

Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil?

Resumo

As mulheres representam papel fundamental tanto na produção do país como na constituição familiar, dessa forma o estudo tem como objetivo analisar a coeficiente de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil no período de 2007 a 2016. Trata-se de estudo epidemiológico do tipo ecológico e distribuição espacial realizado através dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Para o desenvolvimento e análise dos dados considerou-se as 161 Regiões Intermediárias de Articulação Urbana, cuja variável dependente foi o Coeficiente de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, ou seja, mulheres com idade entre 10 e 49. Os dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences, onde os dados foram agregados, os coeficientes calculados e também realizada a análise clássica destes. Em seguida os dados de mortalidade foram espacializados no TerraView para determinar distribuições espaciais globais e locais. O levantamento dos dados demonstrou que a mortalidade de mulheres em idade fértil foi relevante, principalmente nas regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste. Quanto ao perfil sociodemográfico dessa população, observa-se que a maioria dos óbitos 48,35% ocorreu em mulheres de 40 a 49 anos, 45,24% em pardas, 52,92% entre as solteiras, e aquelas com baixa escolaridade. Espera-se que haja uma maior visibilidade desse evento e maior fortalecimento das políticas públicas voltadas à promoção da melhoria das condições de vida e saúde desse segmento populacional.

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva. Mortalidade. Sistemas de Informação em Saúde. Análise Espacial.

INTRODUÇÃO

As mulheres representam papel fundamental tanto na produção do país como na constituição familiar, sendo foco de muitos estudos no cenário da saúde pública. O termo Mulheres em Idade Fértil (MIF), no Brasil, corresponde à faixa etária de 10 a 49 anos, que consiste em uma maioria por representar 51,6% (104,772) do total da população feminina, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)^{1,2}.

Os óbitos em MIF correspondem a 24% das mortes no mundo sendo em sua maioria associados à vida sexual e reprodutiva³. No Brasil,

16% do total de óbitos femininos correspondem a esse grupo etário, cerca de 67.006 óbitos no último ano, sugerindo fragilidades no cuidado à saúde das mulheres, uma vez que decorrem de mortes muitas vezes evitáveis e passíveis de resolução⁴.

Além do mais, em países em desenvolvimento, como o Brasil, esses óbitos são reflexos da redução da taxa de fecundidade e aumento expectativa de vida, indicando que essas mulheres estão cada vez mais expostas a maiores riscos de adoecer e morrer em relação às mulheres,

DOI: 10.15343/0104-7809.202044421432

Universidade do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil.
E-mail: ana.mayara@yahoo.com.br

no mesmo grupo etário, que vivem em países desenvolvidos³. Dessa forma observa-se que, longevidade feminina, determinada, sobretudo pelas vantagens biológicas e comportamentais, não necessariamente traduzem uma existência mais saudável. Isso se deve, sobretudo, a mudanças no estilo de vida que desencadearam diversos problemas de saúde a este segmento populacional, de maneira distinta do restante da população⁵.

Partindo desse cenário, a população feminina foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto⁶. No entanto, com as várias transformações evidenciadas na população feminina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ancorada ao eixo teórico Atenção Integral à Saúde da Mulher e norteadada pela perspectiva de gênero, propõe compreender e atingir mulheres em todos os aspectos de suas vidas indo além do enfoque sexual e reprodutivo, e com isso enfrentar abordagens reducionistas que consideram apenas o aspecto biológico do corpo feminino marcado pelo ciclo gravídico-puerperal⁷.

No âmbito internacional cabe destacar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) onde as metas foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000 sendo elencados oito objetivos, dentre os quais, três possuem relação direta com a saúde da mulher. Esses objetivos foram o primeiro arcabouço global de políticas para o desenvolvimento e contribuíram para orientar a ação dos governos nos níveis internacional e nacional⁸.

Sob tal perspectiva, ressalta-se que a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (OMIF) é obrigatória, segundo a Portaria nº 1119, de 05 de junho de 2008. Essa medida visa elencar os fatores determinantes

e condicionantes da causa de morte, de modo a reduzir o evento⁹. De tal modo, os Sistemas de Informação (SIS) tem sido importantes ferramentas para a produção do conhecimento sobre a situação de saúde, além de subsidiar o planejamento, organização, operação e avaliação de ações, serviços, programas e políticas¹⁰.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar a coeficiente de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil no período de 2007 a 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, sobre a distribuição espacial da mortalidade em mulheres em idade fértil (MIF), com dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), período de 2007 a 2016. Utilizou-se como base, o território Nacional.

Foi realizado com dados secundários agregados cujo cenário foram todos os municípios brasileiros, contudo, não foram utilizados os 5565 municípios que compõem o território nacional, mas as 161 regiões que foram definidas a partir de critérios socioeconômicos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e denominados de Regiões Intermediárias de Articulação Urbana (RIAU).

A população escolhida foram as Mulheres em Idade Fértil (MIF), que correspondem àquelas entre 10 e 49 anos de idade, faixa etária em consonância com o indicador 27, proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), contido no caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Ministério da Saúde, pactuado em 19 junho de 2013 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)².

Ressalta-se ainda que a população foi assim determinada, pois corresponde à faixa etária mais vulnerável e engloba diferentes ciclos da vida da mulher em situação de violência.

Como variável principal do estudo, foi adotado o Coeficiente de Mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos (MIF). Para fins de cálculo dessa variável foi adotado o seguinte método: óbitos de mulheres em idade fértil (ano a ano), dividido pela população de mulheres na mesma faixa etária e multiplicado por dez mil.

