

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

RESEARCH

Fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte

Sociodemographic factors associated with mortality of women in fertile age in Rio Grande do Norte

Factores sociodemográficos asociados con la mortalidad de mujeres en edad fértil en Río Grande do Norte

Iraci Duarte de Lima ¹, Thaís Lorena Barbosa de França ², Juliano José Silva ³, Kamila Maiane Pessoa da Silva ⁴

ABSTRACT

Objective: Identifying sociodemographic factors associated with mortality of women in fertile age in Rio Grande do Norte in the period from 2006 to 2010. **Method:** a descriptive, quantitative study with collected data through the Mortality Information System and processed by the test of association chi-square. **Results:** 59.1% of the deaths occurred from preventable causes and the main underlying causes: cancer, heart disease and circulatory system and external causes. Deaths grow proportionally with age and were associated with: educational attainment, occupation and origin of the institution of occurrence. **Conclusion:** the results indicate weaknesses in the quality of care and point to the need of investing in actions that reduce inequality in access to primary care services that ensure quality and resolution at all levels of health care. **Descriptors:** Mortality, Women's health, Cause of death, Public health.

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de mulheres em idade fértil do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2010. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo com dados coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade e processados pelo teste de associação qui-quadrado. **Resultados:** 59,1% dos óbitos ocorreram por causas evitáveis sendo as principais causas básicas: neoplasias, doenças cardíacas e do aparelho circulatório e causas externas. Os óbitos crescem proporcionalmente com a faixa etária e foram associados com anos de estudo, ocupação e origem da instituição de ocorrência. **Conclusão:** os resultados indicam fragilidades na qualidade da assistência oferecida e apontam para a necessidade de investimentos em ações que reduzam a desigualdade no acesso aos serviços de atendimento básico garantindo qualidade e resolutividade em todos os níveis de atenção a saúde. **Descritores:** Mortalidade, Saúde da mulher, Causas de morte, Saúde pública.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos asociados con la mortalidad de mujeres de edad fértil de Rio Grande do Norte en el periodo 2006 hasta 2010. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo con datos colectados por el Sistema de Información de mortalidad y procesados de pruebas de asociación por qui-cuadrado. **Resultados:** 59,1% de las muertes ocurrieron en situaciones evitables y las principales causas básicas eran neoplasias, enfermedades cardíacas y de aparejo circulatorio y causas externas. Las muertes aumentaron proporcionalmente con el grupo de edad y fueron asociadas con: años de estudio, ocupación y origen de la institución de ocurrencia. **Conclusión:** los resultados indican debilidad en la cualidad de la asistencia ofrecida a la población estudiada e indican la necesidad de investimentos en acciones que reduzcan la desigualdad en el acceso a los servicios de atendimento básico que aseguren la cualidad y los resultados en todos los niveles de atención a la salud. **Descriptor:** Mortalidad, Salud de la mujer, Causas de muerte, Salud pública.

¹Bióloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: iraci.duarte@ig.com.br. ²Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Especialista Lato sensu em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Clínica. E-mail: thaís-lorena@hotmail.com. ³Médico, graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: jjsmed2009@gmail.com. ⁴Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: kamilamaiane@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres por ser evitável em 92% dos casos e ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a redução da mortalidade materna configura-se como um grave problema de saúde pública e trata-se de um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo.¹

Além de um indicador de saúde, a mortalidade materna também revela o desenvolvimento humano e socioeconômico de um país e consequentemente determina políticas e ações de saúde.² É considerada como um evento-sentinela, na medida em que se constitui em um dos métodos para vigilância em saúde, como também é um indicador da qualidade dos serviços de saúde.³

A mortalidade materna pode ser mensurada pela Razão da Mortalidade Materna, no entanto, não existe um coeficiente específico para medir a mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF), assim como, o intervalo de idade fértil não está devidamente conceituado. Biologicamente, sabe-se que esse período corresponde ao intervalo de tempo compreendido entre a menarca e a menopausa. Como não se pode excluir a gravidez na adolescência, recomenda-se que os estudos que envolvam MIF incluam a faixa etária dos 10 a 49 anos.⁴ Desse modo, estudos que abordam a mortalidade no período reprodutivo são de grande relevância, já que neste período estão somados os fatores de risco comuns a todas as faixas etárias e os fatores relacionados à gravidez, parto e puerpério.⁵

