

Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA

Mortality of women of childbearing age in the health region of Guanambi/BA

Tatina de Jesus Oliveira*
Marcela Andrade Rios*
Paloma Natal Teixeira*

711

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;41(4):711-719

Resumo

O estudo objetivou descrever a mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi, no período de 2003 a 2012. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada através de dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referentes aos óbitos de mulheres com idade de 10 a 49 anos na região de saúde de Guanambi/BA, entre os anos de 2003 a 2012. As mulheres na faixa etária dos 40 aos 49 anos (22,6%), com 1 a 3 anos de escolaridade (43%), solteiras (46,4%) e da cor/raça parda (46,8%) foram as que mais morreram; as causas externas (17,4%), doenças do aparelho circulatório (17,1%) e neoplasias (15,4%) prevaleceram como principais motivos desses óbitos. Os coeficientes de mortalidade materna permaneceram oscilantes, variando entre 18,05 e 138,07 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. A subinformação e o sub-registro dificultaram a real dimensão desse problema na saúde das mulheres desta região, assinala-se a necessidade de investimento em ações direcionadas a redução da mortalidade evitável.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Coeficiente de Mortalidade. Perfil de Saúde.

Abstract

The study aimed to describe the mortality of women of childbearing age in the health region of Guanambi from 2003 to 2012. This is a descriptive research, with a quantitative approach, performed through data obtained from the Mortality Information System (SIM), made available by the Department of Informatics of SUS (DATASUS), referring to the deaths of women aged 10 to 49 years in the health region of Guanambi / BA, between 2003 and 2012. Women in the age group of 40 49 years (22.6%), 1 to 3 years of schooling (43%), single women (46.4%) and brown color / race (46.8%) were the ones who died the most; (17.4%), diseases of the circulatory system (17.1%) and neoplasias (15.4%) prevailed as the main reasons for these deaths. The maternal mortality coefficients remained oscillating, varying between 18.05 and 138.07 maternal deaths per 100,000 live births. Underreporting and underreporting have made the real dimension of this problem difficult for the health of women in this region, it is necessary to invest in actions aimed at reducing prevent-able mortality.

Keywords: Women's health. Mortality Rate. Health Profile.

DOI: 10.15343/0104-7809.20174104711719

*Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – campus XII, Guanambi, BA, Brasil.
E-mail: marcelariosent@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população feminina vem conseguindo ao longo dos anos um espaço cada vez maior na sociedade, pois além do tempo e cuidados dedicados à família, também se encontram mais presentes no mercado de trabalho. Esse acúmulo de funções exerce um significativo impacto na saúde e bem-estar das mesmas, fato que contribui para a maior exposição a situações de risco e, conseqüente, alteração no padrão de mortalidade¹.

Em cada fase da vida, a mulher convive com diferentes tipos de ameaças à sua integridade e existência. Quando a análise se restringe aquelas que se encontram em idade fértil (10 a 49 anos), o padrão dos óbitos apresenta algumas características típicas dessa faixa etária, que podem sofrer algumas variações de acordo com as condições em que as mesmas estão inseridas².

Entre as principais causas de mortalidade na população feminina brasileira estão as neoplasias, as causas externas de morbidade e mortalidade, as doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e doenças infecciosas e parasitárias. Além dos óbitos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério^{3,4,5}.

Nesse aspecto, o coeficiente de mortalidade materna merece destaque especial por refletir diretamente a qualidade de saúde da população. No Brasil, no ano de 2011 foram registradas 1.610 mortes maternas no país, sendo as regiões Nordeste com 587 e Sudeste com 540 dos registros totais de casos. As complicações mais frequentes que resultam nesse desfecho fatal são as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas^{3,6,7}.

O perfil epidemiológico de mortalidade sofre alterações que são influenciadas pelas características locais e hábitos da atualidade. Ressalta-se que a mortalidade tem sido utilizada como um importante indicador de saúde, tanto por oferecer maior disponibilidade de dados através dos registros vitais, quanto por apresentar um conceito definitivo e incontestável do que é a morte. Logo, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) implantado em 1975 no Brasil contribuiu para a agilidade e organização

das informações ao estabelecer um modelo único de declaração de óbito (DO) válido para todo o território nacional, e provido de dados que alimentam as estatísticas^{4,8}.