Como variáveis dependentes secundárias foram avaliados: o Coeficiente geral de mortalidade de mulheres em idade fértil, Coeficiente de mortalidade por capítulos de causas da CID-10 e o Coeficiente de mortalidade por faixa etária. Os dados foram obtidos a partir do SIM/DATASUS. Foram selecionadas as seguintes variáveis independentes: Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Percentual de Pobres extraídas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Foram consideradas ainda variáveis de acesso aos serviços através do Departamento de Atenção Básica (E-gestor AB) sendo extraídos dados referentes à cobertura da atenção básica e cobertura do bolsa família.

Para a análise espacial e construção dos mapas, foi utilizado o programa TerraView, O primeiro passo para análise dos dados no software foi pedir a matriz vizinhança. Os valores negativos próximos de zero indicam a ausência de autocorrelação espacial significativa para os valores da variável de estudo na região analisada, entretanto, os valores que são negativos e significativos apontam para uma autocorrelação negativa, indicando que a variável de interesse tende a ter valores diferentes para os locais mais

próximos na região analisada.

Oliveira et. al. (2018) ainda explica que o diagrama está dividido em quatro partes: Q1 = valor positivo e médias locais positiva (alto-alto) e Q2=valor negativo e média local negativa (baixo-baixo), que indicam os pontos de associação espacial positiva, no sentido que uma localização possui vizinhos com valores semelhantes; Q3 = Q3=valor positivo e média local negativa (alto-baixo) e Q4=valor negativo e média local positiva (baixo-alto), que indicam pontos de associação espacial negativa, no sentido que uma localização possui vizinhos com valores distintos.

Para análise estatística, os dados foram inseridos no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.2, versão 10101141047. Os dados foram avaliados com base na média, mediana, desvio padrão, intervalo de confiança considerando 95% e valor de $p < 0,05$, realizado o test t *Student* para comparações entre médias. Na análise espacial foi utilizado o software *Terra View* 4.2.2 para construção de mapas temáticos que representam a distribuição espacial da média dos coeficientes em relação às regiões intermediárias de articulação urbana, bem como, foi obtido o Índice Moran Global (IMG) e significância (p). O IMG verifica a dependência espacial dos dados, podendo apresentar valores positivos, indicando uma correlação direta e valores semelhantes aos municípios vizinhos ou valores negativos, indicando uma correlação inversa, em que os valores altos estarão cercados de vizinhos com valores baixos ou o inverso.

Para esse estudo não foi necessária apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por se apropriar de dados de domínio público, conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Com o intuito de compreender como se comporta a mortalidade de MIF, foi realizada a análise da mortalidade geral nessa população no Brasil. Para isso, inicialmente, caracterizou-se a população de MIF onde os dados estão expostos na tabela 1, que elenca a análise descritiva dos óbitos ano a ano em relação à raça/cor, escolaridade, situação conjugal e faixa etária. Foi possível identificar que a maior proporção de óbitos ocorreu em mulheres pardas, com destaque para 2016, cujo valor de óbito chega a 45,24% na população e também entre as brancas.

No tocante à faixa etária, observa-se que mulheres de 40 a 49 possuem maior frequência de óbitos, em que os números dos óbitos avaliados aumentaram à medida que a idade também aumentou. Já quanto à escolaridade, seu maior percentual foi entre aquelas que tinham de 4 a 7 anos, seguidas das que possuíam entre 8 a 11 anos de estudo; e sobre o estado civil, a proporção de óbitos foi maior entre as solteiras.

A tabela 2 apresenta a análise do Coeficiente de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, revela ainda à média, mediana e desvio padrão da média, nas 161 regiões intermediárias de articulação urbana, no Brasil, de acordo com os anos 2007 a 2016. Observa-se aumento expressivo entre o primeiro e o segundo quinquênio, verificando-se no primeiro quinquênio uma média de 11,94 por dez mil mulheres e no segundo 12,28. Os dados podem ser visualizados abaixo.

A tabela 3 traz ainda esses coeficientes de mortalidade de MIF nas regiões brasileiras, demonstrando aumento maioria dos anos analisados, de forma homogênea, entre os estados, com destaque para Alagoas, no Nordeste, que em 2014 obteve um coeficiente

de 12,01; Espírito Santo e Rio de Janeiro, que em 2016 expressou o maior coeficiente entre as UFs, 13,14 por dez mil mulheres; e Rio Grande do Sul, localizado no Sul do país.

A partir do exposto acima, a figura 1(a) apresenta o geoprocessamento da distribuição do coeficiente de mortalidade por 10.000 mulheres nas Regiões Intermediárias de Articulação Urbana do Brasil, no período de 2007 a 2016. O município de Nova Friburgo, no Rio de Janeiro (Alto-Alto), apresentou maior coeficiente de mortalidade com média de 50,79 a 63,45, bem como nas regiões Norte, principalmente no Amazonas, Amapá e uma pequena porção do Tocantins com média de 38,12, e por fim o estado de Goiás, no Centro-Oeste do país.

Nas figuras 1 (b) e (c), respectivamente, é possível observar a análise espacial do coeficiente de mortalidade de MIF, com índice de Moran Global de 0,12 e $p=0,03$ que revela autocorrelação positiva e dependência espacial significativa em relação às regiões vizinhas.