Outro aspecto da mortalidade que necessita de melhor elaboração é o conceito de morte evitável. De modo geral, esse conceito está relacionado às condições socioeconômicas da população e com a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde, considerando os novos conhecimentos e tecnologias que podem ser empregados para evitar o óbito.⁶⁻⁷

Na literatura podem ser encontradas diferentes listas propostas de causas de óbitos evitáveis, para diferentes faixas etárias, porém há características comuns de critérios de evitabilidade da morte, que podem ser dispostos em quatro categorias: as mortes evitáveis por medidas preventivas; mortes evitáveis por diagnóstico e tratamento precoce; mortes evitáveis por medidas de saneamento básico e mortes evitáveis por aplicação de um conjunto de medidas, sociais e de diferentes níveis de atenção à saúde.⁷ No entanto, as fragilidades do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) dificultam o real conhecimento tanto da mortalidade materna quanto da mortalidade de MIF, devido à subinformação das causas do óbito e do sub-registro das declarações de óbito (DO).¹⁻²

Assim sendo, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas, através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com a finalidade de melhorar a qualidade de atenção à saúde da mulher e o registro do óbito materno, que enfatiza como estratégia fundamental a vigilância do óbito materno transversalmente a investigação dos óbitos de MIF.¹

Considerando a relevância desse problema e o limitado número de pesquisas nacionais abordando a mortalidade de MIF, este estudo tem como objetivo identificar os fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de MIF do Rio Grande do Norte no período de 2006 a 2010, levando em consideração as causas e a evitabilidade dos óbitos.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, tipo série histórica com abordagem quantitativa. Foram analisados 4.199 registros de óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, residentes em diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Norte, no período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010. Os dados foram coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte/SESAP, sendo analisadas apenas as variáveis de interesse.

A variável dependente foi a ocorrência de óbitos de MIF e as variáveis independentes foram as de aspecto sociodemográfico como: idade (10 a 19, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos), raça/cor (branca, preta, parda e amarela), situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, separado), anos de estudo (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 e mais anos de estudo), ocupação (dona de casa, estudante, empregada doméstica, trabalhador da agricultura, aposentados/pensionista e outros) e município de residência. As informações registradas como ignoradas foram desconsideradas da análise do estudo.

Quanto às condições da mortalidade dos óbitos de MIF, foram analisadas as seguintes variáveis independentes: instituição de ocorrência do óbito (instituição pública ou privada), assistência médica durante processo do óbito (se recebeu ou não), causa básica do óbito (se evitável ou não evitável). Para definição da causa básica, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID - 10) e para classificar a evitabilidade do óbito, foi utilizada a lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS).⁶

Para calcular o coeficiente de mortalidade de MIF no período, foi considerado o total de óbitos e a população de MIF em cada ano estudado. Sendo assim, foi estabelecido o coeficiente do período através da média aritmética dos coeficientes anuais.

Todas as variáveis de interesse foram categorizadas e inseridas em um banco de dados para processamento e análises estatísticas, realizadas através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0, capaz de ler e gravar os arquivos no formato .sav. O teste *qui-quadrado* foi empregado para verificar as associações entre a variável dependente e as variáveis independentes com nível de significância <0,05.

Este estudo é um produto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET/VS), que tem como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio da reorientação da formação profissional e do fortalecimento da atenção básica em saúde. Este grupo tutorial é formado por tutores docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por preceptores da SESAP e da

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Natal e por alunos dos cursos da área de saúde da UFRN.

Considerações éticas

Os dados foram coletados de forma secundária através do banco de dados do SIM. As planilhas deste banco foram cedidas pela SESAP com exclusão da identidade dos indivíduos. As informações foram tratadas rigorosamente com confidencialidade, respeitando os critérios da beneficência e não maleficência da produção científica, conforme os preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média da população de MIF no Estado Rio Grande do Norte, no período de 2006 a 2010, considerando a população anual de MIF do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foi de 1.015.981.⁸ Dos 167 municípios do Estado, 141 registraram óbitos de MIF, totalizando 4.199 registros no período estudado, com um coeficiente de mortalidade de 82,644/100 mil MIF. Os municípios de Natal, Mossoró e Parnamirim foram os que apresentaram maior frequência de óbitos, tendo em vista que concentram grande parte da população do Estado (40%) e disponibilizam de maior oferta de serviços de saúde.