Descrever as características da mortalidade de mulheres em idade fértil exige a situação de saúde, bem como as condições de vida experimentadas pela classe feminina na região da qual faz parte. Sendo, nesse contexto, relevante conhecer as principais causas de óbito, para possibilitar a elaboração de intervenções capazes de melhorar a realidade local e regional, especialmente pela adoção de medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como subsidiar conhecimentos que levem a melhores condições de assistência de saúde a essa parcela da população.

O presente estudo objetivou descrever a mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi, no período de 2003 a 2012. Desse modo, buscou nesse estudo apontar o perfil da mortalidade materna das mulheres que residem na região para subsidiar a implementação e fortalecimento de políticas públicas voltadas para as necessidades locais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo realizado através de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados eletronicamente por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que buscou descrever a mortalidade de mulheres em idade fértil, que residiam na região de saúde de Guanambi/BA, no período de 2003 a 2012.

A região de Guanambi localiza-se no alto sertão baiano e é composta por 18 municípios: Caculé, Caetitê, Candiba, Guanambi, Ibiassucê, Igarorã, Iuiu, Jacaraci, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Malhada, Matina, Mortugaba, Palmas de Monte Alto, Pindaí, Riacho de Santana, Sebastião Laranjeiras e Urandi. Apresentando as coordenadas geográficas 14º 13' 24" de latitude sul e 42º 46' 53" de longitude oeste, com aproximadamente 374.180 habitantes, dos quais 117.983 são mulheres em idade fértil⁹.

Como instrumento de coleta de dados,

empregou-se as planilhas do programa Microsoft Excel versão 2007, geradas a partir do Datasus, local que agrega variáveis do SIM, dentre outros sistemas de informação em saúde.

As variáveis pesquisadas foram: faixa etária (10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39 e 40 a 49 anos), cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência do óbito e causa do óbito, conforme a CID-10. Para os óbitos maternos (ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o parto, quando relacionados com problemas associados à gravidez) foram estudadas as subcategorias maternas: faixa etária (10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39 e 40 a 49 anos), cor/raça, escolaridade, estado civil e tipo de causa: obstétrica direta, consequência de complicações durante gravidez, parto ou puerpério e obstétrica indireta, condições previamente existentes ou que surgiu durante a gestação, sem relação direta, mas agravadas pela mesma².

Realizou-se cálculos de frequências absolutas e relativas, bem como os coeficientes brutos de mortalidade para cada ano estudado, por meio da divisão do número de óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos, pelo total da população feminina em idade fértil na região de Guanambi, multiplicado por 100.000. Tais coeficientes foram padronizados por faixa etária, utilizando-se o método direto e considerando as mulheres em idade fértil residentes no estado da Bahia, no ano de 2010 como a população padrão.

O coeficiente de mortalidade materna foi alcançado através da divisão do número de óbitos maternos de mulheres residentes na região de saúde de Guanambi na ocasião desse evento, pelo total de nascidos vivos na referida localidade, multiplicado por 100.000, para cada ano analisado.

Ressalta-se que os aspectos éticos constantes na Resolução 466/2012 foram respeitados, e por se tratar de um estudo com dados secundários, de domínio público, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa¹⁰.

RESULTADOS

Com o intuito de descrever o perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil na região de Guanambi, esta pesquisa constatou

que durante os 10 anos analisados (2003 a 2012) foram registrados no SIM 1.055 mortes de mulheres em idade fértil, das quais 24,3% (n = 256) ocorreram no município de Guanambi, seguido por Caetité 11,9% (n = 126) e Riacho de Santana, com 8,6% (n = 91).

A frequência de óbito oscilou ao longo dos anos, apresentando seu ápice em 2011 com 127 mortes registradas (12%), seguido pelo ano de 2009, com 117 (11,1%), e menor ocorrência em 2003 e 2008 ambos com 92 mortes (8,7%).

Do total de óbitos em todos os anos estudados, 37 foram registrados como mortes maternas, o que corresponde a 3,5% dos óbitos em mulheres em idade fértil.

Em relação à faixa etária, notou-se um aumento no número de óbitos com o avançar da idade, estando à maioria dos episódios presente entre as mulheres de 40 a 49 anos, respondendo por 43% dos casos (n = 453), seguidos pelas de 30 a 39 anos, com 30,4% (n = 321), conforme visualizado na tabela 1. Já, quando analisada tal variável para os óbitos maternos, a maior frequência foi encontrada na faixa etária de 20 a 29 anos, com 40,6% dos casos (n=15). Ressalta-se que três óbitos maternos foram encontrados em adolescentes, de 15 a 19 anos (8,1%).