A figura 1 (b) refere-se ao BoxMap do CMMIF, e nela podem ser vistos altos coeficientes em toda região Norte, Nordeste, principalmente nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas e Pernambuco. As regiões Sul e Sudeste também merecem destaque, principalmente para os estados do Rio Grande do Sul e

Espírito Santo, respectivamente. Em relação ao MoranMap, figura 1 (c), pode ser visto que grande parte dos cluster vistos anteriormente não apresenta significância estatística, com exceção do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, no Sudeste, e Rio Grande do Norte, no Nordeste, que apresentaram valores positivos e médias locais positivas (Alto-Alto), no sentido de que essa área é considerada de risco para mortalidade de MIF.

Tabela 1– Distribuição dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de 2007 a 2016, de acordo com a raça, escolaridade e estado civil, Brasil.

425

| | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | n | f | N | F | N | F | N | f | N | F | n | f | n | f | n | f | n | f | n | f |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 14 | 2200 | 3,43 | 2272 | 3,47 | 2251 | 3,35 | 2227 | 3,35 | 2091 | 3,12 | 2124 | 3,17 | 2024 | 3,03 | 1974 | 3,00 | 1846 | 2,83 | 1867 | 2,78 |
| 15 a 19 | 3880 | 6,06 | 3927 | 6,01 | 3947 | 5,88 | 4000 | 6,02 | 4162 | 6,21 | 4170 | 6,23 | 4134 | 6,19 | 3927 | 5,98 | 3876 | 5,93 | 3797 | 5,65 |
| 20 a 29 | 10920 | 17,04 | 10910 | 16,68 | 11564 | 17,23 | 11250 | 16,92 | 11178 | 16,68 | 10858 | 16,22 | 10537 | 15,78 | 10538 | 16,04 | 10185 | 15,59 | 10393 | 15,48 |
| 30 a 39 | 16415 | 25,62 | 16664 | 25,48 | 17305 | 25,78 | 17279 | 25,98 | 17356 | 25,90 | 17817 | 26,62 | 17909 | 26,81 | 18129 | 27,59 | 18181 | 27,83 | 18625 | 27,74 |
| 40 a 49 | 30664 | 47,85 | 31618 | 48,35 | 32049 | 47,75 | 31741 | 47,73 | 32219 | 48,08 | 31958 | 47,75 | 32186 | 48,19 | 31147 | 47,40 | 31240 | 47,82 | 32465 | 48,35 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 4794 | 11,19 | 4947 | 10,92 | 4953 | 10,42 | 4683 | 9,72 | 4999 | 9,81 | 5048 | 9,68 | 5004 | 9,56 | 4772 | 9,15 | 4673 | 8,88 | 4853 | 8,86 |
| 1-3 anos | 9079 | 21,19 | 9115 | 20,12 | 9016 | 18,98 | 9089 | 18,87 | 11342 | 22,26 | 11465 | 21,99 | 11000 | 21,02 | 10473 | 20,08 | 9968 | 18,95 | 9709 | 17,73 |
| 4-7 anos | 14947 | 34,89 | 15923 | 35,15 | 16876 | 35,52 | 16937 | 35,16 | 16062 | 31,52 | 16096 | 30,88 | 15835 | 30,25 | 15798 | 30,28 | 15914 | 30,25 | 16477 | 30,08 |
| 8-11 anos | 9557 | 22,31 | 10464 | 23,10 | 11331 | 23,85 | 11755 | 24,40 | 13600 | 26,69 | 14624 | 28,05 | 15249 | 29,14 | 15782 | 30,25 | 16481 | 31,33 | 17681 | 32,28 |
| 12 ou mais | 4467 | 10,43 | 4852 | 10,71 | 5339 | 11,24 | 5710 | 11,85 | 4959 | 9,73 | 4894 | 9,39 | 5251 | 10,03 | 5343 | 10,24 | 5568 | 10,58 | 6049 | 11,04 |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteira | 33281 | 52,02 | 34761 | 53,16 | 36522 | 54,42 | 36453 | 54,82 | 34720 | 51,82 | 34370 | 51,35 | 34122 | 51,09 | 34187 | 52,02 | 34443 | 52,72 | 35531 | 52,92 |
| Casada | 20428 | 31,93 | 20405 | 31,20 | 20492 | 30,53 | 19691 | 29,61 | 18610 | 27,77 | 17794 | 26,59 | 17613 | 26,37 | 16875 | 25,68 | 16792 | 25,70 | 16992 | 25,31 |
| Viúva | 2324 | 3,63 | 2230 | 3,41 | 2148 | 3,20 | 2028 | 3,05 | 2021 | 3,02 | 1763 | 2,63 | 1771 | 2,65 | 1674 | 2,55 | 1543 | 2,36 | 1518 | 2,26 |
| Divorciada | 3162 | 4,94 | 3313 | 5,07 | 3561 | 5,31 | 3408 | 5,13 | 3411 | 5,09 | 3414 | 5,10 | 3391 | 5,08 | 3359 | 5,11 | 3260 | 4,99 | 3383 | 5,04 |
| Raça | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 28974 | 45,22 | 29180 | 44,62 | 29823 | 44,44 | 28836 | 43,36 | 28996 | 43,27 | 28639 | 42,79 | 28204 | 42,23 | 27309 | 41,56 | 27071 | 41,44 | 27519 | 40,98 |
| Preta | 5785 | 9,03 | 6014 | 9,20 | 6070 | 9,04 | 6133 | 9,22 | 6435 | 9,60 | 6329 | 9,46 | 6237 | 9,34 | 6131 | 9,33 | 6052 | 9,26 | 6191 | 9,22 |
| Amarela | 171 | 0,27 | 175 | 0,27 | 185 | 0,28 | 185 | 0,28 | 170 | 0,25 | 179 | 0,27 | 177 | 0,27 | 173 | 0,26 | 180 | 0,28 | 197 | 0,29 |
| Parda | 23915 | 37,32 | 25137 | 38,44 | 26158 | 38,97 | 26996 | 40,60 | 27267 | 40,69 | 28183 | 42,11 | 28519 | 42,70 | 28872 | 43,94 | 29099 | 44,54 | 30378 | 45,24 |
| Indígena | 232 | 0,36 | 220 | 0,34 | 251 | 0,37 | 245 | 0,37 | 258 | 0,39 | 279 | 0,42 | 286 | 0,43 | 324 | 0,49 | 306 | 0,47 | 374 | 0,56 |

