

Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo Entre dois Períodos

Mortality in Women of Reproductive Age: A Comparative Study Between Two Periods

La Mortalidad en las Mujeres en Edad Reproductiva: Un Estudio Comparativo Entre los dos Períodos

Érica de Brito Pitilin^{1*}; Taize Sbardelotto²

Como citar este artigo:

Pitilin EB, Sbardelotto T. Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo Entre dois Períodos. Rev Fund Care Online. 2019. abr./jun.; 11(3):613-619. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.613-619>

ABSTRACT

Objective: The purpose has been to identify socio-demographic factors associated with mortality in women of reproductive age in the *Paraná* State from 1996 to 2012. **Methods:** It is a descriptive and cross-sectional study with an ecological approach. Data were collected through the mortality information system and processed by the Chi-square test for association. **Results:** There was a reduction in the prevalence of deaths in women of reproductive age over the period considered, from 17% to 13.2%, respectively. The leading causes of death for both periods occurred from preventable causes being the main underlying causes external ones, such as cancer, heart disease and circulatory system. **Conclusions:** The results supported that deaths in women of reproductive age are preventable with the introduction of social actions, as well as early diagnosis and treatment. The mortality pattern in the *Paraná* State is similar to the country, which points to the need of implementing actions towards all three government levels focused on the female population health.

Descriptors: Women's Health, Death Causes, Mortality, Public Health.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual do Centro Oeste. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Filadélfia, Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó/SC. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó/SC.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó/SC. Graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Chapecó/SC.

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de mulheres em idade fértil do Paraná nos períodos de 1996 e 2014. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico transversal descritivo com dados coletados por meio do Sistema de Informação de Mortalidade e processados pelo teste de associação qui-quadrado. **Resultados:** Houve uma redução na prevalência de óbitos das mulheres em idade fértil nos períodos, de 17% para 13,2%, respectivamente. As principais causas de morte para ambos os períodos ocorreram por causas evitáveis sendo as principais causas básicas as causas externas, neoplasias, doenças cardíacas e do aparelho circulatório. **Conclusões:** Os resultados contribuíram para mostrar que as mortes de MIF são evitáveis a partir da introdução de medidas sociais e de diagnóstico e tratamento precoce. O padrão de mortalidade do estado é semelhante ao do país apontando necessidade de implementar ações nas três esferas de governo voltadas para a saúde da população feminina.

Descritores: Saúde da Mulher, Causas de Morte, Mortalidade, Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos asociados a la mortalidad de las mujeres en edad fértil de Paraná entre 1996 y 2012.

Método: Estudio ecológico descriptivo transversal, con los datos recogidos a través del Sistema de Información sobre Mortalidad y procesados por la prueba asociación Chi-cuadrado. **Resultados:** Hubo reducción en la prevalencia de las muertes de mujeres en edad fértil en el período, del 17% al 13,2%, respectivamente. Las principales causas de muerte para ambos períodos se produjo por causas prevenibles siendo principal causa subyacente causas externas, cáncer, enfermedades del corazón y el sistema circulatorio.

Conclusiones: Las muertes del MIF son prevenibles con la introducción de medidas de carácter social y el diagnóstico y tratamiento tempranos. El estado del patrón de mortalidad es similar a la de la nation que señalan la necesidad de implementar acciones en los tres niveles de gobierno se centraron en la salud de la población femenina.

Descriptorios: Salud de la mujer, Causas de muerte, Mortalidad, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Os óbitos de mulheres em idade reprodutiva correspondem 24% das mortes no mundo do segmento populacional de mulheres que estão expostas aos riscos associados à vida sexual e reprodutiva¹. O grupo etário compreendido entre 10 a 49 anos de idade representa 16% do total de óbitos femininos em todo o Brasil, o que corresponde a 67.006 óbitos no último ano, sugerindo fragilidades no cuidado à saúde das mulheres, uma vez que decorrem de mortes evitáveis e passíveis de resolução². Destaca-se que o número de mulheres em idade fértil representa 65% do total da população feminina, um segmento social importante para a elaboração das políticas públicas de saúde³.