Observou-se que 46,4% das vítimas (n = 490) se encontravam solteiras na ocasião do evento. No tocante à escolaridade, 22,6% estudaram de 1 a 3 anos (n = 238); 17,3% de 4 a 7 anos (n = 182) e 14,6% não possuíam nenhuma escolaridade (n = 154); ressalta-se que em 28,2% dos registros essa informação foi ignorada (n = 298). Quanto à cor/raça, a maioria era negra, considerando pretas e pardas (n = 645; 61,1%). Foi encontrado um sub-registro para esta informação em 10,3 % dos casos (n = 109). Analisando-se apenas os óbitos maternos, maiores frequências foram encontradas para mulheres casadas, 67,6% (n = 25); com 8 a 11 anos de estudo, 27% (n = 10) e negras (n = 22; 59,4%).

No tocante às causas básicas de óbito, segundo a classificação da CID-10, conforme visualizado na tabela 2, predominaram as causas externas com o registro de 17,4% das mortes (n=184), dentre as quais 39,7% (n = 73) foram consequência de acidentes de transporte e, 24,5% por homicídio (n = 45). As doenças

do aparelho circulatório aparecem em segundo lugar com 180 registros (17,1%), tendo como causa principal as doenças isquêmicas do coração, somadas a outras formas de agravo deste órgão, respondendo juntas por 53,4% dos casos (n = 96). As neoplasias ocuparam a terceira colocação com 162 óbitos (15,4%), sendo o câncer de mama o mais frequente, respondendo por 22,8% destas mortes (n = 37), seguido pelo câncer do colo do útero, com 12,3% dos registros (n= 96).

Dos casos de óbitos maternos registrados, 20 foram relacionadas à consequências obstétricas diretas (54%), 16 a obstétricas indiretas (43,2%) e 1 óbito cuja causa não constava especificação (2,7%). Ressalta-se que 39 óbitos foram registrados constando como causa básica um dos códigos do capítulo XV da CID 10 "Gravidez, parto e puerpério", entretanto somente 37 foram registradas no SIM como morte materna. No que diz respeito ao local de ocorrência, 61,8% das mortes aconteceram em ambiente hospitalar (n = 652); seguido pelos

óbitos domiciliares, 24,6% (n = 260) e em via pública, com 8,4% dos casos (n = 89).

A figura 1 apresenta os coeficientes de mortalidade de mulheres em idade fértil padronizados. Percebe-se que tais taxas oscilaram ao longo dos anos avaliados, apresentando seu valor máximo em 2011, com uma média de 30,9 óbitos de mulheres em idade fértil por 100.000 habitantes, e o valor mínimo em 2009, com 17,9 óbitos de MIF por 100.000 habitantes.

De modo semelhante, o coeficiente de mortalidade materna também apresentou oscilações, iniciando de maneira crescente, de 2003 (18,05 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) a 2005 (68,65 MM por 100.000 NV), com queda da taxa em 2006 (18,45 MM por 100.000 NV), retomando a tendência crescente de 2007 (97,44 MM por 100.000 NV) a 2009 (138,06 MM por 100.000 NV), e voltando a diminuir de 2010 (99,32 MM por 100.000 NV) a 2012 (19,88 MM por 100.000 NV).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das MIF que foram a óbito de 2003 a 2012 na microrregião de Guanambi. Bahia, Brasil.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Óbitos em MIF		Óbitos maternos	
	n	%	n	%
Faixa etária (anos)				
10 a 14	35	3,3	0	-
15 a 19	73	6,9	3	8,1
20 a 29	173	16,4	15	40,6
30 a 39	321	30,4	13	35,1
40 a 49	453	43	6	16,2
Escolaridade				
Nenhuma	154	14,6	4	10,8
1 a 3 anos	238	22,6	7	19
4 a 7 anos	182	17,3	9	24,3
8 a 11 anos	127	12	10	27
12 anos e mais	56	5,3	1	2,7
Ignorado	298	28,2	6	16,2

continua...

...continuação - Tabela 1

Estado civil				
Solteira	490	46,4	10	27
Casada	422	40,0	25	67,6
Viúva	28	2,7	0	-
Separada Judicialmente	25	2,4	1	2,7
Outro	21	2,0	1	2,7
Ignorado	69	6,5	0	-
Cor/Raça				
Branca	299	28,4	13	35,1
Preta	151	14,3	5	13,5
Amarela	1	0,1	0	-
Parda	494	46,8	17	46
Indígena	1	0,1	0	-
Ignorado	109	10,3	2	5,4
Total	1.055	100	37	100

Fonte: SIM/Datasus/Ministério da Saúde, 2015.