O estudo mostrou que as três causas de óbitos de MIF mais frequentes, em ordem decrescente, foram: neoplasias (23%), doenças cardíacas e do aparelho circulatório (11,2%), seguido das causas externas (5,6%). Vale ressaltar que dos óbitos causados por neoplasia, 46,5% foram do tipo mamária.

A distribuição dos óbitos ao longo dos anos não sofreu grandes variações. Porém, foi observado um distanciamento vertical considerável dos óbitos evitáveis em relação aos não evitáveis (figura 1).

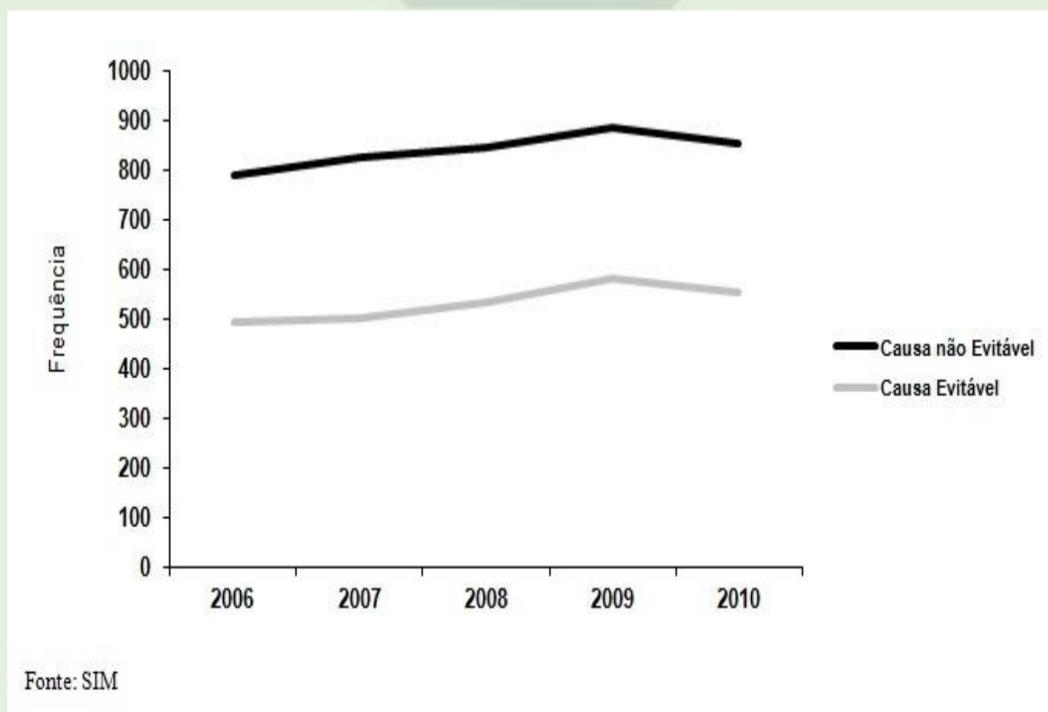


Figura 1 - Distribuição de óbito de MIF no Rio Grande do Norte, no período de 2006 a 2010, de acordo com a evitabilidade.

A figura 2 mostra que tanto os óbitos por causas evitáveis quanto os de causas não evitáveis aumentaram proporcionalmente de acordo com a faixa etária. Apesar de o maior percentual dos óbitos se encontrarem na faixa etária de 40 a 49 anos (45,1%), no cruzamento entre idades e causa de óbito, se evitável ou não evitável, o estudo não mostrou associação significativa $p=0,99$.

