

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE
PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA –
MODALIDADE RESIDÊNCIA**

DANIELA DOMINGUES GUIMARÃES

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO
BRASIL, 1996 A 2016**

Belo Horizonte

2019

DANIELA DOMINGUES GUIMARÃES

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO
BRASIL, 1996 A 2016**

Versão final da monografia de especialização apresentada à Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof. Dra. Eunice Francisca Martins.

Belo Horizonte

2019

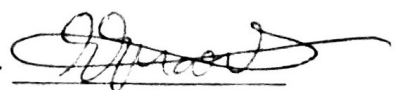
Guimarães, Daniela Domingues.
G963m Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil, 1996 a 2016
[manuscrito]. / Daniela Domingues Guimarães. - - Belo Horizonte:
2019.
42f.: il.
Orientador: Eunice Francisca Martins.
Área de concentração: Enfermagem.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.


1. Mortalidade. 2. Causas de Morte. 3. Enfermagem. 4. Saúde
da Mulher. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Martins, Eunice
Francisca. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina. III. Título.

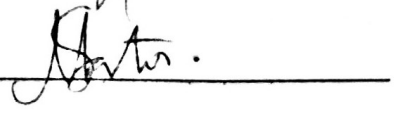
NLM: WA 900

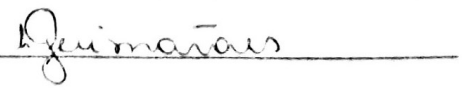
ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 11 dias do mês de dezembro de 2019, às 10h horas, em sessão pública na Escola de Enfermagem da UFMG, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora Eunice Francisca Martins e composta pelos seguintes avaliadoras: 1. Profa. Livia de Souza Pancrácio de Errico 2. Profa. Mariana Santos Felisbino Mendes e a estudante Daniela Domingues Guimarães Defendeu o Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: **Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Brasil, 1996 a 2016**, como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência pela Escola de Enfermagem da UFMG. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela **Aprovação** do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente à estudante e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelas demais examinadoras e pela estudante. A estudante foi orientada a entregar versão final de seu TCC (uma cópia em formato PDF, após anuência da professora orientadora) até o dia 21/12/2019, na Secretaria do referido Curso.

Proa. Eunice Francisca Martins Presidente da Banca Examinadora - 

Profa. Livia de Souza Pancrácio de Errico – Avaliadora 

Profa. Mariana Santos Felisbino Mendes – Avaliadora 

Daniela Domingues Guimarães – Estudante 

Resumo

Introdução: As mulheres, maioria da população brasileira tem suas condições de vida, saúde e morte influenciadas pela transição demográfica, epidemiológica, transformações políticas, sociais e da atenção à saúde ocorrida nas últimas décadas.

Objetivo: Analisar a evolução da mortalidade de mulheres em idade fértil residentes no Brasil segundo características sociodemográficas e causas de morte, no período de 1996 a 2016.

Método: Estudo ecológico de série temporal com análise secundária de dados dos óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Brasil, no período de 1996 a 2016. Os dados utilizados foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Datasus e os dados populacionais, utilizados para o cálculo das taxas foram provenientes do IBGE. Foi realizada a análise dos dados por meio da distribuição proporcional segundo as variáveis sociodemográficas de mulheres em idade fértil do Brasil, estratificadas por ano e região de residência. Foi calculada a taxa bruta de mortalidade segundo as causas básicas de óbitos por capítulo do CID-10, estratificadas por região, faixa etária e raça/cor. Para avaliar a evolução das taxas de mortalidade no período foram calculados os Coeficientes de Correlação de Spearman e o nível de significância considerado foi de 0,05.

Resultados: No Brasil no período de 1996 a 2016 ocorreram 1.367.457 óbitos de mulheres em idade fértil. As principais causas de óbitos encontradas foram para os capítulos de Neoplasias (Cap II) com TBM de 22,7, Doenças do aparelho circulatório (Cap IX) com TBM de 21,1, Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap XX) com TBM de 19,3, Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap I) com TBM de 9,4 e Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Cap XVIII) com TBM de 9,2. A taxa bruta de mortalidade foi crescente com o aumento da faixa etária nos principais capítulos, exceto para o capítulo das causas externas. As maiores taxas brutas de mortalidade nas mulheres em idade fértil foram constatadas para a raça/cor "Preta".