Atualmente, os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) ocorrem em países em desenvolvimento reflexo da taxa de fecundidade e expectativa de vida dessas regiões, indicando que essas mulheres estão expostas a maiores riscos de adoecer e morrer em relação as mulheres, no mesmo grupo etário, que vivem em países desenvolvidos¹. Além disso, a investigação dos óbitos de MIF traduz um

compromisso em diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo por meio do quinto Objetivo do Milênio (ODM).

Neste contexto, o país 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 MIF⁴. A taxa de mortalidade materna representa um instrumento de avaliação sensível da expressão do desenvolvimento humano social, de condições de vida da população, geralmente associada à ineficiência dos serviços de saúde onde índices baixos podem estar relacionados às subnotificações de óbitos maternos, mas também à baixa proporção de investigação de óbitos de MIF^{5,6}. Logo, delimitar o numerador do cálculo dessa taxa subsidia a confiabilidade no indicador de impacto mais utilizado no monitoramento da saúde da mulher.

A pesar das melhorias e avanços percebidos na redução dos índices de mortalidade materna, as propostas das políticas de saúde da mulher permanecem com lacunas nas demais áreas estratégicas. A mudança no estilo de vida e novos hábitos adotados pelas mulheres ao longo das últimas décadas tornaram-nas cada vez mais expostas a novos riscos de adoecer e morrer, o que faz da investigação de seus óbitos uma estratégia necessária para o direcionamento das ações de políticas públicas⁷. Ao identificar os fatores passíveis de melhorias nessa área pretende-se contribuir para que profissionais insiram novas condutas e rotinas no atendimento dessa população de mulheres específicas.

Parte importante das informações em saúde no país deriva dos Sistemas de Informação (SIS) como fontes importantes e bastante utilizadas para a produção do conhecimento sobre a situação de saúde, além de subsidiar o planejamento, organização, operação e avaliação de ações, serviços, programas e políticas⁸. Nas últimas décadas, grandes avanços podem ser observados no processo de implantação dos SIS no Brasil, com a ampliação da cobertura, do acesso e da utilização dos bancos de dados nacionais principalmente sobre óbitos⁹.

Por não existir um coeficiente específico para medir a mortalidade de mulheres em idade fértil, 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 puerpério¹¹. Nessa perspectiva e devido à pouca atenção dispensada nesse grupo fora da época gravídica puerperal pelos serviços, objetivou-se analisar a prevalência de óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos de idade, identificando os fatores sociodemográficos associados as possíveis causas entre dois períodos, partindo do pressuposto que os determinantes sociais podem influenciar na ocorrência dos óbitos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico transversal conduzido com dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), correspondente aos dados das Declarações de Óbitos (DO) de mulheres entre 10 a 49 anos no Paraná, no ano de 1996 e 2014. A escolha da faixa etária de 10 a 49 anos se deu pela definição brasileira de idade reprodutiva referente à menarca e à menopausa, fase em que as mulheres estão expostas a riscos especificamente associados à vida sexual e reprodutiva¹².

Foram analisados 7.275 registros de óbitos de mulheres em idade fértil por meio do download da DO, disponibilizado via *Internet*, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), via programa *TabWin*, no período de janeiro de 2016 a maio de 2016, pelo acesso aos serviços, transferência de arquivos e download¹³.

Foram incluídos todos os óbitos declarados de mulheres em idade fértil. A variável dependente foi a ocorrência de óbitos de MIF e as variáveis independentes foram as de aspecto sociodemográfico como: faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos), raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena), situação conjugal (solteira, casada/unida, viúva, separada/divorciada), anos de estudo (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 e mais anos de estudo), e causa básica do óbito.

Primeiramente, para a definição da causa básica, foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10) definida como “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”. Ainda, para classificar a evitabilidade do óbito, foi utilizada a lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴. Posteriormente, as causas de óbito foram agrupadas por faixa etária das mulheres permitindo o conhecimento da distribuição percentual dos grupos de causas específicos. O período de 1996 foi selecionado por se tratar do primeiro ano disponível no sistema e 2014, o último ano.