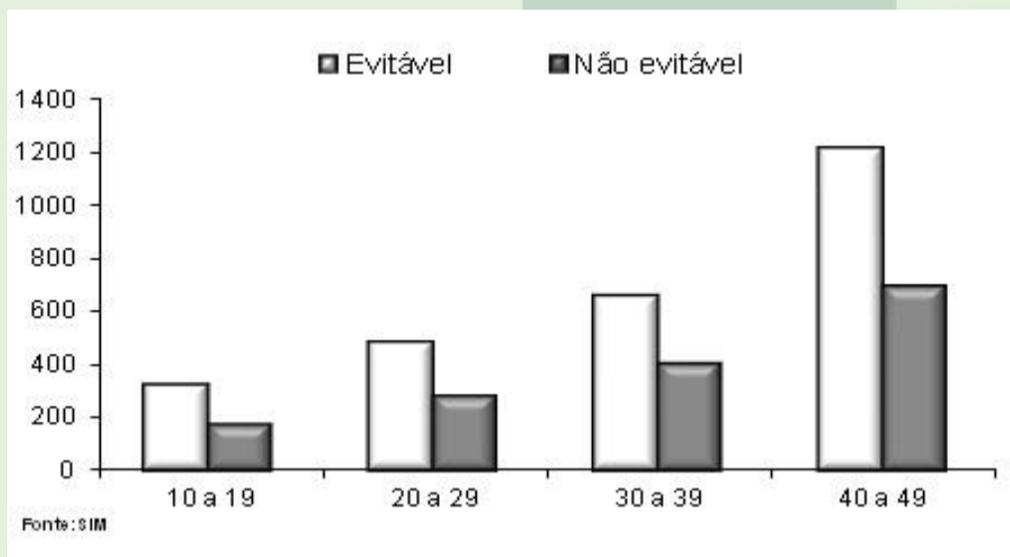


Figura 2- Evitabilidade do óbito de MIF e sua associação com a faixa etária, RN, 2006 a 2010.

No que se refere à escolaridade, a análise mostrou associação significativa ($p=0,03$) entre os óbitos de MIF e os anos de estudo; sendo que a maioria destes, tanto por causa evitável como por causa não evitável, ocorreu em mulheres que tinham até 7 anos de estudo, conforme a figura 3.

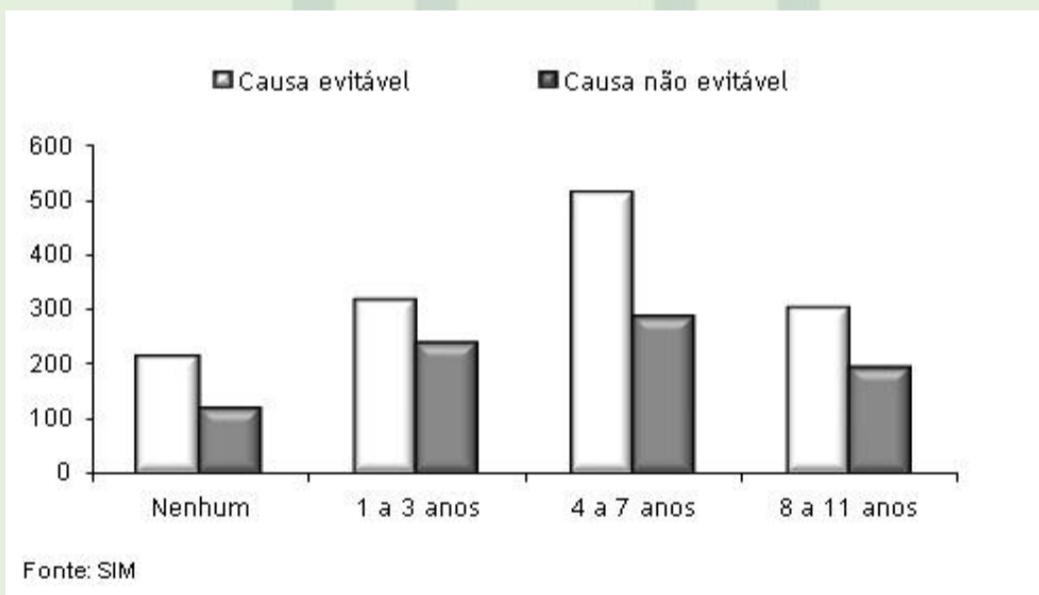


Figura 3- Evitabilidade de óbito de MIF e sua associação com os anos de estudo, RN 2006 a 2010.