Conclusão: A redução das mortes de mulheres em idade fértil no Brasil ocorre de forma ainda lenta que variam de acordo com a idade, a raça/cor, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. As taxas, ainda elevadas e em lento declínio, da mortalidade precoce e evitável de mulheres em idade fértil aponta para a necessidade de repensar sobre a trajetória das políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres no país.

Descritores: Mortalidade; Causas de óbito; Enfermagem; Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Women, the majority of the Brazilian population, have their living, health and death conditions influenced by the demographic, epidemiological, political, social and health care changes that have taken place in recent decades.

Objective: To analyze the evolution of mortality of women of childbearing age residing in Brazil according to sociodemographic characteristics and causes of death, from 1996 to 2016.

Method: Ecological time series study with secondary analysis of data on deaths of women of childbearing age living in Brazil, from 1996 to 2016. The data used were collected from the Datasus Mortality Information System and the population data used to The rates were calculated from the IBGE. Data analysis was performed by proportional distribution according to sociodemographic variables of women of childbearing age in Brazil, stratified by year and region of residence. The gross mortality rate was calculated according to the underlying causes of deaths per ICD-10 chapter, stratified by region, age group and race / color. To evaluate the evolution of mortality rates in the period, the Spearman Correlation Coefficients were calculated and the significance level considered was 0.05.

Results: In Brazil, from 1996 to 2016, 1,367,457 deaths of women of childbearing age occurred. The main causes of death were found in Chapters of Neoplasms (Cap II) with MDR-TB of 22.7, Circulatory Diseases (Cap IX) with MDR-TB of 21.1, External Causes of Morbidity and Mortality (Cap XX) with TBM of 19.3, Some infectious and parasitic diseases (Cap I) with 9.4 TBM and Symptoms, signs and abnormal findings from clinical and laboratory examinations, not elsewhere classified (Cap XVIII) with 9.2 TBM. The gross mortality rate was increasing with increasing age in the main chapters, except for the external causes chapter. The highest gross mortality rates in women of childbearing age were found for race / color "Black".

Conclusion: The reduction in deaths of women of childbearing age in Brazil is still slow, which vary according to age, race / color, especially in the North and Northeast. The still high and slowly declining rates of early and preventable mortality of women of childbearing age point to the need to rethink the path of public policies for improving the quality of women's health care in the country.

Keywords: Mortality; Causes of death; Nursing; Women's Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	12
3 MÉTODO	13
4 RESULTADOS.....	16
4.1 Raça/Cor.....	17
4.2 Faixa Etária.....	19
4.3 Anos de Estudo.....	20
4.4 Estado Civil	21
4.5 Local do óbito.....	22
4.6 Óbito em relação à gravidez.....	23
4.7 Causas básicas dos Óbitos segundo capítulos da CID-10	24
4.7.1 Óbito por Capítulo do CID-10 estratificado por faixa etária.....	27
4.7.2 Óbito por Capítulo do CID-10 estratificado por raça/cor	28
5 DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

No século XX, o Brasil experimentou intensas transformações em sua estrutura populacional e no padrão de morbimortalidade, conhecido como transição demográfica (CARMO, 2003; SOUZA et al., 2014; LEAL; et al, 2018). As sucessivas quedas da natalidade resultaram no estreitamento da base da pirâmide, com o aumento relativo da população em idade ativa (15 a 59 anos) e idosa (60 e mais anos). Este processo influenciou diretamente na redução do número de gestantes, o que favoreceu a melhor assistência obstétrica e a redução das mortes maternas (VASCONCELOS; GOMES, 2012; CARVALHO; WONG; 2006; SOUSA, 2007). Juntamente com a Transição demográfica e epidemiológica tem ocorrido a chamada “transição obstétrica”, fenômeno de mudanças graduais experimentado pelos países no seu progresso em direção à eliminação da mortalidade materna evitável. (SOUSA, 2007; SOUZA et al., 2014).

O envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e de se alimentar dos brasileiros. A globalização aumentou a desigualdade dentro e entre os países, sociedades polarizadas por renda e status econômico, bem como gerou uma migração acelerada das doenças, incluindo a adoção generalizada de um estilo de vida e dieta não saudáveis (VASCONCELOS; GOMES, 2012; LANGER et al., 2015).