Legenda: n= Amostra / f=frequência

Tabela 2– Distribuição dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de 2007 a 2016, de acordo com a raça, escolaridade e estado civil, Brasil.

| Quinquênio | N | Média* | Mediana | DP | IC | | p |
|------------|-----|--------|---------|------|--------|--------|--------|
| | | | | | Mínimo | Máximo | |
| 2007-2011 | 161 | 11,94 | 10,27 | 7,88 | 0,14 | 65,82 | <0,001 |
| 2012-2016 | 161 | 12,28 | 10,81 | 7,78 | 0,15 | 61,07 | |

Fonte: SIM/DATASUS

Tabela 3– Coeficiente de Mortalidade mulheres de 10 a 49 anos nos estados brasileiros, de 2007 a 2016, Brasil.

| Estado | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Acre | 9,14 | 8,69 | 10,97 | 10,22 | 10,18 | 10,81 | 10,06 | 10,39 | 9,85 | 10,10 |
| Alagoas | 11,34 | 10,13 | 10,61 | 11,72 | 11,99 | 11,75 | 11,90 | 12,01 | 10,64 | 11,75 |
| Amapá | 7,25 | 8,17 | 7,47 | 7,51 | 9,32 | 8,44 | 9,58 | 9,76 | 11,16 | 10,28 |
| Amazonas | 8,25 | 8,73 | 9,38 | 9,64 | 9,19 | 9,91 | 10,26 | 11,25 | 10,74 | 10,91 |
| Bahia | 10,22 | 10,28 | 10,83 | 10,77 | 11,11 | 11,13 | 11,07 | 10,56 | 10,83 | 11,11 |
| Ceará | 8,44 | 8,60 | 8,72 | 9,08 | 9,06 | 9,64 | 10,05 | 9,31 | 9,65 | 9,61 |
| Distrito Federal | 8,28 | 8,66 | 9,15 | 8,52 | 9,49 | 8,69 | 9,02 | 8,74 | 8,29 | 8,91 |
| Espírito Santo | 11,70 | 12,16 | 12,17 | 11,63 | 11,70 | 11,34 | 11,24 | 11,56 | 10,80 | 10,62 |
| Goiás | 9,80 | 10,64 | 10,96 | 11,12 | 11,24 | 11,45 | 11,72 | 11,99 | 11,41 | 11,56 |
| Maranhão | 8,50 | 8,95 | 8,85 | 9,34 | 9,86 | 9,87 | 10,06 | 9,93 | 10,07 | 10,78 |
| Mato Grosso | 10,46 | 10,42 | 10,99 | 10,98 | 10,98 | 11,54 | 11,71 | 11,96 | 11,64 | 11,50 |
| Mato Grosso do Sul | 11,06 | 11,25 | 11,71 | 11,66 | 11,14 | 11,90 | 12,42 | 11,83 | 11,24 | 12,71 |
| Minas Gerais | 10,93 | 11,21 | 11,38 | 11,22 | 11,26 | 10,95 | 10,79 | 10,54 | 10,55 | 10,71 |
| Pará | 8,89 | 9,24 | 9,18 | 9,62 | 9,87 | 10,46 | 10,13 | 10,25 | 10,21 | 10,52 |
| Paraíba | 9,44 | 10,32 | 9,93 | 10,27 | 10,23 | 10,80 | 10,85 | 9,99 | 10,86 | 11,19 |
| Paraná | 10,54 | 11,06 | 11,44 | 11,02 | 10,81 | 10,75 | 10,72 | 10,36 | 10,40 | 10,60 |
| Pernambuco | 10,56 | 11,19 | 11,33 | 10,99 | 11,30 | 11,03 | 11,00 | 10,86 | 10,75 | 11,67 |
| Piauí | 9,17 | 9,88 | 9,77 | 9,52 | 9,52 | 10,24 | 9,86 | 10,19 | 10,29 | 9,88 |
| Rio de Janeiro | 13,38 | 13,62 | 13,71 | 13,44 | 13,59 | 13,12 | 12,93 | 12,97 | 12,47 | 13,14 |
| Rio Grande do Norte | 7,95 | 8,09 | 8,46 | 8,08 | 9,23 | 9,01 | 9,29 | 9,78 | 9,28 | 10,18 |
| Rio Grande do Sul | 11,32 | 11,12 | 11,86 | 11,44 | 11,20 | 11,28 | 11,38 | 10,27 | 10,50 | 10,85 |
| Rondônia | 8,52 | 9,23 | 10,27 | 10,06 | 10,80 | 11,09 | 10,59 | 10,40 | 10,79 | 10,31 |
| Roraima | 9,42 | 9,42 | 9,96 | 10,37 | 9,22 | 10,37 | 12,18 | 9,56 | 10,70 | 11,31 |
| Santa Catarina | 9,75 | 9,77 | 10,29 | 10,07 | 9,76 | 10,33 | 9,77 | 9,61 | 9,43 | 9,98 |
| São Paulo | 10,33 | 10,28 | 10,56 | 10,33 | 10,25 | 10,12 | 10,03 | 9,97 | 9,96 | 10,08 |
| Sergipe | 8,81 | 9,84 | 9,91 | 10,24 | 10,57 | 10,24 | 10,90 | 10,90 | 10,98 | 10,76 |