Os dados populacionais para os períodos foram obtidos das estimativas anuais realizadas pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados no Datasus. Os coeficientes específicos de mortalidade de MIF foram calculados dividindo-se o número de óbitos por determinadas causas pelo total de óbitos ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos no mesmo período, multiplicando-se por 100.000.

Os dados foram analisados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for *Windows versão 20.0*. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para verificar a diferença da proporção entre as variáveis estudadas e as principais causas encontradas e assim, a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, apenas

para o período de 2014 pela ausência de campos ignorados. A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow*. Para todos os testes estatísticos inferenciais foi utilizado nível de significância pré-estabelecido em $p < 0,05$. O protocolo de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética devido à natureza pública e administrativa dos dados, que não incluíam identificação do trabalhador ou da empresa, no entanto as informações foram tratadas rigorosamente com confidencialidade, respeitando os critérios da beneficência e não maleficência da produção científica, conforme os preceitos éticos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de óbitos de MIF no Estado do Paraná em 1996 foi de 3.767 óbitos o que correspondeu a 17,0% do total de óbitos para aquele ano enquanto que, em 2014 foram 3.508 óbitos (13,2% do total de óbitos) (**Tabela 1**). Vale destacar que as informações registradas como ignoradas ou *missing* foram encontradas apenas no período de 1996 para as variáveis escolaridade (75,6%) e raça/cor (99,9%).

Tabela 1 - Distribuição percentual das características sociodemográficas de óbitos de MIF nos períodos de 1996 e 2014. Paraná, Brasil. 2016.

Variáveis	1996		2014	
	n	%	n	%
Faixa Etária				
10 a 14 anos	183	4,8	101	2,8
15 a 19 anos	281	7,4	228	6,4
20 a 29 anos	684	18,1	556	15,8
30 a 39 anos	1.008	26,7	917	26,1
40 a 49 anos	1.611	42,7	1.706	48,6
Escolaridade				
Nenhum	591	15,6	223	6,3
1 a 3 anos	-*	-*	614	17,5
4 a 7 anos	-*	-*	1.002	28,5
8 a 11 anos	209	5,5	1.009	28,7
12 ou mais	118	3,1	383	10,9
Missing*	2.849	75,6	277	7,8
Situação conjugal				
Solteira	1.362	36,1	1.673	47,6
Casada/unida	1.872	49,6	1.164	33,1
Viúva	224	5,9	107	3,0
Separada/divorciada	109	2,8	227	6,4
Outro	72	1,9	244	6,9
Missing *	128	3,3	93	2,6
Raça/Cor				
Branca	4	0,1	2.625	74,8
Preta	-*	-*	163	4,6
Parda	-*	-*	600	17,1
Amarela	1	0,0	10	0,2
Indígena	-*	-*	9	0,2
Missing*	3.762	99,9	101	2,8
TOTAL	3.767		3.508	

Tabela 2 - Distribuição de óbitos de MIF por coeficiente específico de mortalidade e por ano do óbito segundo capítulo CID-10. Paraná. Brasil. 2016.

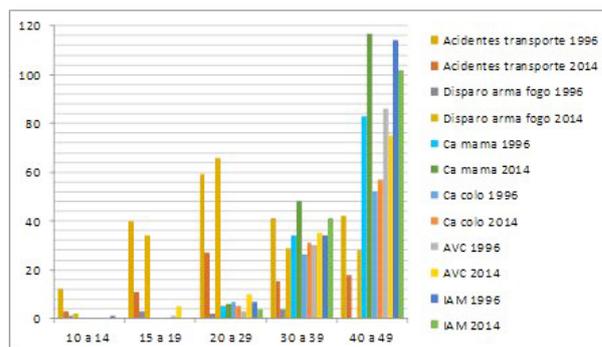
Capítulo CID-10	1996		2014	
	Total	Coefficiente Especifico de Mortalidade	Total	Coefficiente Especifico de Mortalidade
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	256	6,7	231	6,5
II. Neoplasias (tumores)	665	17,6	892	25,4
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	28	0,7	14	0,3
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	116	3,0	185	5,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	27	0,7	38	1,0
VI. Doenças do sistema nervoso	97	2,5	112	3,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0,0	0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	794	21,0	552	15,7
X. Doenças do aparelho respiratório	200	5,3	180	5,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	169	4,4	179	5,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	0,1	6	0,1
XIII. Doenças sistêmicas osteomusculares e conjuntivas	55	1,4	60	1,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	70	1,8	72	2,0
XV. Gravidez, parto e puerpério	112	2,9	75	2,1
XVII. Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas	20	0,5	22	0,6
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratorial	269	7,1	95	2,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	881	23,3	795	22,6
TOTAL	3.767		3.508	