Tais fatos contribuíram para o aumento das doenças não transmissíveis e da mudança da carga de doenças das mulheres. Nesse processo denominado transição demográfica, destaca-se: a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas; redução dos níveis de mortalidade no país; o aumento da esperança de vida da população brasileira; a rápida redução da fecundidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012; LANGER et al., 2015). Uma importante característica nos padrões epidemiológicos do país foi a composição da mortalidade por grupos de causas: a diminuição da representação das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da representação das Doenças Cardiovasculares (CARMO, 2003).

As doenças não transmissíveis têm sido as principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo há pelo menos três décadas. Atualmente elas são responsáveis por duas em cada três mortes entre mulheres a cada ano no mundo (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014). Alguns mitos duradouros contribuíram e ainda contribuem para a negligência das doenças não transmissíveis nas mulheres, com destaque para: as questões de importância relacionada à saúde para as mulheres são definidas por meio de sua capacidade reprodutiva; e o viés de gênero, que considera alguns agravos como próprios do sexo masculino, como as doenças cardiovasculares, e a não valorização das queixas das mulheres (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014).

A faixa etária de 10 a 49 anos, mulheres em idade fértil, representam cerca de um terço da população total do Brasil e 65,0% da população feminina e sua participação na atividade econômica tem se intensificado desde a década de 1970, caracterizando assim, a mudanças do papel social da mulher (IBGE, 2012). O rápido crescimento das economias de mercado e a entrada das mulheres como força de trabalho ofereceram uma grande oportunidade para transformar papéis de gênero desiguais. No entanto, as possibilidades de emprego não são distribuídas igualmente. A crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, agregado com a realização da maior parte do trabalho doméstico e de prestação de cuidados aos familiares configura-se uma carga potencial e uma ameaça à saúde e ao bem-estar das mulheres, resultando em uma dupla carga de trabalho (LANGER et al., 2015).

Consideram-se mortes de mulheres em idade fértil as mortes de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, excluindo as mortes maternas declaradas dessa faixa etária. Os óbitos de mulheres em idade fértil configuram-se como mortes prematuras, preveníveis que acarretam grande comprometimento social e econômico. Portanto, a morte prematura de mulheres pode comprometer a economia da sociedade, como também impactar na expectativa de vida da população brasileira pelos anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 2012). Os anos entre a puberdade e a menopausa pode ser um período de riscos de saúde, especificamente associados ao sexo e à reprodução que podem resultar em uma carga de mortalidade e incapacidade significativa (OMS, 2011). Essas alterações exigem um rápido e

adequado ajuste, com a necessidade de intervenção do Estado, por meio de políticas públicas integrais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Os estudos sobre a mortalidade no período reprodutivo são de grande relevância, uma vez que neste período são somados fatores de risco comuns aos grupos etários e à fatores relacionados com a gravidez, o parto e puerpério (LIMA; et al., 2014). Apesar de todas as tentativas para melhoria da qualidade das estatísticas oficiais de mortes, ainda existem problemas no que se refere à Declaração de Óbito. Um deles é a subnotificação das mortes, que se configura em um dos pontos críticos para a identificação de óbitos, pois compromete a qualidade da informação e o conhecimento dos determinantes das mortes. (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

Historicamente, os estudos desenvolvidos sobre o comportamento da mortalidade têm sido direcionadoras da elaboração das políticas públicas de saúde da população. Em particular, na população feminina, muitas são as características associadas aos óbitos que, quando devidamente investigadas, podem subsidiar tais políticas (FORMIGA et al., 2010).

A Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher – PNAISM, lançada em 2004, foi elaborada com a contribuição de movimentos sociais, profissionais de saúde e sociedades de especialistas. A PNAISM avançou ao reconhecer a diversidade das mulheres, contemplando a saúde de diferentes grupos (negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras) e distintos ciclos da vida, e ao enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos (LEAL et al., 2018)

Compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país. Salienta-se que, no processo de implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, essas diferenças devem ser consideradas, principalmente pelos os profissionais de saúde, possibilitando uma atuação voltada para as iniquidades e vulnerabilidades da população local que vise avanços na perspectiva da saúde como direito e cidadania (BRASIL, 2004).

As ações de vigilância em saúde são fundamentais para investigar as desigualdades regionais e sociais que possam revelar grupos vulneráveis. Diante destas disparidades, esforços devem ser direcionados para a atenção à saúde destes grupos (BRASIL, 2012).

