desenvolvido nas capitais brasileiras pelo Ministério da Saúde (2006) para conhecer o perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva.

Os poucos anos de estudo identificados entre as mulheres em idade reprodutiva que foram a óbito no período podem estar relacionados à autonomia para tomada de decisões que interferem no processo saúde-doença. Além disso, a falta de oportunidade para os estudos é um fator que contribui para que as mulheres continuem a viver em situação de pobreza e sem

participar do mercado de trabalho formal. A maioria se dedicava ao trabalho doméstico sem remuneração, como demonstrado neste estudo.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o fato de grande parte das mulheres ser solteira relaciona-se ao crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres em idade reprodutiva, acentuando-se as desigualdades de gênero e contribuindo para a sobrecarga de responsabilidades, com conseqüente adoecimento.

6.2 Local de ocorrência do óbito

A alta porcentagem de óbitos ocorridos dentro de instituições hospitalares reflete a complexa rede de serviços que o município dispõe aos seus usuários, pois estão inseridos no nível terciário de atenção à saúde. Entretanto, a existência desses serviços não implica em acesso e qualidade da assistência recebida pela população feminina (FAÚNDES; PARPINELLI; CECATTI, 2000).

De acordo com Leite e Martins (2009) aproximadamente 70% das mulheres em idade reprodutiva são usuários do Sistema Único de Saúde justificando-se a maior ocorrência de óbitos em instituições públicas e filantrópicas.

Constatamos ainda que o segundo local de maior ocorrência de óbito foi o domicílio, o qual se refere aos casos sem assistência médica no momento da morte e pode ser considerado um importante indicador de acesso aos serviços de saúde, bem como um instrumento para sua avaliação. É possível compreender com esse indicador se há resolutividade dos problemas apresentados pela população, na medida em que a procura pelo serviço de saúde se dá desde que suas necessidades sejam atendidas (CALDEIRA; FRANÇA; GOULART, 2002).

Os óbitos ocorridos fora dos serviços de saúde, além de inviabilizar o diagnóstico da causa básica, interferem no preenchimento de outras variáveis da Declaração de Óbito. Encontramos incompletudes principalmente nos campos referentes à morte de gestante e puérperas, dificultando a classificação dos óbitos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a existência de fragilidades na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de falhas na formalização do sistema de referência e contra-referência e a ausência de uma rede de serviços integrada são problemas comuns que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce de doenças e tratamento em momento oportuno.

6.3 Causa básica

Identificamos a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis como as principais causas de morte na população feminina em idade reprodutiva, seguindo o padrão de mortalidade identificado após a transição epidemiológica. Dentre as outras causas, destacaram-se as mortes em decorrência da infecção pelo vírus HIV e as mortes violentas associadas à situação de vulnerabilidade em que se encontra este segmento populacional.

O grupo de causas de neoplasias foi responsável pelo maior número de óbitos, achado semelhante ao encontrado por Albuquerque et al.(1998), em estudo conduzido no Recife e pelo Ministério da Saúde (2006) nas capitais brasileiras.

O grupo etário mais atingido pelas neoplasias foi de 40 a 49 anos, conforme o esperado, e as principais neoplasias encontradas foram mamária, relacionada ao trato gastrointestinal e de colo de útero. Em estudos realizados por regiões do país, a neoplasia de mama é mais comum em áreas desenvolvidas e a sua incidência indica, além de outros fatores associados, falhas nos serviços diagnósticos e em seu rastreamento, dificultando a detecção e intervenção precoces (BRASIL, 2006; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000; INCA, 2012).

Apesar de se tratar de uma doença em que a prevenção primária é considerada um desafio, devido ao fato de o câncer de mama apresentar fatores genéticos variados e às características genéticas do tumor, a prevenção se consolida pela prevenção secundária por meio das ações de rastreamento como a mamografia e o exame clínico das mamas (BARACAT; PASCALICCHIO, 2007).

Dentre os cânceres que acometem o trato gastrointestinal, os mais incidentes são o de cólon e reto, estômago, cavidade oral e esôfago. Além desses, aparecem de forma menos frequente as neoplasias de vesícula biliar, fígado, pâncreas e duodeno. Em revisão de literatura realizada por Melo, Nunes e Leite (2012) constatou-se que os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do trato gastrointestinal estão o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, baixo nível socioeconômico e principalmente os maus hábitos alimentares, sendo a dieta um fator exógeno bastante relevante.