Fonte: DATASUS/SIM

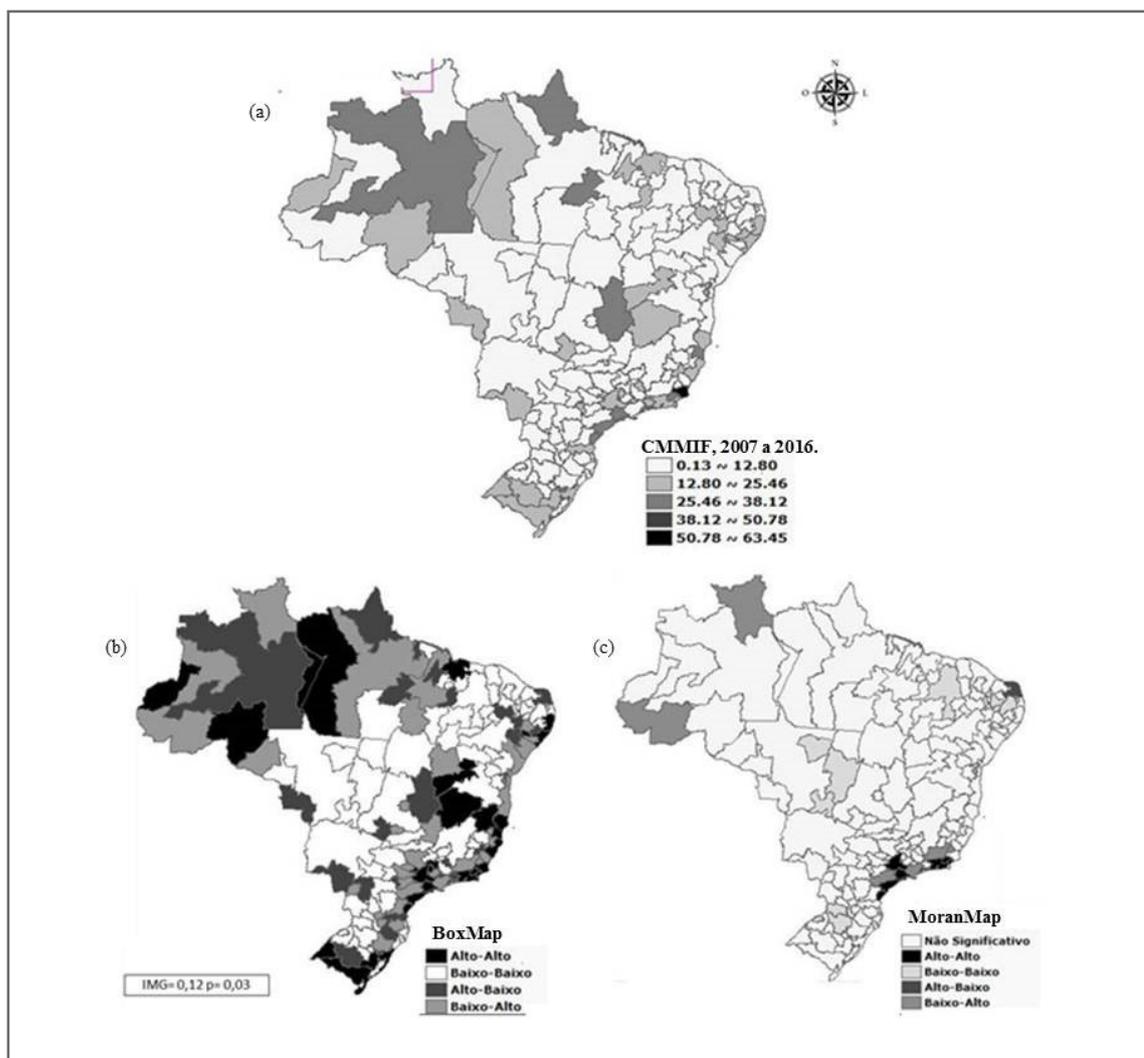


Figura 1– Espacialização do Coeficiente Geral de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil de 2007 a 2016, Brasil.

DISCUSSÃO

O perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil identificado no presente estudo apresenta algumas semelhanças com outros estudos ao demonstrar que as mulheres nas faixas etárias mais avançadas, solteiras, com baixa escolaridade e as pardas estão mais expostas a esse tipo de evento (Tabela 1).

Pesquisas realizadas no Brasil que já demonstraram a existência da mortalidade nesse perfil populacional. Em São Luís (MA), no período

de 2002 a 2011, também apresentou resultados semelhantes, sendo possível observar que o número de mortes aumentou progressivamente conforme o aumento da faixa etária¹². No estado da Bahia, a mortalidade entre MIF com faixa etária dos 40 aos 49 anos foi substancialmente expressiva, de um total de 1.055 óbitos investigados, 22,6% (n = 453) apresentaram essa idade, além do mais, essas mulheres também apresentaram baixa escolaridade, entre 1 a 3 anos (n = 238; 22,6%),

eram em sua maioria negras, considerando pretas e pardas (n =645; 61,1%) e solteiras¹³.