A tabela 1 mostra associação significativa entre a causa dos óbitos e as seguintes variáveis analisadas: ocupação ($p=0,00$) e a origem do estabelecimento de ocorrência dos óbitos ($p=0,00$). Observou-se que em relação à ocupação, a maior frequência de mortalidade ocorreu entre as donas de casa, seguida de profissionais da agricultura e estudantes. As variáveis: raça e estado civil não mostraram associação com a causa do óbito.

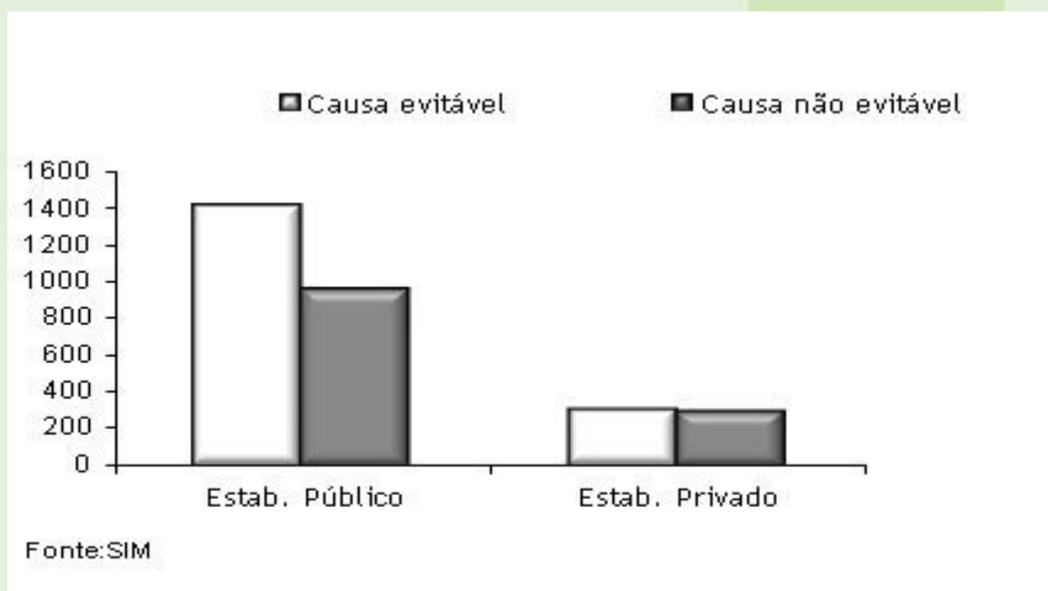
Com relação à raça, apesar do maior percentual de óbitos terem ocorrido em mulheres de cor negra (45,4%) não foi observado associação estatística significativa como apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Aspectos sociodemográficos e suas associações com as MIF, RN, 2006 a 2010.

Variáveis	n (%)	p
Raça		
Branca	1.317 (40,7)	0,072
Preta	1.906 (45,4)	
Parda	7 (0,2)	
Amarela	3 (0,1)	
Ocupação		
Dona de casa	1.282 (50,7)	0,00
Estudante	268 (10,6)	
Profissional liberal	205 (8,1)	
Profissional da agricultura	419 (16,6)	
Aposentado/pensionista	167 (6,6)	
Funcionário público	53 (2,1)	
Iniciativa privada	120 (4,7)	
Desempregada	13 (0,5)	
Origem do estabelecimento do óbito		
Público	2368 (80,4)	0,00
Privado	579 (19,6)	
Estado civil		
Solteiro	2.389 (61,1)	0,97
Casado	1.261 (32,2)	
Viúvo	104 (2,7)	
Separado	157 (4,0)	

Fonte: SIM

A figura 4 mostra a origem do estabelecimento dos óbitos analisados. O estudo mostrou associação significativa ($p=0,00$) entre os óbitos e o local de ocorrência destes. A análise revelou que 80,4% dos óbitos de MIF ocorreram em instituições públicas e 59,1% eram evitáveis.