O Instituto Nacional de Câncer (2012) identificou este tipo de câncer como menos incidente em mulheres do que em homens, aparecendo em quinto lugar entre a população feminina. Especificamente, o câncer de cólon e reto é o terceiro tipo de neoplasia mais incidente em ambos os sexos e o câncer de estômago encontra-se em declínio (RIBEIRO; GOTLIEB, 2000; MELO; NUNES; LEITE, 2012).

Em relação à mortalidade por câncer de colo de útero, de acordo com os indicadores do Pacto pela Saúde do município a meta de realização de exames citopatológicos foi alcançada, entretanto não são apresentados dados relacionados ao seguimento e tratamento de mulheres com lesões intraepiteliais indicando que há falhas na continuidade de ações em saúde nos níveis de maior complexidade de atenção (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Identificamos que as doenças do aparelho circulatório corresponderam à segunda causa de morte, como em estudo realizado no Brasil para o delineamento de perfil epidemiológico de mulheres em idade reprodutiva no ano de 2006 (BRASIL, 2006). Diferente desses achados, o estudo ecológico realizado por Ribeiro e Gotlieb no Brasil nos anos censitários de 1980/2000 identificou as doenças do aparelho circulatório como as primeiras causas de morte em mulheres de 10 a 49 anos, principalmente as cerebrovasculares, isquêmicas do coração e doenças hipertensivas.

O mesmo resultado foi encontrado em estudo realizado por Batista et al. (2000) no estado de São Paulo, entretanto constatou-se neste grupo uma tendência à queda, em contraste com o comportamento crescente das neoplasias, em conformidade com os achados deste estudo. Essa mesma tendência foi descrita em estudo semelhante conduzido por Ribeiro et al. (2010) no estado de Rio de Janeiro.

Em linhas gerais, as causas *mortis* mais comuns neste grupo são o acidente vascular cerebral, as doenças hipertensivas e as doenças isquêmicas cardíacas, sendo que as últimas ocupam o sétimo lugar entre as causas de morte que afetam mulheres em idade reprodutiva no mundo (WHO, 2011).

Freitas, Oshiro e Filippin (2009), em trabalho realizado no Mato Grosso do Sul, observaram uma tendência decrescente das doenças cerebrovasculares e tendência de aumento de infarto agudo do miocárdio e doenças hipertensivas, esta última com aumento de 80%.

Encontramos neste estudo, o grupamento das síndromes hemorrágicas como as principais causas específicas de morte na população feminina em idade reprodutiva, as hemorragias subaracnoideas. Destacamos que essas causas podem estar associadas a óbitos maternos não declarados, haja vista que grande parte das Declarações de Óbito com causa básica de morte relacionada ao aparelho circulatório estava com falhas no preenchimento. Em pesquisa realizada nas capitais brasileiras pelo Ministério da Saúde (2006) verificou-se que 26 óbitos declarados com causas deste grupo ocorreram no ciclo gravídico-puerperal.

Em análise da taxa de internação por acidente vascular cerebral, indicador elaborado para avaliar o fortalecimento da atenção básica no cumprimento do Pacto pela Vida, o município de Ribeirão Preto permanece fora da meta que se deseja alcançar. Este fato

demonstra o baixo impacto das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mantendo uma rede de serviços aquém do modelo de atenção integral e articulada que a população feminina necessita (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) causou a maioria das mortes de mulheres em idade reprodutiva, sendo que grande parte delas estavam na faixa etária de 30 a 39 anos. Recentemente a Fundação Sistema de Análise de Dados do Estado de São Paulo (2005) mostrou que a síndrome decorrente da infecção pelo vírus HIV classificou-se como a segunda causa de morte entre mulheres de 25 a 39 anos, ultrapassando a mortalidade por causas externas.

Estudos anteriores já apontavam para a feminização da epidemia da AIDS, principalmente entre as jovens, bem como demonstraram uma curva ascendente para a heterossexualização e interiorização da doença (BATISTA et al., 2000; HADDAD; SILVA, 2000; RIBEIRO; GOTLIEB, 2000). No caso da feminização, Prata et al. (2009) relata que as mulheres estão mais vulneráveis à morte por AIDS, devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo a questão de gênero, que as deixam em situação de subordinação na esfera sexual e reprodutiva.