Tabela 2 – Óbitos de MIF de acordo com local de ocorrência e causa básica, segundo capítulos da CID-10, na microrregião de Guanambi. Bahia, Brasil, 2003 a 2012.

CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS	n	%
Local de ocorrência		
Hospital	652	61,8
Outros estabelecimentos de Saúde	6	0,6
Domicilio	260	24,6
Via Pública	89	8,4
Outros	41	3,9
Ignorado	7	0,7
Causa básica – Capítulos da CID-10		
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	184	17,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	180	17,1
II. Neoplasias (tumores)	162	15,4
XVIII. Achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	154	14,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	72	6,8
I. Doenças infecciosas e parasitárias	72	6,8
X. Doenças do aparelho respiratório	51	4,8
XV. Gravidez, parto e puerpério	39	3,7

continua...

...continuação - Tabela 2

IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	36	3,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	28	2,7
VI. Doenças do sistema nervoso	27	2,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	1,5
III. Doenças sanguíneas e transtornos imunitários	14	1,3
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo	10	0,9
XVII. Deformidades e anomalias cromossômicas	7	0,7
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	2	0,2
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,1
Total	1.055	100

Fonte: SIM/Datasus/Ministério da Saúde, 2015.

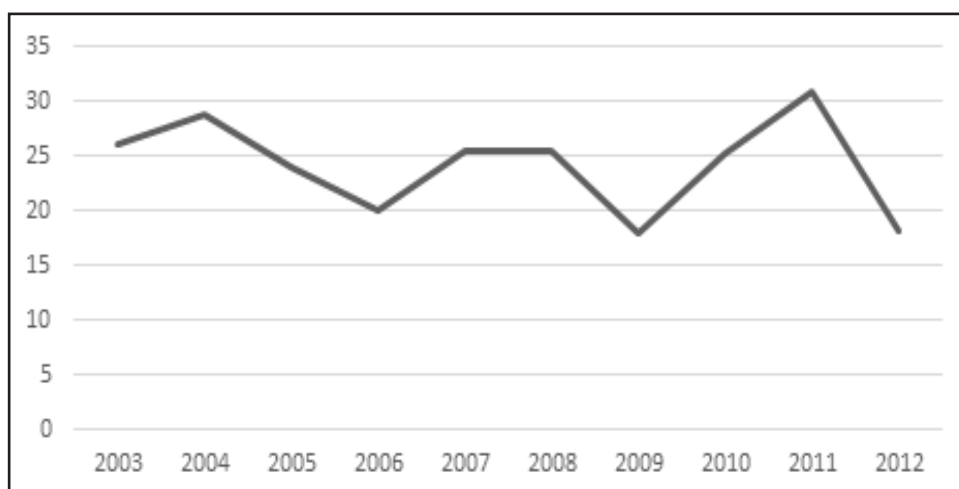


Figura 1 – Evolução dos coeficientes de mortalidade de MIF por 100.000 habitantes, na microrregião de Guanambi, Bahia, Brasil, entre os anos 2003 a 2012.

DISCUSSÃO

O perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil na microrregião de Guanambi apresenta algumas semelhanças com outros estudos ao apontar que as mulheres nas faixas etárias mais avançadas, solteiras, com menor escolaridade e as negras estão mais expostas a esse tipo de evento se comparadas as que não pertencem a esse grupo. Outra característica em comum é o fato de as instituições hospitalares serem descritas como principal local de ocorrência dessas mortes^{4,5,2,11}.

Os maiores índices de mortalidade materna encontrados nos municípios de Guanambi, Caetité e Riacho de Santana se devem ao fato de nestas cidades se concentrarem a maior porcentagem da população de mulheres em idade fértil na microrregião, com 22,8%, 13% e 8%, respectivamente³.

Foram encontradas diferenças entre o perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil e a mortalidade materna, pois enquanto nas primeiras os óbitos se concentraram na faixa

etária dos 40 a 49 anos, as mortes relacionadas ao período gravídico aconteceram com maior constância nas mulheres de 20 a 29 anos. Este padrão de mortalidade está de acordo com um estudo realizado em Ribeirão Preto, para conhecer o perfil de mortalidade de mulheres em idade fértil⁵. Podendo sugerir maior predominância de gestações entre as mulheres dessa idade e conseqüentemente maior exposição a complicações obstétricas letais³.