Esse padrão também pode ser visto no estudo conduzido por Pitilin *et al.*¹⁴ no Pará, os autores inferem que todos os óbitos frequentemente evidenciados pertenceram ao grupo das mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal afirmativa também é reforçada por Melo *et al.*¹⁵ que evidenciaram em estudo realizado em Viçosa (Minas Gerais), que dentre os óbitos de MIF investigados nessa região, 100% foram considerados evitáveis e preveníveis.

Dessa forma, a relação da faixa etária com este evento pode ter associação com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, principalmente entre as mulheres acima dos 40 anos, além do mais, segundo o Ministério da Saúde, o fato de grande parte das mulheres serem 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 consequente adoecimento^{16,17}.

Já em relação à escolaridade, o menor tempo de estudo não traz implicações apenas para as oportunidades de trabalho, emprego e renda, mas também para o setor de saúde, afetando de forma assustadora mulheres no auge da vida reprodutiva¹⁸. O Ministério da Saúde reforça aponta que indivíduos com menor escolaridade possuem uma autoavaliação de saúde ruim 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 da população¹⁹. É possível inferir ainda as desigualdades sociais, bastante marcantes, são reflexos principalmente da pobreza e por sua vez, da falta de investimentos na educação que ainda é deficitária.

Quanto à raça/ cor, é possível afirmar que diferenças sociais determinadas pela cor são detectadas no Brasil, pois tem ocorrido número

menor e estatisticamente significativo de óbitos em mulheres brancas, com o decorrer dos anos, tendência que não foi detectada entre as pardas²⁰. E ainda, existe correlação branca com maior poder aquisitivo, sendo que os baixos níveis de renda as predis põem a maiores fatores de risco para morte²¹.

Na comparação entre primeiro (2007-2011) e o segundo (2012-2016), Tabela 2 quinquênio identificou-se um aumento de 11,94 mortes por 10.000 mulheres no primeiro quinquênio para 12,28 no segundo. Segundo Oliveira²² os óbitos de mulheres no período reprodutivo, mesmo quando em número relativamente pequeno são um importante problema de saúde pública, pois a análise dessas mortes permite captar informações que expliquem sua ocorrência e, assim, criar condições que possibilitem identificar sua especificidade e buscar formas de prevenção.

Sob tal perspectiva, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirma que as causas externas são um grave problema de saúde pública e, dentre as que impõem uma grande sobrecarga aos serviços de saúde, estão aquelas que correspondem aos binômios acidentes e violências²³. A OMS enfatiza que a mortalidade por causas externas se encontra entre as 10 principais causas de óbito em MIF no mundo, sendo mais prevalentes nos países em desenvolvimento, como o Brasil²⁴.

Quanto à análise desses coeficientes entre os estados (Tabela 3), foi possível observar crescimento homogêneo desse evento. Ao serem geoprocessados, a Figura 1, identifica dependência espacial significante relacionada a estes coeficientes, principalmente em todos os estados da região Norte, onde puderam ser visualizados altos coeficientes e ainda na região Sudeste e Centro-Oeste. Complementarmente aos achados dessa pesquisa, um estudo realizado em Belém (PA) indica que, dos 3.365 óbitos femininos, 539 ocorreram em mulheres de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a uma taxa específica de

mortalidade feminina de 11,1/10.000 nessa faixa etária²⁵.

Sob tal perspectiva, foi explanado anteriormente que a região Sudeste, com destaque para o estado do Espírito Santo, revelou altos índices de mortalidade por causas externas. Esses dados estão em consonância com estudo realizado por outros autores, em que estes demonstram que, em 2015, as causas externas tiveram a terceira colocação dentre a maior causa de morte neste estado, com um índice que chegou a 16,30%, demonstrando uma grande diferença proporcional em relação aos demais estados da região Sudeste. São Paulo, por exemplo, possui um índice de 8,15%, ou seja, a metade do percentual apresentado pelo Espírito Santo²⁶.

Esse fato está diretamente relacionado às diferenças comportamentais, de estilo, mudanças no papel da mulher dentro da sociedade, tais como: inserção no mercado de trabalho, aumento da escolaridade, redução do número de filhos, entre outros aspectos, que vêm provocando possíveis impactos nos diferenciais de adoecimento e de morte nessa população²⁷.

Em Porto Velho (RO), nos anos de 2009 a 2013, foram registrados 859 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que em 2011 houve a maior frequência deles, somando um total de 181 (21,1%). A segunda maior frequência ocorreu no ano de 2010, com 177 (20,6%), e a terceira maior foi no ano de 2012, com 171 (19,9%) óbitos²⁸. No Nordeste, os altos coeficientes são encontrados principalmente nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas e Pernambuco, figura 1 (b). Alves²⁹ realizou um estudo no estado de Pernambuco em relação à mortalidade de mulheres em idade fértil, encontrando uma alta taxa de mortes nesse grupo, sendo no sertão maior que na região metropolitana, onde os dados contribuíram para gerenciar políticas de intervenções para o estado. No Rio Grande do Norte, no período de 2006 a 2010, dos 167 municípios do estado, 141 registraram óbitos de MIF, totalizando 4.199 registros, com um

coeficiente de mortalidade de 82,644/100 mil MIF, sendo os municípios de Natal, Mossoró e Parnamirim os que apresentaram maior frequência de óbitos, tendo em vista que concentram grande parte da população do estado³⁰.