Após a implantação de ações que garantem a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais às pessoas que vivem com HIV e aos doentes de AIDS, visando à redução da mortalidade no país, observaram-se melhorias das condições de tratamento para a doença e diminuição da incidência de infecção (BRASIL, 2007). Entretanto, a interiorização da epidemia indica que as formas de enfrentamento do HIV/AIDS e a implementação de programas específicos ocorreram de forma desigual e desarticulada entre estados e municípios.

De acordo com Prata et al. (2009) em avaliação das distritais e regionais de saúde do estado de São Paulo, os altos índices de mortalidade no município se devem à falta de acesso a serviços que possibilitem o diagnóstico em momento oportuno para o tratamento de mulheres soropositivas. Muitas vezes o diagnóstico é feito em estágios mais avançados da doença ocasionando mortes prematuras com grande impacto no grupo de mulheres em idade reprodutiva.

Diante da situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV em que se encontram as mulheres em idade reprodutiva no município, é primordial considerar as ações da atenção básica visando o fortalecimento da saúde sexual e reprodutiva, educação em saúde, autonomia para tomada de decisões do grupo e conseqüente prevenção de agravos. Torna-se necessário

enfrentar as barreiras que dificultam o acesso a informações corretas, ações, serviços e insumos no município com uma rede integrada e intersetorial (BRASIL, 2007).

Em relação às causas externas, as principais causas específicas foram os acidentes de trânsito, seguidos de homicídio e suicídio, perfil encontrado em estudo semelhante realizado por Cardoso e Faúndes (2006) em Cascavel no estado do Paraná. Nas capitais brasileiras os homicídios despontaram como as principais causas específicas, seguidos pelos acidentes de transporte, dessa forma os resultados deste estudo se diferenciam inclusive da região Sudeste do país (BRASIL, 2006).

No caso de Ribeirão Preto, a distribuição etária dos óbitos por esse grupo de causas foi diferenciada. A maioria ocorreu entre os 30 e 39 anos, enquanto outras pesquisas mostram que mais de 57% dos óbitos ocorreram nas faixas etárias abaixo de 30 anos (CARDOSO; FAÚNDES, 2006; BRASIL, 2006).

Parpinelli et al. (2000) indicaram em seu estudo sobre avaliação da mortalidade evitável em mulheres em idade reprodutiva que os acidentes de trânsito sofreram queda de 20% e a mortalidade por homicídios estava em expansão. Essa pesquisa situa as causas externas como causas de morte evitáveis por medidas mistas, incluindo um conjunto de medidas sociais e dos diferentes níveis de atenção à saúde.

No que se refere aos suicídios, o Ministério da Saúde (2006) destaca que após a investigação dos casos de morte de mulheres de 10 a 49 anos, muitas causas indeterminadas se tornaram lesões autoprovocadas, isto porque frequentemente esses óbitos acontecem sem assistência médica e fora dos serviços de saúde. Assemelha-se aos resultados encontrados no estudo que a maioria das vítimas era solteira, sem apoio psicossocial e aproximadamente 20% delas tinham nível superior de escolaridade. Os casos de suicídios aparecem no estudo de Tuono et al. (2007) associados a transtornos mentais como a depressão.

Representando a quarta causa de morte entre mulheres em idade reprodutiva, as mortes violentas demonstram insuficiência na segurança pública local, bem como a falta de legislação, políticas e intervenções compatíveis aos problemas apresentados que garantam a segurança e qualidade de vida da população geral e do segmento populacional em questão (RIBEIRO; GOTLIEB, 2000).

As causas obstétricas encontradas neste estudo estão relacionadas à ocorrência do óbito dentro do ciclo gravídico-puerperal e configuram mortes maternas declaradas nos dados oficiais. Este grupo de causas não representou grande parte dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva, entretanto por se tratar de mortes evitáveis, consideradas alvo do planejamento

de políticas e programas de saúde, bem como são prioridade nas agendas de saúde no mundo todo, destacamos algumas características encontradas.

Embora essas causas de óbitos sejam importantes entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva, atingem proporções ainda mais significativas em outros países do continente africano e asiático. Shrivastava et al. (2011) em estudo realizado na Índia para identificar as causas de morte entre mulheres em idade reprodutiva em um hospital local, as mortes maternas representaram 82,5% de todos os óbitos analisados, sendo a maioria ocasionada por complicações puerperais.