Figura

4 - Evitabilidade do óbito de acordo com a origem do estabelecimento de ocorrência, RN 2006 a 2010.

Verificou-se que do total de registros, 47,7% das mulheres receberam assistência durante o óbito. No entanto, deve-se considerar que o estudo não analisou se a população estudada recebeu algum tipo de assistência durante o processo de adoecimento que desencadeou o óbito.

Em relação às três causas de óbitos de MIF mais frequentes apontadas em nosso estudo, observamos que a mesma distribuição também foi identificada em um estudo realizado em Recife/PE.⁹ Já em estudo realizado em Campinas/SP a principal diferença foi relativa ao *ranking* de classificação das causas de óbito, sendo mais frequentes as doenças cardíacas e do aparelho circulatório, seguidos por neoplasias e causas externas.⁴ Deve-se ressaltar que os estudos citados não analisaram os óbitos quanto à evitabilidade.

A avaliação do relatório da CPI da mortalidade materna no Brasil¹⁴ mostra uma relação intrínseca da mortalidade materna com a mortalidade de MIF e que mais de 90% dos óbitos maternos podem perfeitamente ser evitados por meio de um tratamento digno, que valorize a condição de cidadania das mulheres.¹⁰

Em estudo realizado em Cascavel/PR identificou-se como primeira causa de óbito de MIF, as causas externas, seguido por doenças cardíacas e do aparelho circulatório e neoplasias.¹¹ É possível que os diferentes cenários de mortes de MIF nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país estejam relacionados com as características culturais, socioeconômicas e com a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população estudada.

Considerando que nas últimas décadas as mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias, acidentes e violência, denominadas doenças da industrialização, têm dominado o perfil da mortalidade de adultos nos países desenvolvidos, o Brasil está caminhando na mesma perspectiva, tendo em vista o momento de transição socioeconômica do país.⁴

O elevado número de mortes por neoplasias apontado em nosso estudo como primeira causa de óbitos de MIF é um fato pouco comum já que outros estudos realizados no Brasil apontam as neoplasias como a segunda causa de óbito.⁹

Deve-se considerar que apesar da existência de uma rede específica para detecção precoce do câncer de mama e rastreamento do câncer de colo de útero implantados pelo Ministério da Saúde em 2006¹²⁻¹³, as estatísticas apresentadas neste estudo ainda desafiam o impacto dessas estratégias implantadas.

Outro aspecto que pode contribuir para o elevado número de óbitos por neoplasia mamária é o autopreconceito das mulheres em relação ao câncer. Na rotina dos serviços de saúde pode-se observar que por questões culturais, muitas mulheres que detectam alterações na morfologia mamária guardam o fato como um segredo, por medo da opinião de terceiros ou da possibilidade de perda do companheiro, principalmente quando se faz necessário a retirada da mama. Nesse sentido, o perfil e a sensibilidade do profissional da atenção básica são muito importantes na quebra desses estigmas.

Quanto ao coeficiente de mortalidade de MIF apontado no estudo, deve-se considerar que poderia ser maior, se levássemos em conta a representatividade dos sub-registros. Proporcionalmente, maiores valores foram encontrados em análise de 10 anos realizados em Cascavel/PR e Campinas/SP, que apresentaram coeficientes de 116,6/100 mil e 113/100 MIF respectivamente.^{4, 11} A diferença de coeficientes pode ser atribuída aos tipos

de exposição de agravos que as mulheres estão susceptíveis e com a qualidade dos registros dos óbitos nesses Estados.

Considerando apenas a quantidade de óbitos por faixa etária, nossos resultados são corroborados por estudo de Mortalidade de MIF realizado na cidade de Campinas/SP e em estudo de mortalidade materna realizado no Rio de Janeiro/RJ.^{4,14} No entanto, não identificamos estudos nacionais que diferenciem a mortalidade de MIF por faixa etária, levando em consideração a evitabilidade do óbito.