Apesar de não terem sido evidenciadas as principais causas dessa mortalidade em MIF estimam-se que, em 2016, 41 milhões dessas mortes ocorreram devido as Doenças Não Transmissíveis (DNTs), representando 71% do total geral de 57 milhões de mortes, em que as quatro principais DNTs foram: doença cardiovascular (17,9 milhões de óbitos; 44% de todas as mortes por DNT); câncer (9,0 milhões de mortes; 22%); doença respiratória crônica (3,8 milhões de mortes; 9%); e diabetes (1,6 milhões de mortes; 4%). Estima-se ainda que países de baixa e média renda enfrentem os maiores riscos (21% e 23% respectivamente), quase o dobro da taxa em países de alta renda (12%)³¹. Acredita-se que, a maioria das hospitalizações por essas doenças poderiam ser evitadas por uma assistência oportuna na Estratégia de Saúde da Família (ESF)³².

Diante da discussão exposta, sugere-se que os óbitos de mulheres em idade reprodutiva indicam a fragilidade dos serviços de saúde no atendimento aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), além de falha na prevenção e no cuidado à saúde das mulheres³³. Estudo realizado na região Sudeste do Brasil mostrou que a maior frequência de óbitos em MIF ocorre em estabelecimentos públicos e a maior parcela destes, são por causas evitáveis, refletindo a necessidade de garantia da atenção integral a saúde da mulher³⁴.

Sob tal perspectiva, a fim de melhorar a qualidade do acesso e a fragmentação das redes de atenção, em junho de 2011, por meio da Portaria Nº 1.459, instituiu-se no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados assistenciais que se articula de forma organizada e visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez,

ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo como alguns de seus princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes³⁵.

Contudo, Pitilin e Sbardelotto¹⁴ reforçam que, os serviços de saúde ainda não estão adequados às modificações sociais que permeiam 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. Nesse interim, as barreiras encontradas na acessibilidade estão relacionadas, principalmente, com a forma como a equipe organiza seu processo de trabalho e horário de atendimento que dificulta o acesso de pessoas que trabalham em horário comercial e a grande burocracia que os usuários enfrentam para conseguir ser atendido no mesmo dia que procuram o serviço de saúde³⁶.

Nesse sentido, o perfil e a sensibilidade dos profissionais da saúde são importantes na inserção de novas condutas e rotinas, garantindo resolutividade 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 centrado nas reais necessidades femininas. O conhecimento científico adquirido pode permear a introdução de medidas diferenciadas para a prática.

Além do mais, Santos³⁷ demonstra que atrelada às adequações dos serviços de saúde as demandas desse público, a vigilância em saúde é de extrema importância, pois é responsável pelas informações e intervenções que possibilitam a redução de riscos e a promoção da saúde nos territórios, por meio da articulação às Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de uma função essencial do SUS e considera os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, visando controlar e reduzir riscos.

Assim, é importante evoluir no conhecimento sobre os problemas de saúde que mais afetam esse grupo populacional, sendo os estudos de mortalidade, conduzido por meio dos dados oficiais, de grande valia para o delineamento do perfil de saúde de mulheres em idade reprodutiva e relevantes para exibir a situação de saúde, bem como as condições de vida experimentadas pela classe feminina na região da qual se insere.

CONCLUSÃO

Os dados revelaram que a mortalidade de mulheres em idade fértil foi relevante, principalmente quando comparada a outros estudos desenvolvidos no Brasil. Em relação ao perfil sociodemográfico na população de MIF, observa-se que a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres de 40 a 49 anos, solteiras, e com 4 a 7 anos de estudo. Além disso, o geoprocessamento mostra que a mortalidade foi bastante presente

em regiões como Norte, Sudeste e Centro-Oeste, merecendo maior visibilidade por terem apresentado os maiores coeficientes. Isso mostra a necessidade de políticas públicas diferenciadas para as regiões brasileiras, considerando os dados existentes e a realidades socioeconômicas e níveis assistenciais de saúde.

Constatou-se também, a escassez de pesquisas direcionadas a mortalidade de mulheres em

idade fértil no Brasil, fato que diminuiu os parâmetros para discussão, sendo necessárias publicações acerca desse tema nessa população. Além do mais, as informações aqui contidas possibilitarão nortear, planejamento estratégico, ações em saúde voltadas para redução de riscos que por muitas vezes poderiam ser evitados. Ressalta-se ainda que, esta pesquisa pode possuir limitações por se tratar da utilização de dados secundários sobre mortalidade que está sujeito à subnotificação, mesmos com o ganho significativo de qualidade dos SIS. Outra limitação refere-se ao viés ecológico que deve ser lembrado em estudos com este tipo de

delineamento.