Prata et al. (2010) referiu que na África Subsaariana ocorre cerca de 50% de todos os óbitos maternos do mundo e aproximadamente 80% deles são por causas obstétricas diretas. Óbitos maternos do tipo obstétrico direto podem ser evitados caso as condições de saúde locais sejam compatíveis com as demandas da população feminina.

Teguete, Maiga e Leppert (2012) em estudo conduzido em Mali, apresentaram achados que confirmam a prevalência das causas obstétricas diretas dos óbitos maternos em países em desenvolvimento. As principais causas encontradas foram ruptura uterina (26%), hemorragia no pós-parto (21%) e infecção pós-parto (20%).

A realidade brasileira também mostra maior frequência de óbitos por causas obstétricas diretas. Correia et al. (2011) verificaram que no Nordeste do país 50% das mortes maternas foram diretas e as principais causas encontradas foram os transtornos hipertensivos, infecção puerperal e complicações puerperais.

As complicações no puerpério foram o grupo prevalente de causas obstétricas neste estudo. Guimarães, Chianca e Oliveira (2007) em estudo sobre infecção puerperal identificou que a vigilância pós-alta de puérperas é uma estratégia importante para o tratamento precoce de complicações puerperais, podendo evitar a mortalidade materna por esse grupo de causas obstétricas.

Além desses achados, demonstraram que o parto cesáreo está relacionado à maior incidência de morbidade infecciosa pós-operatória quando comparado ao parto normal e a alta precoce das puérperas impede a realização do diagnóstico ainda na maternidade (GUIMARÃES; CHIANCA; OLIVEIRA, 2007).

6.4 Classificação dos óbitos

A classificação dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva na maioria dos estudos é prejudicada pela subnotificação dos dados oficiais e considerando a dificuldade em se obter registros completos e adequados, o Ministério da Saúde preconiza que todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva sejam investigados por meio de outras fontes de informação para a correção da subnotificação com vistas a identificar mortes maternas e seus determinantes (BRASIL, 2006).

Estudos como o de Matias et al. (2009) e Morse et al. (2011) apontaram que a subnotificação chega em torno de 40 a 50%. Complementar a esses achados, Haddad et al. (2011) identificou sub-registro de 8,7% em 15 municípios brasileiros e subinformação de 130%. E Valongueiro, Ludemir e Gominho (2002) demonstraram que a investigação classificou 50% mais óbitos femininos como maternos em relação aos óbitos encontrados apenas pela Declaração de Óbito.

Ressaltamos assim, a necessidade de proceder com a investigação dos óbitos encontrados neste estudo, pois existe uma tendência para a subenumeração dos óbitos maternos. Identificamos a ocorrência de 60 (11%) mortes presumivelmente maternas, as quais necessitam de investigação complementar.

Dentre elas destacamos as mortes em que constava resposta afirmativa para a ocorrência durante o ciclo gravídico-puerperal, nos campos 43 e 44, sem menção a uma causa obstétrica. Essas mortes podem ser classificadas como mortes relacionadas à gravidez ou até mesmo tornarem-se maternas após investigação.

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2006) as causas externas (33%) foram as principais causas não maternas declaradas em mulheres que estavam dentro do ciclo gravídico-puerperal no momento da morte, seguidas pelas neoplasias (18%), doenças infecciosas (16%) e do aparelho circulatório (12%).

Contudo, é importante considerar o grande número de mortes relacionadas à gravidez que ocorre por causas não obstétricas, tornando as gestantes e puérperas alvo também de políticas e programas de outras áreas estratégicas, assim como todas as mulheres em idade reprodutiva. Esse tipo de demanda reforça a necessidade de planejamento e implementação de ações fundamentadas na integralidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os objetivos propostos neste estudo foram atendidos, uma vez que a análise de óbitos de mulheres em idade reprodutiva nos permitiu identificar o perfil de mortalidade desta população no triênio estudado, bem como caracterizá-las quanto as variáveis sociodemográficas, causa básica de morte declarada e quanto ao tipo de óbito.