Considerando o percentual de óbitos ocorridos em mulheres com até 7 anos de estudo, mostrado nesse estudo, entendemos que nossos achados caminham na mesma perspectiva do relatório da CPI da mortalidade materna do Brasil que afirma que, mesmo com a redução do analfabetismo e o aumento da escolaridade média no Brasil, a pouca escolaridade reflete na mortalidade materna.¹⁰ Esta análise nos traz a reflexão da relação entre baixa escolaridade e a dificuldade do acesso aos meios de prevenção de doenças, impactando no coeficiente de mortalidade por causas evitáveis, na população de mulheres na fase economicamente ativa da vida.

Em relação à ocupação de maior frequência, nossos achados podem ser comparados com o estudo da mortalidade materna realizado em Porto Alegre, que mostrou maior frequência de óbitos maternos em mulheres que tinham como ocupação donas de casa.² No estudo citado, os grupos que apresentaram a segunda e terceira maior frequência de óbitos maternos foram: domésticas e professoras.²

É importante destacar que segundo o relatório da CPI da mortalidade materna no Brasil¹⁰, a ocupação dona de casa é muitas vezes desvalorizada por não ser um trabalho remunerado, no entanto, trata-se de uma atividade constante, ininterrupta e desgastante, que demanda esforço físico e pode repercutir no estado saúde-doença das mulheres. Deve-se considerar que mesmo trabalhado na informalidade em atividades manuais como corte e costura, bordado, crochê, artesanato, entre outros, muitas mulheres se consideram apenas como dona de casa.

Relacionando a principal causa de óbitos de MIF e a ocupação com maior percentual de óbitos mostrada em nosso estudo, inferimos que muitas mulheres não possuem conhecimento e acesso às informações que as estimulem a buscar assistência para prevenção do câncer. Quando existe essa iniciativa, se deparam com um sistema extremamente burocratizado, em que a demora na marcação de consulta ou exames específicos desestimula a busca pelo diagnóstico precoce e consequentemente pelo tratamento que poderia evitar o óbito. Nesse aspecto, observamos que prevalece na rotina dos serviços de saúde uma assistência negligente e inadequada.

Os estudos de Haddad e Silva mostram que uma das características das modificações sociais é a crescente participação das mulheres no processo produtivo, com sua decisiva contribuição no desenvolvimento econômico e social do País. Como consequência, a crescente independência das mulheres e sua maior participação no mercado de trabalho, associado às práticas, hábitos e comportamentos adquiridos, que eram mais frequentes na população masculina, como fumar e beber e maior liberdade sexual deixaram as mulheres mais expostas ao estresse e a outros riscos associados a doenças crônicas e acidentes.⁵ Esse contexto fortalece as principais causas de óbitos apontadas em nosso estudo.

Sendo assim, observamos que o sistema de saúde não está adequado as modificações sociais que alteraram o perfil de inserção da mulher no mercado de trabalho e que a nova realidade do papel da mulher na sociedade precisa de um novo olhar no que diz respeito principalmente ao horário que são ofertados os serviços e a agilidade na resolutividade das ações de prevenção. Analisando a segunda e terceira maiores frequências de óbitos em MIF apontadas em nosso estudo entre as profissionais da agricultura e as estudantes mostram que a ocupação reflete no comportamento e na saúde das mulheres e fortalece a necessidade da readequação dos serviços nas ações de prevenção e assistência a saúde das mulheres.

No tocante a raça, nosso estudo não apresentou associação significativa, porém o maior percentual de óbitos de MIF (45,4%) ocorreu entre mulheres negras. No entanto estudo que analisou a mortalidade materna em Porto Alegre, encontrou maior percentual de óbitos maternos (61,5%) em mulheres brancas. Contudo deve-se considerar o processo de colonização de cada região estudada e o fato da imprecisão para traçar a cor que apresenta maior risco para óbito, em decorrência da intensa miscigenação racial brasileira.² Segundo o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cor parda predomina na população do estado do Rio Grande do Norte.¹⁵

Nossos achados caminham na mesma perspectiva de Martins que em sua revisão sobre mortalidade materna, afirma que o risco de morte materna é maior entre as mulheres negras, incluindo neste grupo as de cor preta e parda, configurando-se em importante expressão de desigualdade social.¹⁶

Quanto à origem de ocorrência dos óbitos analisados e o fato da grande maioria ter ocorrido em instituições públicas, entendemos que grande parte da população é assistida por esta rede e que os altos custos com as ações de prevenção e tratamento das doenças crônicas não são atrativos para investimento da rede de saúde privada.