As variáveis escolaridade e estado civil também apresentaram divergências entre esses grupos, visto que, desconsiderando as informações ignoradas, o menor tempo de estudo foi maior entre as MIF, e as mortes maternas tiveram maior incidência entre as casadas. O menor tempo de estudo não traz implicações apenas para as oportunidades de trabalho, emprego e renda, mas também para o setor saúde, afetando de forma assustadora mulheres no auge da vida reprodutiva⁷.

Na categoria estado civil, foi possível identificar um elevado percentual de solteiras que foram a óbito. Essa situação pode estar associada a um aumento de famílias regidas unicamente por mulheres, que ao assumir demasiadas responsabilidades se tornam mais expostas a doenças e morte^{12,5}.

A maior parte das vítimas tinha entre um a três anos de estudo. O Ministério da Saúde aponta que indivíduos com menor escolaridade possuem uma autoavaliação de saúde ruim, em proporções superiores aos que têm mais tempo de estudo, e os hábitos saudáveis também tendem a ser melhores à medida que cresce o grau de instrução; estes determinantes repercutem diretamente no estado de saúde. É preciso ressaltar que a apreciação deste último dado encontra-se comprometida devido ao índice de informação ignorada^{13,14}.

No que se refere à causa de óbitos segundo os capítulos da CID-10, a microrregião de Guanambi apresenta as causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias como as três principais causas de óbito entre mulheres em idade fértil; a mortalidade materna ocupou a 8ª colocação. Essa tendência é semelhante à apontada em estudos realizados nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e entre as capitais brasileiras, onde as neoplasias aparecem como primeira causa desses óbitos,

seguida por doenças do aparelho circulatório e causas externas, e a mortalidade materna também ocupa significativa colocação. Tal achado pode demonstrar a existência de falhas na assistência de saúde ofertada, por se tratarem de mortes potencialmente evitáveis^{4,5,2}.

Fica nítido que, entre os fatores bloqueadores da cobertura das informações, está o preenchimento inadequado ou “ignorado” nas DO, condição que pode estar relacionada à ausência de comprometimento e atenção dos profissionais com este documento. Os prejuízos no fluxo das informações e perda de dados transmitidos ao SIM causam dificuldades na elaboração de diagnóstico de saúde e inviabilizam ações eficazes neste setor¹⁵.

A cor/raça parda esteve presente de modo superior às demais e quando somado as pretas, esse valor ultrapassou a metade dos registros de mortalidade materna do período estudado. As mulheres negras (pretas e pardas) sofrem mais com as iniquidades em saúde se comparadas com as de outras raças, isto pode estar relacionado a questões sociais e dificuldade no acesso a serviços e condições adequadas de saúde¹¹.

Quanto ao local de ocorrência dessas mortes, o hospital predomina, em seguida aparece o domicílio. Mais de 70% das mulheres em idade fértil no Brasil utilizam o SUS como meio de solucionar agravos e doenças, no caso de regiões como o Nordeste esse índice chega a ultrapassar 80%, isso pode explicar a elevada ocorrência de mortes em área hospitalar. Já o segundo colocado, no caso o ambiente domiciliar, remete a ausência de assistência médica durante o momento do óbito, levantando questionamentos a respeito do acesso aos serviços de saúde^{16,5}.

Foi possível notar o registro das causas externas como principal motivo de morte na população feminina em idade fértil na microrregião. Esse padrão de mortalidade mais característico dos grandes centros urbanos vem se difundido rapidamente por todas as regiões, sobretudo entre as faixas etárias de 15 a 35 anos. Autores reforçam que esse fenômeno se tornou mais frequente por conta de mudanças no estilo de vida das mulheres, que passam a conduzir e se arriscar cada vez mais no trânsito, além de uma tendência crescente da violência,

em especial os homicídios^{17,18}.

As doenças do aparelho circulatório que são a principal causa de morte entre as brasileiras, aparecem em segundo lugar na população deste estudo. Nesse aspecto, a saúde cardiovascular sofre influências das condições de vida e trabalho das mesmas e pode estar associada ao aumento da sobrecarga de responsabilidades que a mulher tem assumido ao longo dos anos, ao lidar com demandas do trabalho, serviços domésticos e assuntos familiares^{12,19}.

Já as neoplasias, consideradas um problema de saúde pública, ocupam a terceira colocação, indicando possíveis falhas no processo de detecção e intervenção precoce, visto que, quando descoberto e tratados em fase inicial esse tipo de enfermidade apresenta um bom prognóstico. Observa-se que o câncer de mama, além de ser o tumor mais frequente entre as mulheres, sem considerar o de pele não melanoma, é também o que mais leva a óbito no país²⁰.