Dessa forma pudemos concluir que a maioria da população feminina em idade reprodutiva que foi a óbito nos anos de 2007 a 2009 e que era residente no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo tinha de 40 a 49 anos, era da raça branca, solteira, estudou de 4 a 7 anos e exercia trabalho doméstico não remunerado. Diante desse perfil identificamos a desigualdade de gênero relacionada a pouca oportunidade de estudo refletindo na baixa escolaridade encontrada e em pouca participação do mercado de trabalho formal. Contribui a isso o fato de a maioria ser solteira e, portanto chefes de família agravando as desigualdades sociais, situação de pobreza e conseqüente vulnerabilidade socioeconômica.

A ocorrência do óbito se deu em instituições hospitalares, públicas e filantrópicas, destacando-se que o segundo maior local de ocorrência foi o domicílio remetendo a mortes sem assistência médica. Este achado pode ser compreendido como um importante indicador de acesso aos serviços de saúde deste segmento populacional. O acesso pode estar relacionado à disponibilidade do serviço, a aceitação do serviço prestado pela população, a infraestrutura oferecida pelo município para garanti-lo e a situação socioeconômica da mulher. Cabe buscar essas informações na população feminina local com vistas a melhorar e garantir o acesso à rede de serviços de saúde de maneira equânime, universal e integral.

Outro apontamento a se fazer se refere às causas básicas de morte encontradas e sua relação com os grupos de causa em capítulos da CID 10. Conforme mostrado, o grupo de causa de morte mais frequente entre as mulheres em idade reprodutiva foram as neoplasias, principalmente o câncer de mama. Entretanto a causa específica mais frequente, isolando-se os grupamentos, foi a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. Os óbitos subsequentes à infecção pelo HIV lideram entre as causas de morte de mulheres em idade reprodutiva no mundo, indo além da questão de vulnerabilidade já descrita, demonstram que muitas mulheres têm exercido sua sexualidade de forma que as colocam em risco. Se faz necessário o incremento de programas que promovam a saúde sexual e reprodutiva da mulher baseados na intersectorialidade das ações e na garantia de seus direitos humanos.

Em relação à atenção obstétrica, a realidade do município vai de encontro com a do país e de outros países em desenvolvimento. Todos os óbitos maternos declarados ocorreram devido às causas obstétricas diretas evitáveis caso a assistência recebida pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal fosse de qualidade. Para as usuárias do Sistema Único de Saúde, o município melhorou o acesso à rede de serviços, as metas de cobertura de consultas pré-natais e o número de consultas estão sendo atendidos, além disso, o Projeto Nascer evita a peregrinação da mulher no momento do parto. Entretanto, essas ações não implicam em qualidade da assistência obstétrica, uma vez que permanecem os casos de sífilis congênita e atendimento frequente dessas mulheres em unidades de pronto-atendimento. Merece atenção a assistência à mulher no período puerperal, pois as mortes em decorrência de infecção puerperal demonstram fragilidades no acompanhamento pós-alta e na detecção precoce de complicações.

O preenchimento correto da Declaração de Óbito permite identificar as variáveis do óbito para finalidades da saúde pública. As incorreções técnicas no preenchimento deste documento, bem como a ausência de informações impediram a classificação em óbito materno ou não materno de 60 mulheres. Ressaltamos a importância dos Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna em prosseguir com as investigações, as quais podem ser norteadas após a classificação dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

Em suma, consideramos que os estudos de mortalidade por causa trazem contribuição relevante à caracterização do perfil epidemiológico de grupos populacionais específicos como o de mulheres em idade reprodutiva. Apesar de não totalmente fidedignas, as estatísticas oficiais de mortalidade podem oferecer subsídios para o planejamento de ações em saúde. Com este estudo pudemos conhecer os principais problemas que afetam a população feminina em idade reprodutiva a nível local, preenchendo a lacuna de anos sem estudos conduzidos no município semelhantes a este. Podemos inferir que as informações encontradas possibilitarão nortear as ações na área técnica de saúde da mulher, na esfera municipal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R.M; CECATTI, J.G; HARDLY, E; FAÚNDES, A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, n. 14, v. 1, p. 41-8. 1998.

ALVES, J. E. D. “**As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**”. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 2, p: 465-9. 2003.

BARACAT, F. F.; PASCALICCHIO, J. C. Manual de normas e condutas Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho. São Paulo: Roca, 2007.