Estudo realizado na região Sudeste do Brasil também mostrou maior frequência de óbitos de MIF em estabelecimento público e identificou que a maior parcela destes, ocorreram por causas evitáveis, refletindo a necessidade de garantia da atenção integral a saúde da mulher.⁷ Sendo assim, o acesso e a qualidade da assistência à saúde são fatores que influenciam diretamente na mortalidade materna e, conseqüentemente, na mortalidade de MIF.³

Deve-se considerar que os custos com diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer são muito elevados, sendo assim, pacientes da rede privada migram para tratamento no serviço de saúde pública. Nesse sentido, os gestores da saúde pública precisam rever as prioridades e a forma de aplicação dos recursos financeiros da saúde, de forma coerente e ética com a finalidade de valorizar o papel da atenção primária da saúde e investir nas ações de prevenção com o objetivo de reduzir a demanda e os gastos com a assistência. Desse modo, a qualidade da assistência deve ser priorizada no sistema de saúde para reduzir a mortalidade por causas evitáveis.

CONCLUSÃO

A mortalidade de MIF no Rio Grande do Norte ocorre em sua maioria por causas evitáveis e está associada com a baixa escolaridade com a ocupação, com a origem do estabelecimento de ocorrência do óbito, com a idade e com o fato de ter recebido assistência no momento do óbito. Estes aspectos indicam sérias fragilidades na qualidade da assistência oferecida à população estudada, como também, revela uma necessidade de investimento em ações voltadas para reduzir a desigualdade no acesso da mulher aos serviços de atendimento básico e em ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e que garantam qualidade e resolutividade em todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília; 2009.
2. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2006 maio/jun [Acesso em 2013 Fev 12]; 59(3):303-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000300010.
3. Figueiredo YMD, Malta DC, Rezende EM. Análise da Mortalidade Materna no Município de Governador Valadares, 2002-2004. Rev Min Enferm [periódico na Internet], 2010 jul/set [Acesso em 2013 Fev 12]; 14(3): 376-85. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/129>.
4. Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). Cad Saude Publica [periódico na Internet]. 2000 jul/set [Acesso em 2013 Fev 12]; 16(3): 671-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000300015&script=sci_arttext.
5. Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. Rev Saude Publica [periódico na Internet]. 2000; [Acesso em 2013 Abr 16]; 34(1): 64-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100012.
6. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L, Ferraz W, Souza MFM. Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde [periódico na Internet]. 2007 out/dez [Acesso em 2013 Abr 24]; 16(4): 233-44. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000400002&script=sci_arttext.

7. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Passini Junior R, Amaral E. Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na Internet] 2000; [Acesso em 2013 Maio 20]. 22(9): 579-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n9/12056.pdf>.
8. DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 9 Jan. 2013.
9. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy EE, Faúndes A. Causas e fatores associados a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]; 1998 [Acesso em 2013 Maio 24]14 supl.1: 41-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1339.pdf>
10. Barbalho, Elcione. Relatório da CPI da mortalidade materna. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.
11. Cardoso MP, Faúndes A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2006 out [Acesso em 2013 Fev 12]; 22(10): 2244-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/23.pdf>
12. Brasil, Ministério da Saúde. Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro, 2006.
13. Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2011.
14. Ribeiro CM, Costa AJL, Cascão AM, Lobato JCP, Cavalcanti MLT, Kale PL. 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. Caxambu - MG set 2010.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos sociodemográficos e análises espaciais referentes aos municípios com a existência de comunidades remanescentes de quilombos. Relatório Técnico Preliminar. Rio de Janeiro, 2007.
16. Martins, AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2006 nov [Acesso em 2013 Jun 3]; 22(11): 2473-79. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/22.pdf>

Recebido em: 26/12/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/07/2014
Publicado em: 01/10/2014

Endereço de contato dos autores:
Iraci Duarte de Lima
Rua Gameleira, 13. Nova Parnamirim. Parnamirim, Rio Grande do Norte,
Brasil. CEP: 59152080.