A avaliação sistemática da mortalidade de mulheres em idade fértil geralmente não ultrapassa a identificação dos casos de morte materna. Faltam estudos para melhor caracterização dessas mortes quanto à sua evitabilidade, à sua evolução diante das políticas públicas de saúde, bem como quanto às mudanças ocorridas na sociedade, que podem estar impactando na forma da mulher viver e morrer. As estatísticas de mortalidade são necessárias para o planejamento em saúde e avaliação do alcance das metas propostas.

Diante da hipótese de que a tendência do padrão da mortalidade das mulheres em idade fértil no Brasil é heterogênea em função das desigualdades regionais e sociais, o presente estudo propõe-se buscar responder:

1- Qual tem sido o comportamento da mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil nas últimas duas décadas, considerando as desigualdades sociais e regionais?

Os resultados obtidos poderão subsidiar discussões sobre o impacto das desigualdades sociais e regionais na mortalidade das mulheres, e apontar demandas para o planejamento de ações para avanços na evitabilidade dos óbitos de mulheres em idade fértil.

2 OBJETIVO

Analisar a evolução da mortalidade de mulheres em idade Fértil residentes no Brasil segundo características sociodemográficas e causas de morte, no período de 1996 a 2016.

3 MÉTODO

Estudo ecológico de série temporal, com a análise secundária de dados dos óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Brasil, no período de 1996 a 2016. Foram incluídos todos os óbitos de mulheres registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) na faixa etária de 10-49 anos.

Os dados foram provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponível na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS - Datasus (www.datasus.gov.br). O SIM é alimentado pela Declaração de Óbito (DO), documento base para a coleta de informações sobre mortalidade e legal para a emissão da Certidão do Óbito (BRASIL, 2009a). Foram ainda utilizados como fonte de dados complementar, para o cálculo das taxas específicas de mortalidade e da razão de morte materna, os dados populacionais provenientes do IBGE e do Sistema de Informações de nascidos vivos (SINASC), também disponíveis online no sítio do IBGE (www.ibge.gov.br) e Datasus (www.datasus.gov.br). Todos os sistemas de informação foram acessados em 20/05/2019.

Foi realizada a análise descritiva dos dados com o cálculo da taxa bruta de mortalidade anual para o Brasil e regiões. A taxa foi calculada dividindo-se o número de óbitos de ocorridos na região no período considerado pela população do mesmo local e período e multiplicando-se por 100 mil, conforme preconizado (RIPSA, 2008). Foram calculadas taxas brutas de mortalidade específicas por agrupamentos de causas básicas de morte; faixas etárias; e raça/cor, apenas para os anos censitários de 2000 e 2010. Não foi calculada a taxa bruta de mortalidade de mulheres em idade fértil para raça/cor devido aos altos percentuais encontrados de "Ignorado". As causas básicas foram agrupadas segundo os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10) (WHO, 1995).

Foi realizada a distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil segundo as variáveis de caracterização sociodemográficas e as causas básicas de óbitos. A mortalidade proporcional foi calculada como a porcentagem de óbitos de mulheres em determinada categoria em relação ao total de óbitos de mulheres da mesma categoria registrados no período.

Para avaliar as taxas gerais e específicas de mortalidade de mulheres em idade fértil no período foram calculados os Coeficientes de Correlação de Spearman e o nível de significância considerado foi de 0,05. O software Statistical Pacakage for Social Science (SPSS), versão 21.0 foi utilizado para as análises estatísticas. As variáveis analisadas se referem à caracterização sóciodemográfica das mulheres que foram a óbito e ao próprio óbito. As variáveis de caracterização sociodemográfica incluídas foram: idade (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos; 40 a 44 anos e 45 a 49 anos); escolaridade em anos de estudo (nenhum; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 anos e mais; 1 a 8 anos; 9 a 11 anos; e Ignorado); raça/cor (preta, parda; branca; amarela; indígena e Ignorado) e estado civil (Casado; Solteiro; Viúvo, Separado judicialmente; Outros; e Ignorado). Quanto ao óbito avaliaram-se as seguintes variáveis: local de ocorrência (Hospital; Outro estabelecimento de saúde; Domicílio; Via pública; Outros; e Ignorado); causas básicas do óbito (agrupadas segundo os Capítulos do CID); ocorrência do óbito na gravidez, parto, puerpério (Durante a gravidez, parto ou aborto; Durante o puerpério, até 42 dias; Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano; Durante o puerpério, até 1 ano; Não na gravidez ou no puerpério; Período informado inconsistente; Não informado ou ignorado) e ano de ocorrência (Ano).