Diante da situação em que vivem as mulheres em idade reprodutiva, espera-se ainda que haja uma maior visibilidade desse evento e maior fortalecimento das políticas públicas voltadas à promoção da melhoria das condições de vida e saúde deste segmento populacional, pois conhecer o perfil de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva é necessário para compreender suas principais demandas e problemas de saúde. Isso permite que gestores estaduais e municipais de saúde desenvolvam ações de saúde equitativas, integrais e universais para essa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [Acesso em 20 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>
2. Ministério da Saúde (BR). Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília: MS; 2013. [Acesso em 20 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/informacoes-em-saude/cadernos-de-informacao-em-saude/modelos-de-cadernos-coap-sc/7259-instrutivo-caderno-pactuacao-2013-2015/file>
3. World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and The United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015. [Acesso em 20 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
4. Gil MM, Gomes-Spanholz FA. Declarações de óbitos em mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3): 333-7. [Acesso em 20 de março de 2019]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300005&script=sci_arttext
5. World Health Organization (WHO). Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda. Geneva: WHO; 2011. [Acesso em 29 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563857/en/>
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: MS, 2004. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2004-uma-analise-da-situacao-de-saude.pdf>
7. Gomes R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(5). [Acesso em 22 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a01v16n5.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Saúde Sexual e saúde reprodutiva. Brasília: MS; 2013. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de óbitos maternos. Brasília; 2008. [Acesso em 22 de março de 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html#:~:text=Regulamenta%20a%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20C3%93bitos%20Maternos.&text=%C2%A7%203%C2%BA%20Para%20fins%20de,a%2049%20anos%20de%20idade
10. 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, 2009; 25(10): 2095-109. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/02.pdf>
11. Oliveira DA et. al. Análise fatorial e espacial em dados de crimes e acidentes de trânsito do estado de Mato Grosso. Biodiversidade, v.17, n.3, p. 79, 2018. [Acesso em 22 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/viewFile/751/4949>
12. Oliveira TJ, Rios MA, Teixeira PN. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA. Mundo da Saúde, 2017; 41(4):711-19. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20160235.PDF>
13. Martins VA, Costa HA, Batista RFL, Rodrigues LS, Costa LC, Silva RNV, de Souza ACV, Rêgo AS. Mortalidade de mulheres em idade fértil de 2002 a 2011 em São Luís, Maranhão. Rev Pesq Saúde, 2014; 15(1):235-9. [Acesso em 22 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://www.periodicosseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3056>
14. Pitilin EB, Sbardelotto T. Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo Entre dois Períodos. Rev Fund Care Online, 2019; 11(3): 613-619. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/>

biblio-988044

15. Melo CM de, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciênc Saúde coletiva*, 2017; 22(10); 3457-3465. [Acesso em 22 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3457.pdf>
16. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva-Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: 2010. [Acesso em 29 de março de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf
17. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: 2011. [Acesso em 29 de março de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
18. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev Esc. Enferm. USP.* 2010;44(3); 732-8. [Acesso em 22 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/26.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: 2011. [Acesso em 29 de março de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
20. Ministério da Saúde (BR). Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: 2007. [Acesso em 29 de março de 2019]. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/manual_comites_mortalidade_materna.pdf
21. Faria DR, Souza RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Med Minas Gerais*, 2012; 22(1); 18-25. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/121>.
22. Oliveira MHC. Óbitos em mulheres em idade fértil (MIF): um estudo de validação do preenchimento da declaração de óbito-RJ [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2006. [Acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4856>
23. Fonzar UJV. Análise espacial da mortalidade por causas externas no município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA197599307&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=16799291&p=AONE&sw=w>
24. World Health Organization (WHO). Women's health. Geneva: World Health Organization, 2013b. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>.
25. Mota SMM, Gama SGN, Filha MMT. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2009; 18(1); 55-64. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742009000100006&lng=pt&nrm=iso
26. Tavares J, Lovate T, Andrade I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. *Journal of Geography and Spatial Planning (GOT)*. p. 453-479. 2018. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/got/n15/n15a20.pdf>
27. Aquino EML, Menezes GM, Amoedo BEM, Nobre LCC. Mortalidade feminina no Brasil: Sexo Frágil ou Sexo Forte?. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, n. 2, p.174-189, 1991. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200004.
28. Silva JG, Moreira KFA, Botelho TCA, Castro TM. Perfil da evitabilidade de óbitos de mulheres em idade fértil, de 2009 a 2013, em residentes de Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 2015; 17(3):49-59. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/14136>
29. Alves, SV. Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What Has Changed in Ten Years?. *Reproductive Health Matters*, 2007; 15(30):134-144.
30. Lima ID, França TLB, Silva JJ, Silva KMP. Fatores sociodemográficos associados com a mortalidade em mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*, 2014;6(4); 1464-1474. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-733487>
31. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
32. Pereira LCMS, et al. Perfil dos usuários acompanhados em uma unidade básica de saúde da família, internados por doenças crônicas não transmissíveis. *Mundo da Saúde*, 2017;41(4):617-624. [Acesso em 22 de março de 2019]. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20160299.PDF>
33. Ribeiro KT, Gotlieb SLD. Mortalidade feminina na idade reprodutiva, Brasil, 1980/2000. Anais 18º Congresso Mundial de Epidemiologia. Porto Alegre: 2008. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-epidemiologia/xviii-congresso-mundial-de-epidemiologia-vii-congresso-brasileiro-de-epidemiologia/325/>
34. 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*, 2000;22(9): 579-84. [Acesso em 20 de fevereiro de 2019]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032000000900007&script=sci_abstract&tlng=pt
35. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília: 2011. [Acesso em 30 de março de 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
36. Gomes MFP, Fracoll LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na região de Presidente Prudente-SP, Brasil. *Mundo da Saúde*, 2019;43(2); 306-325. [Acesso em 15 de março de 2019]. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7108>
37. Santos RF dos. Vigilância em Saúde: direito social à promoção e proteção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2017; 22(10); 3134-3134. [Acesso em 15 de março de 2019]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021003134&script=sci_arttext

Recebido em outubro de 2019.

Aceito em agosto de 2020.