BATISTA, L.E; ALMEIDA, M. A. S de; MORITA, I.; VOLOCHKO, A; REA, M. F. De que adoecem e morrem as mulheres em São Paulo. **Revista de Saúde e Sociedade**, 9 (1/2), p. 17-47. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde/SVS. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. 126p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de enfrentamento da feminização da AIDS**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.82 p.

BRASIL. Portal da saúde. Seção de Ações e Programas. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=4824&codModuloArea=813&chamada=acoes-e-programas>. Acessado em: 24 mar. 2012.

CALDEIRA, A. P; FRANCA, E; GOULART, E. A. M. Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 3, Dez. 2002 .

CARDOSO, M.P; FAÚNDES, A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (10), p. 2241-48, out. 2006.

CARVALHEIRO, C.D.G; MANÇO, A.R.X. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Evolução nos últimos 20 anos. **Revista Saúde Pública**, 26, p. 239-45. 1992.

CECATTI, J.G, ALBUQUERQUE, R.M, HARDY,E, FAÚNDES, A. Mortalidade Materna em Recife: Causas de Óbitos Maternos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v.20, n.1, p.7-11. 1998.

CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.436p.

COELHO, E. A. C. et al . Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Mar. 2009.

CORREIA, R. A., ARAÚJO, H. C., FURTADO, B. M. A., BONFIM, C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**; n. 64, p: 91-7. 2011.

COSTA, A.A.R.; RIBAS, M.S.S.S; AMORIM, M.M.R; SANTOS, L.C. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, ago. 2002.

FAUNDES, A.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G.. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Set. 2000 .

FREITAS, H. G.; OSHIRO, M. L.; FILIPPIN, M. S. **Contribuição das Doenças do Aparelho Circulatório na Mortalidade em Mulheres na Idade Fértil em Mato Grosso do Sul**. Relatório do Programa de Saúde da Mulher de Mato Grosso do Sul. 2009.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** n. 11, v. 2, p. 428-8. 2009.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Inserção feminina no mercado de trabalho**. 2005. São Paulo: SEADE

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **AIDS** (Sistema de Informação de Mortalidade de AIDS no Estado de São Paulo). São Paulo: SEADE; 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Pesquisa do Perfil Municipal: Ribeirão Preto**. 2011. São Paulo: SEADE

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **O que influencia a fecundidade?**. Relatório sobre a situação da população mundial. 2011.

GOMES, R.. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, Mai 2011.

GUIMARAES, E. E. R.; CHIANCA, T. C. M.; OLIVEIRA, A. C. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4. 2007.

HADDAD, N.; SILVA, M.B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbitos e mortalidade materna. **Revista Saúde Pública**, 34, p. 64-70. 2000.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Incidência de câncer no Brasil**. 2012.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.22, p.507-512, 1988.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M; LOLIO, C.A; SANTO, A.H; MELLO-JORGE, M. H. P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I. Metodologia e resultados gerais. **Revista de Saúde Pública**, 24, p. 128-33. 1990.

LEITE, F.; MARTINS, C. D. **Saúde da mulher em idade fértil e de crianças com até 5 anos de idade – dados da PNDS 2006**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2009.

MANDU, E. N. T. et al . Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 1999.

MATIAS, J. P., PARPINELLI, M. A., NUNES, M. K. V., SURITA, F. G. C., CECATTI, J. C. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**; v. 31, p: 559-65. 2009.

MCGINNIS, J.M; FOEGE, W. Actual causes of death in the United States. **The Journal of the American Medical Association JAMA**, 270, p. 2207-12. 1993.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, Abr. 2009 .

MELO, M. M., NUNES, L. C., LEITE, I. C. G. Relação entre Fatores Alimentares e Antropométricos e Neoplasias do Trato Gastrointestinal: Investigações Conduzidas no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**; n. 58, v.1, p: 85-95. 2012.

MOKDAD, A.H; MARKS, J.S; STROUP, D.F; GERBERDING, J.L. Actual causes of death in the United States, 2000. **The Journal of the American Medical Association JAMA**, v. 291 n.10, p. 1238-45, mar. 2004.

MORSE, Marcia Lait et al . Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011 .

NOGUEIRA, R. P. **Mortalidade por três grandes grupos de causas no Brasil**. IPEA. 2004. Políticas Sociais. Acompanhamento e análise. 9. Nov.