Houve alterações nas variáveis escolaridade e ocorrência do óbito na gravidez, parto, puerpério durante o período do estudo. Assim, a escolaridade por anos de estudo “1 a 8 anos” e “9 a 11 anos” foram utilizados até o ano de 2001 e posteriormente de “1 a 3 anos”, “4 a 7 anos” e “8 a 11 anos” de 2002 a 2016. Os demais níveis, “Nenhum” e “12 anos e mais”, foram utilizados em todo o período analisado. Na análise do óbito em relação à gravidez, os itens “Durante o puerpério, até 42 dias” e “Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano” foram utilizados até de 1999 a 2016, e o item “Durante o puerpério, até 1 ano” utilizado de 1996 a 1998. Os demais itens do óbito em relação à gravidez foram utilizados durante todo período analisado.

O presente projeto de pesquisa seguiu todos os preceitos éticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não foi necessária a aprovação em Comitês de Ética em Pesquisa com seres

humanos, em função de utilizar dados públicos, disponíveis on-line, sem identificação pessoal ou institucional.

4 RESULTADOS

No Brasil no período de 21 anos ocorreram 9.497.939 de óbitos femininos, dos quais 1.367.457 (14,4%) foram de mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos. A taxa bruta de mortalidade para mulheres em idade fértil (TBM) para o país variou de 126,14 óbitos para cada 100.000 mulheres em idade fértil em 1996 para 104,38 em 2016. A taxa mais elevada foi constatada para a região sudeste, seguida da sul e centro-oeste. Foi constatado declínio estatisticamente significativo das taxas para o Brasil e regiões, exceto para as regiões Norte e Nordeste (FIG. 1).

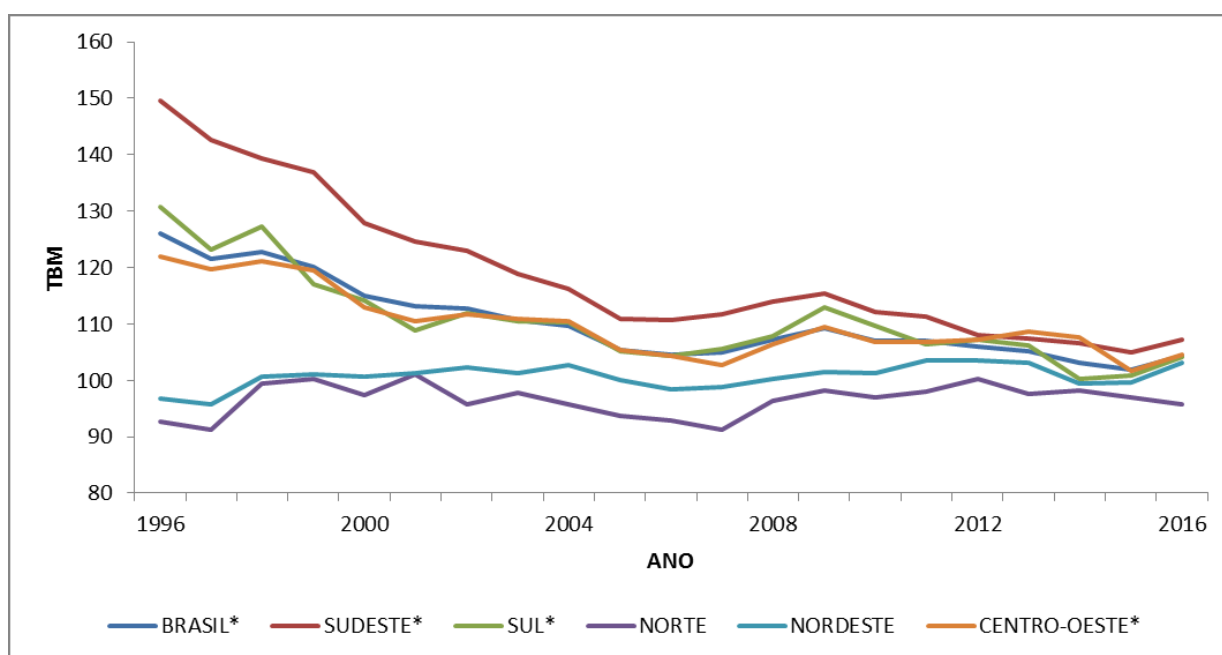


Figura 1: Taxa bruta de mortalidade de mulheres em idade fértil. Brasil e regiões, 1996 a 2016.