Ao analisar as proporções das causas específicas dos óbitos de MIF segundo categoria CID-10 e grupo etário destacam-se as mortes por acidentes automobilísticos (71%) entre as mulheres com 20 a 29 anos de idade e os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em 30,2% das mulheres entre 40 a 49 anos, para o período de 1996. No período de 2014, os óbitos mais frequentes foram àqueles decorrentes de agressões e disparo por arma de fogo entre as mulheres com

20 a 29 anos (56%) e neoplasia maligna da mama (29,4%) na faixa etária dos 40 a 49 anos (**Figura 1**).

Quanto à evitabilidade do óbito, todas as causas identificadas observadas na **figura 1** foram classificadas como mortes evitáveis, ou seja, causas reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas, controle e atenção às doenças de causas infecciosas, às doenças não transmissíveis¹².

Figura 1 - Proporção das causas específicas dos óbitos de MIF segundo categoria CID-10 e grupo etário para o período de 2014 e de 1996. Paraná. Brasil. 2016.



Fonte: Datasus. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Na **Tabela 3**, observa-se a relação entre as análises bivariadas das variáveis estudadas (causa básica do óbito) e os principais fatores sociodemográficos para o período de 2014. Houve associação significativa para o grupo de óbitos por causas externas para as mulheres entre 15 a 19 anos, com 8 a 11 anos de estudo e solteiras, enquanto que para o grupo de óbitos por doenças do aparelho circulatório a significância foi entre mulheres de 40 a 49 anos e com 4 a 7 anos de estudo. Para o grupo de óbitos por neoplasias a associação ocorreu no mesmo segmento etário e entre àquelas com alta escolaridade (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Frequência de causa básica de óbito de MIF segundo características sociodemográficas no período de 2014. Paraná, Brasil. 2016.

Variáveis	Causas Externas (n=795)		Aparelho Circulatório (n= 552)		Neoplasias (n=892)	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
	Faixa Etária					
10 a 14 anos	4,5		0,7		2,5	
15 a 19 anos	14,5		1,2		2,1	
20 a 29 anos	31,1	<0,01	7,4		6,6	
30 a 39 anos	26,4		21,9		27,3	
40 a 49 anos	23,1		68,6	<0,01	61,3	<0,01
Anos Estudo						
Nenhum	1,8		5,9		3,2	
1 a 3 anos	11,0		21,5		18,6	
4 a 7 anos	33,8		31,7	<0,01	24,8	
8 a 11 anos	35,9	<0,01	23,3		30,3	

12 a mais anos	13,4	8,1	15,1	<0,01
Situação conjugal				
Solteiro	63,1	<0,01	34,2	35,0
Casado/unido	20,0	39,4	47,3	<0,01
Viúva	1,7	5,4	2,1	
Separado/divorciado	6,0	7,9	7,7	
Outro	7,0	9,0	6,0	
Cor/Raça				
Branca	81,5	69,3	79,8	
Preta	2,5	5,7	2,7	
Parda	14,7	20,6	13,0	
Amarelo	-	0,5	0,2	
Indígena	2,2	0,3	0,2	
Missing	1,0	3,2	3,6	

*diferença significativa entre as causas de óbitos para $p < 0,05$ (qui-quadrado com correção de Yates).