A mortalidade materna também esteve presente, e quando comparados os coeficientes de mortalidade com a média nacional de 54,4

óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2012, e a média da Bahia de 70,9, ficou nítido que a microrregião de Guanambi apresentou variações discrepantes ao longo dos anos, com coeficientes inferiores a esses valores, como o de 2003 (18,05) e superiores, tendo como exemplo o de 2009 (138,06)^{3,21}.

Embora consequência de diversos fatores, as causas obstétricas diretas continuam prevalecendo. Entre as estratégias que podem contribuir para a redução desse quadro estão à promoção da saúde materna, prevenção dos riscos, assistência rápida e eficaz nos casos de emergências^{6,22}.

Como limitações deste estudo, aponta-se a frequência de informações ignoradas, sobretudo as referentes à escolaridade, bem como o fato de não existir garantias contra possíveis erros na alimentação do Sistema. Constatou-se também, a escassez de pesquisas direcionadas a mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil, fato que diminuiu os parâmetros para discussão. Verificando assim, a necessidade de futuras publicações acerca da mortalidade materna de mulheres em idade fértil.

CONCLUSÃO

Identificou-se que na região de Guanambi, houve maior prevalência de mortes decorrentes de causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias. As mulheres na faixa etária dos 40 aos 49 anos, com 1 a 3 anos de escolaridade, solteiras e da cor/raça parda foram as que mais morreram. O hospital predominou como local dessas mortes.

Em relação à mortalidade materna, a microrregião seguiu a tendência nacional e apresentou as causas obstétricas diretas como fator determinante na maioria desses eventos. A subinformação e o sub-registro dificultaram a real dimensão desse problema, fato que pode ser evidenciado pela discrepância entre a

quantidade de mortes maternas declaradas no sistema e sua descrição em número inferior.

Esses dados assinalam a necessidade de ampliar intervenções direcionadas a melhoria na assistência ofertada à saúde feminina, de modo que possa ser assegurada a qualidade na resolução de agravos à saúde, dificultando a possibilidade de os mesmos evoluírem para o óbito.

Nesse aspecto, medidas educativas direcionadas a prevenção de acidentes, diagnóstico precoce de doenças crônicas degenerativas e acolhimento às vítimas de violência são opções que podem contribuir para a redução da mortalidade dessa população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva (switzerland): World Health Organization; 2011. [cited 2015 Dec 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf
2. Ministério da Saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: Relatório final. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

3. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Departamento de informática do SUS – DATASUS.2013. [cited 2015 Nov 20]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/>.
4. Ribeiro CM. Análise da mortalidade de mulheres em idade fértil com ênfase no estado gravídico-puerperal, no estado do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; 2010.
5. Gil MM. Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil [Monografia]. Ribeirão Preto: USP; 2012.
6. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006;28(5):310-5.
7. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(3):732-8.
8. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001.
9. Pereira SRN, Nascimento GAS. A cidade de Guanambi-BA: considerações sobre os fluxos populacionais gerados pela centralidade urbana. [Internet]. 2012. [cited 2017 Nov 29]. Available from: Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/asmpa/article/viewFile/4451/4247>
10. Resolução N° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [cited 2016 Jul 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. Saúde Soc. São Paulo. 2007;16(2):87-102.
12. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011.
13. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: Um inquérito nacional. Cad. Saúde Pública. 2013;29(4):723-34.
14. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto – avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública. 2009;40(2):27-37.
15. Cunha CC. Subnotificação de óbitos ao sistema de informação sobre mortalidade na macrorregião Nordeste de Minas Gerais no ano de 2007 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM;2010.
16. Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília (Brasil):Ministério da Saúde,2008.
17. Cardoso MP, Faúndes A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. Cad. Saúde Pública.2006;22(10):2241-48.
18. Davantel PP, Pelloso SM, Carvalho MDB, Oliveira NLB. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. Rev. Bras. Epidemiol.2009;12(3):355-67.
19. Assis LS, Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009; 13(2): 265-70.
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Tipos de Câncer Mama [cited 2015 Jul 15]. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
21. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. Rev. Baiana de Saúde Pública. [Internet]. 2012. [cited 2015 Jul 15]; 36(2):527-38. Available from: Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/474>.
22. Matos JC, Luz GS, Pelloso SM, Carvalho MDB. Mortalidade por aborto no estado do Paraná:1998 a 2004. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 15]; 9(3):806-14. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a19.htm.