OLIVEIRA, D.; RICARTE, L.; CRISTINE, S.. Potencialidades e fragilidades da saúde da mulher no município de Limoeiro. **J Manag Prim Health Care**, v. 2, n. 2, 2011; p. 19-23.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos do milênio. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acessado em 12 mai 2011.

PARPINELLI, M.A; FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G; PEREIRA, B.G; PASSINI JÚNIOR, R.; AMARAL, E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, p. 579-84. 2000.

PINHEIRO, R. S. et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

PRA, J. R.; EPPING, L.. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, Abr. 2012.

PRATA, M. C. S.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidade de mulheres à AIDS: estudo da mortalidade segundo anos potenciais de vida perdidos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p: 440-448. 2009.

PRATA, N.; PASSANO, P.; SREENIVAS, A.; GERDTS, C. E. Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions. **Women's Health**, v. 6 n. 2, p: 311–327. 2010.

RIBEIRO, C. M.; COSTA, A. J. L.; CASCÃO, A. M.; LOBATO, J. C. P.; CAVALCANTI, M. L. T.; KALE, P. L. **Mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio de Janeiro: Aprimorando estratégias de recuperação das informações sobre mortalidade materna.** In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2010, Caxambu-MG. Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2010.

RIBEIRO, K. T.; GOTLIEB, S. L. D. **Mortalidade feminina na idade reprodutiva, Brasil, 1980/2000** In XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre - RS. Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.59, n.3, p. 303-307. 2006.

SHRIVASTAVA, P.; NANDY, S.; KUMAR DAS, D.; LAHIRI, S. K.; SAHA, I. Deaths amongst women of reproductive age group in the gynaecology and obstetrics department of a tertiary care hospital of eastern India. **Safety Science Monitor**, v. 3, n. 15. 2011.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 141p.

SOARES, V. M. N; AZEVEDO, E. M. M; WATANABE, T.L; Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 19991-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p. 2418-2426, out. 2008.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, Set. 2011.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. Brasília, v. 10, n. 22, p: 161-182. 2008.

TEGUETE, I., MAIGA, A. W., LEPPERT, P. C. Maternal and neonatal outcomes of grand multiparas over two decades in Mali. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 2012. Epub 2012/02/09.

TUONO, V. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p: 85-92. 2007.

VALONGUEIRO, S.; LUDERMIR, A. B.; GOMINHO, L. A. F. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 293-301. 2002.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **Boletim do Instituto Saúde**. 2009.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. In: **CFSS, Saúde das Mulheres – Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: CFSS, p. 23-32. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Understanding women's health in the world today**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Geneva: WHO, 2009.

ANEXO

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Cartório

1) Cartório Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF 6) Cemitério

II Identificação

7) Tipo de Óbito 8) Sexo 9) RAC 10) Naturalidade

11) Nome do falecido

12) Nome do pai 13) Nome da mãe

14) Data de nascimento 15) Idade 16) Sexo 17) Raça/cor

18) Estado civil 19) Escolaridade 20) Ocupação habitual e ramo de atividade

III Residência

21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) 22) CEP

23) Bairro/Distrito Código 24) Município de residência Código 25) UF

IV Ocorrência

26) Local de ocorrência do óbito 27) Estabelecimento

28) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, vil.) Número Complemento 29) CEP

30) Bairro/Distrito Código 31) Município de ocorrência Código 32) UF

V Fetal ou menor que 1 ano

33) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe 34) Número de filhos tidos

35) Idade 36) Escolaridade 37) Tipo de parto 38) Tipo de parto 39) Morte em relação ao parto

40) Peso ao nascer 41) Num. da Decl. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do óbito

42) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 43) A morte ocorreu durante o puerpério?

44) Diagnóstico confirmado por: 45) Cirurgia? 46) Necropsia?

47) CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

48) CAUSAS ANTERIORES Estado materno, se aplicável, que produziu a morte antes ou durante a internação no local onde ocorreu a morte

49) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam contidas na cadeia acima.

VII Médico

50) Nome do médico 51) CRM 52) O médico que assinou atendeu ao falecido?

53) Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.) 54) Data do atestado 55) Assinatura

VIII Causas externas

56) Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)

57) Tipo 58) Acidente de trabalho 59) Fonte de informação

60) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

61) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código

IX Localiz. físico

62) Declarante 63) Testemunhas