Não se observou significância estatística quando as causas básicas dos óbitos foram associadas com a característica raça/cor (valor de $p > 0,05$).

A partir da análise dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva no estado do Paraná foi possível observar que todos os óbitos frequentemente evidenciados pertenceram ao grupo das mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS, aumentando proporcionalmente de acordo com a faixa etária, quando comparados os períodos de 1996 e 2014. As principais causas de mortes identificadas neste estudo poderiam ser evitáveis a partir da introdução de medidas sociais, de prevenção e controle e de diagnóstico e tratamento precoce. A frequência de mortalidade maior na faixa etária entre 40 a 49 anos pode sugerir que há uma melhor condição de saúde da população de mulheres mais jovens quando comparadas às suas congêneres em idades mais avançadas¹⁵.

As principais causas de óbitos de MIF apontadas nesse estudo, como as do grupo das mortes por causas externas, neoplasias e doenças cardiovasculares, também foram as mesmas causas apontadas à semelhança de outros estudos^{3,11}. É possível que os diferentes cenários de mortes de MIF nos períodos de 1996 e 2014 analisados estejam relacionados com as características culturais, socioeconômicas e com a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população distintas nos dois períodos. Nas últimas décadas, as mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias, acidentes automobilísticos e violência, denominadas Doenças da Industrialização, têm dominado o perfil da mortalidade de adultos nos países desenvolvidos¹⁶.

No contexto das causas externas, houve uma importância crescente dos acidentes de trânsito e violência com arma de fogo entre os problemas de saúde pública de maior magnitude e transcendência pelo forte impacto na mortalidade da população especialmente do segmento jovem¹⁷. Esta situação não é peculiar do Brasil. A mortalidade por causas externas em mulheres tem sido objeto de preocupação pela sua reper-

cussão negativa sobre a qualidade e a expectativa de vida ao nascimento e a estabilidade econômica nas Américas⁷. Assim como em outros estudos, foi possível observar que o maior número de mulheres vítimas de violência se inserem na terceira década de vida atingindo uma população economicamente ativa de jovens^{11,18}.

A violência urbana reafirma a dinâmica complexa e multicausal, no qual os modos de vida têm papel determinante – e condicionante – na situação da violência social, haja vista a múltipla causalidade das práticas violentas contra a mulher^{19,20}. Esse impacto sobre a saúde exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde colocando novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo, estabelecendo prioridades nas ações de prevenção das violências e dos acidentes, mediante vigilância promoção e prevenção da saúde.

As doenças cardiovasculares ocuparam a segunda causa de óbitos de MIF na década de 1990 neste estudo, com redução de 40% dessas causas no período de 2014, prevalecendo nas mulheres entre 40 a 49 anos, ocupando a terceira maior causa de óbitos na atualidade e seguindo as tendências das mortes de mulheres em idade reprodutivas no Brasil¹¹. Tais achados podem ser evidenciados à custa de novos hábitos e estilo de vida adotados pelas mulheres nas últimas décadas e pela melhoria nas condições de diagnóstico e terapêutica especializada¹². Mesmo assim, a elevada prevalência de hipertensão em mulheres com baixa escolaridade e cor/raça negra passou a ser a terceira maior causa de óbitos no período reprodutivo no Brasil. A baixa escolaridade pode estar associada a não adesão ao tratamento e/ou assimilação dos cuidados recebidos, dificuldade de acesso aos meios de prevenção das doenças e na impossibilidade de controles periódicos regularmente^{21,22}. No entanto, a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade¹⁵.

Por sua vez, as neoplasias ocuparam a terceira maior causa de óbitos em 1996, tornando-se a principal causa em 2014. Destaca-se o câncer de mama como a primeira causa de óbitos nas mulheres entre 40 a 49 anos no estado do Paraná (29,4%) observando uma certa uniformidade com os achados de outros estudos realizados no Sul, na região Sudeste e Centro-Oeste do país²³. O aumento da incidência desse câncer no país tem sido acompanhado do aumento da mortalidade com o retardamento no diagnóstico e na instituição terapêutica precoce em 60% dos casos, o oposto observado internacionalmente em países desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega²⁴.