Legenda: *significativa no nível de 0,05.

Fonte: Datasus, 2019.

A variação das TBM para o Brasil e regiões estão apresentadas na Figura 2. O maior decremento da TBM foi registrado para a região Sudeste, seguida da Sul e Centro-oeste. As regiões Norte e Nordeste apresentaram um ligeiro incremento nas taxas de 3,3 e 6,7%, respectivamente.

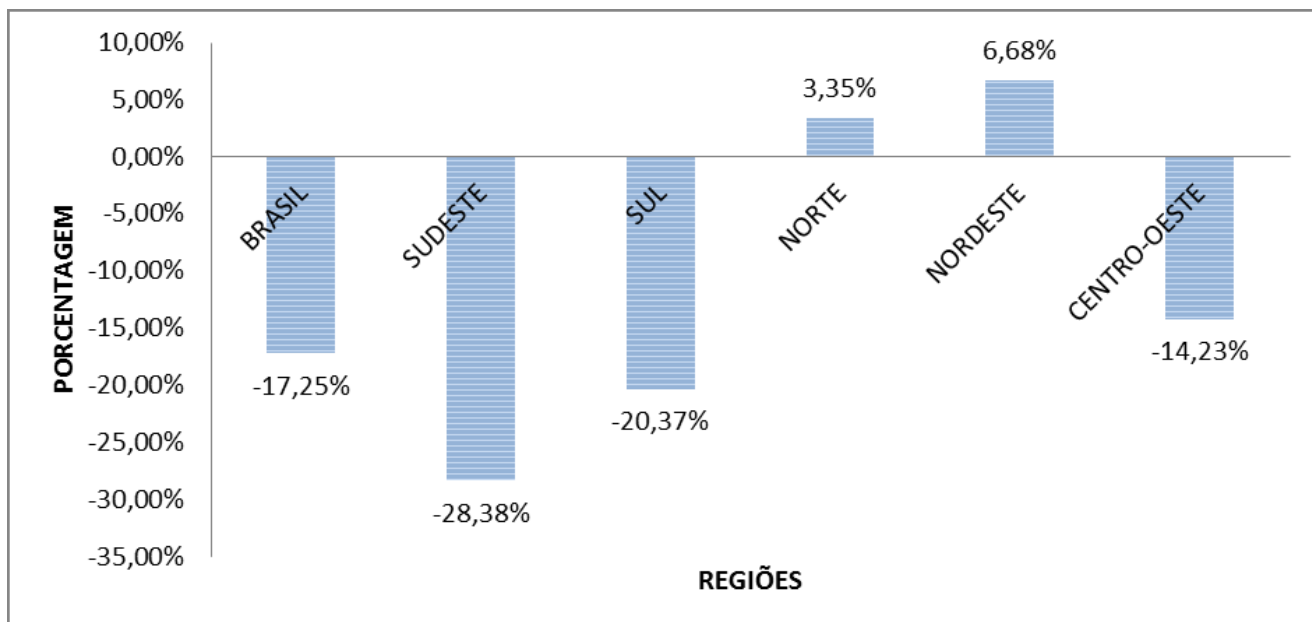


Figura 2: Variação da taxa de bruta de mortalidade de mulheres em idade fértil. Brasil e regiões, 1996 e 2016.

Fonte: Datasus, 2019.

4.1 Raça/Cor

No triênio inicial do estudo a raça/cor foi uma variável sem informação e considerando apenas a partir do ano 2000 apresenta 7,6% de casos ignorados. No período de 2000 a 2016 a maior proporção dos óbitos ocorreu em mulheres brancas (44,4%), seguida das pardas (38,1%), pretas (9,2%), indígenas (0,4%) e amarelas (0,3%). Houve um aumento na proporção de morte das mulheres de raça/cor pardas ao longo do período, ultrapassando as brancas a partir de 2013 e uma estabilidade da raça/cor “Preta”, “Indígena” e “Amarela” (FIG. 3)

As TBM segundo raça/cor, calculada para os anos de 2000 e 2010, foram mais elevadas para as mulheres em idade fértil da raça/cor “Preta” (46,9), seguidas das “Brancas” (31,9), “Pardas” (30,7), “Indígenas” (30,6) e “Amarelas” (23,9).