A ocorrência de óbitos por neoplasia mamária se manteve elevada quando associada à escolaridade neste estudo. Sabe-se que a alta escolaridade está diretamente relacionada a uma melhor posição socioeconômica, à crescente participação das mulheres no processo produtivo, ao processo de urbanização

da sociedade e o consequente adoecimento das mulheres expostas a maiores fatores estressantes²⁵.

Observa-se que os serviços de saúde não estão adequados às 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 prevenção¹¹.

Nesse sentido, o perfil e a sensibilidade do profissional enfermeiro são importantes na inserção de novas condutas e rotinas na prestação do cuidado no âmbito da atenção primária ao lidar diretamente com as demandas advindas dessas mulheres de forma conjunta, em sua totalidade, além de construir um plano terapêutico baseado em evidências e centrados nas reais necessidades femininas. O conhecimento científico adquirido pode permear a introdução de medidas diferenciadas para a prática.

CONCLUSÕES

A mortalidade de MIF no estado do Paraná ocorreu em sua maioria por causas evitáveis relacionadas ao desenvolvimento urbano e ao novo perfil de mulheres independentes e expostas à práticas, hábitos e comportamentos até então predominantes na população masculina como fumar, beber e maior liberdade sexual, deixando-as expostas ao estresse e a outros fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis. O grupo etário, escolaridade e situação conjugal, principalmente no seguimento jovem e economicamente ativo de mulheres estiveram associados às causas básicas de óbitos.

Recomenda-se uma atenção especial aos problemas emergentes das doenças crônicas ao mesmo tempo em que é preciso garantir a mulher condições isentas de complicações no seu ciclo reprodutivo. Embora as políticas públicas de saúde no cenário atual voltem suas ações para a melhoria da qualidade de vida da população feminina, no contexto prático evidencia-se uma lacuna na forma de atendimento, na articulação entre os serviços a nível de municípios impactando no controle dos problemas de saúde mais frequentes no Estado. Há 18 anos evidenciam-se as mesmas causas de óbitos da população feminina em idade reprodutiva no Paraná reforçando a necessidade de investimentos e o replanejamento de políticas sociais e alocações de recursos financeiros. 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 que garantam qualidade e resolutividade em todos os níveis de atenção.

Todavia, os registros dos dados nos sistemas de informações de saúde nacional são questionáveis devido ao déficit de treinamento dos profissionais ou à falta de conhecimento da notificação, gerando má qualidade, subnotificação dos óbitos e dificuldade no real conhecimento tanto da morta-

lidade materna quanto da mortalidade de MIF. Entretanto, mesmo com essas limitações foi possível observar que houve uma redução na proporção de óbitos em mulheres entre 10 a 49 anos, quando comparados os períodos de 1996 e 2014.

Em suma, estudos de mortalidade podem subsidiar planejamento para a adoção de medidas destinadas a contribuir para o conhecimento de problemas de saúde que mais acometem grupos específicos, com possíveis implicações de propostas para a melhoria das condições de saúde nessa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, World Banka Group and The United Nations Population Division. Switzerland: World Health Organization [Internet]. 2015 [citado em 2016 mar 14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf
2. Gil MM, Gomes-Spanholz FA. Declarações de óbitos em mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 mai-jun;66(3): 333-7.
3. Magalhães MC, Teixeira MT. Morbidade materna extremamente grave: uso do sistema de informação hospitalar. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 2016 mar 14];46(3):472-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000029>
4. 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.
5. Tajik P, Nedjat S, Afshar NE, Changizi N, Yazdizadeh B, Azemikhah A, et al. Inequality in maternal mortality in Iran: a necologicstudy. *Int J Prev Med* 2012;3(2):116-21.
6. Berg CJ. From identification and review to action-maternal mortality review in the United States. *Semin Perinatol* 2012;36(1):7-13.
7. Cunha CC, Teixeira R, França E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol. Serv Saude*, Brasília [Internet], 2017 jan-mar; 26(1):19-30 [citado em 2017 fevereiro 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00019.pdf>
8. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro [Internet], 2009 out; 25(10):2095-109 [citado em 2016 março 16]. Disponível em: file:///C:/Users/%C3%89rica/Downloads/Lima_%20Dimensoes%20Qualidade.pdf
9. Cintho LMM, Machado RR, Moro CMC. Métodos para avaliação de sistema de informação em saúde. *J Health Inform* [Internet]. 2016 abr-jun; 8(2):41-8 [citado em 2016 março 16]. Disponível em: <file:///C:/Users/%C3%89rica/Downloads/346-1919-1-PB.pdf>
11. Lima ID, França TL, Silva JJ, Silva KM. Fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte. *J res: fundam care*. 2014 Out-dez; 6(4):1464-74.
12. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2012 [citado em 2016 março 19]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
14. Malta DC, Sardinha LM, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saude*, Brasília, 2010 abr-jun;19(2):173-6.
15. Martins VA, Costa HA, Batista RF, Rodrigues LS, Costa LC, Silva RN et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil de 2002 a 2011 em São Luis, Maranhão. *Rev Pesq Saúde*, 2014 jan-abr;15(1): 235-239.
16. Giacomelli GS, Chiapinoto FV, Filho PJM, Vieira KM. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. *Revista de Estudos Sociais* [Internet]. 2016; 18(37): 164 [citado em 2016 junho 25]. Disponível em: <file:///C:/Users/%C3%89rica/Downloads/4060-14169-1-PB.pdf>

17. Silva JG, Moreira KFA, Botelho TCA, Castro TM. Perfil da evitabilidade de óbito de mulheres em idade fértil, de 2009 a 2013, em residentes de Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde* [internet]. Vitória, 2015 jul-set; 17(3): 49-59 [citado em 2016 março 25]. Disponível em: <file:///C:/Users/C3%89rica/Downloads/14136-37972-1-SM.pdf>
18. Vieira RM, Queiroz IFR, Viana KGS, Magalhães ZMA, Flôr SMC, Linhares MSC. Mortalidade Segundo causas externas entre mulheres, em idade fértil, no município de Sobral, Ceará. *SANARE* [Internet], Sobral, 2014 jun-dez; 13(2): 70-7 [citado em 2016 março 26]. Disponível em: <file:///C:/Users/C3%89rica/Downloads/576-1244-1-SM.pdf>
19. Ferreira RM, Vasconcelos TB, Filho REM, Macena RHM. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016; 21(12):3937-46 [citado em 2016 março 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/1413-8123-csc-21-12-3937.pdf>
20. Gargia LP, Silva GDM. Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011 – 2013). In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) [Internet]. Brasília: Rio de Janeiro, 2016 [citado em 2016 abril 05]. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/144615/1/853182515.pdf>
21. Berquó E, Lago TG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde Soc São Paulo* [Internet]. 2016; 25(3): 550-60 [citado em 2016 abril 05]. Disponível em: [file:///C:/Users/C3%89rica/Downloads/123045-231091-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/C3%89rica/Downloads/123045-231091-1-PB%20(1).pdf)
22. Cifuentes LY, Abril FG, Díaz JM. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Rev av enferm* [internet], 2014; 2(1): 63-71 [citado em 2016 abril 20]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a07.pdf>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Departamento de Atenção Básica. 3 Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
24. Kopans Daniel B. More misinformation on breast cancer screening. *Gland Surg* [Internet]. 2017; 6(1): 125-9 [citado em 2017 fevereiro 14]. Disponível em: <http://gs.amegroups.com/article/view/13142/13538>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas [internet]. 2012 [citado em 2016 ago 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf

Recebido em: 06/07/2017
Revisões requeridas: 04/09/2017
Aprovado em: 11/09/2017
Publicado em: 02/04/2019

***Autor Correspondente:**
Érica de Brito Pitilin
Rodovia SC 484, Km 02
Fronteira Sul, Santa Catarina, SC, Brasil
E-mail: erica.pitilin@uffs.edu.br
Telefone: +55 49 2049-2600
CEP: 89.815-899