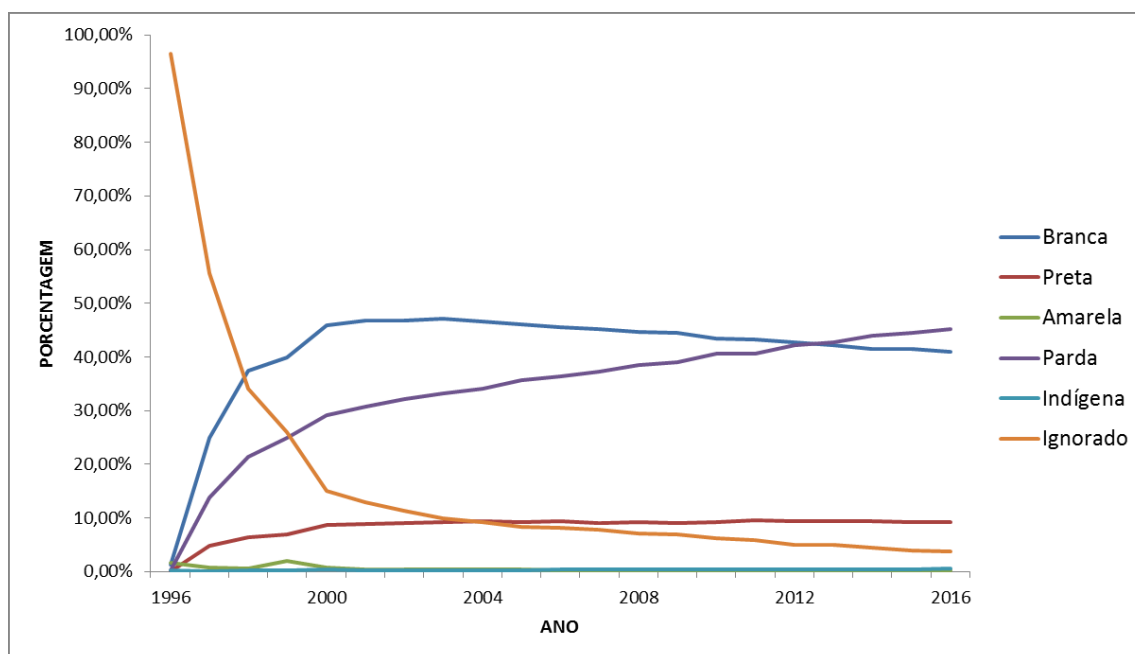


Figura 3: Proporção de mortalidade bruta de mulheres em idade fértil segundo raça/cor. Brasil, 1996 a 2016.

Fonte: Datasus, 2019.

Identificou-se acréscimo nas TBM das mulheres em idade fértil da raça/cor “Branca” residentes nas regiões Sul, Norte, Nordeste e Centro-oeste. As TBM das mulheres em idade fértil das categorias de raça/cor “Preta” e “Amarela” apresentaram decréscimo em todas as regiões analisadas. O decréscimo da TBM da raça/cor “Parda” foi observado somente nas regiões Sul e Sudeste.

Já na raça/cor “Indígena” identificou-se acréscimo nas TBM nas regiões Sul e Norte, com destaque para a região Sul. Apenas a região Sudeste apresentou um decréscimo da TBM de mulheres em idade fértil em todas as categorias de raça/cor (TAB.1).

Tabela 1: Variação da taxa bruta de mulheres em idade fértil por raça/cor. Brasil e regiões, 2000 e 2010.

Regiões	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Brasil	-0,9%	-19,0%	-86,7%	14,7%	-5,2%
Sudeste	-6,4%	-22,9%	-86,0%	-7,9%	-40,7%
Sul	4,1%	-5,8%	-56,0%	-11,1%	85,2%
Norte	6,3%	-15,6%	-88,0%	25,6%	2,0%
Nordeste	9,3%	-8,0%	-94,7%	41,7%	-37,4%
Centro-Oeste	4,7%	-27,5%	-51,9%	10,0%	-1,1%

Fonte: Datasus, 2019.

4.2 Faixa Etária

De acordo com a Figura 4, nota-se uma tendência crescente da TBM com o aumento da idade, chegando a 29,14 óbitos para cada 100.000 mulheres em idade fértil na faixa etária de “45 a 49 anos”. Padrão semelhante ocorreu em todas as regiões do país. Em todas as faixas etárias no decorrer do período analisado, exceto na faixa de “45 a 49 anos”, observa-se decréscimo estatisticamente significativo da TBM de mulheres em idade fértil no país.

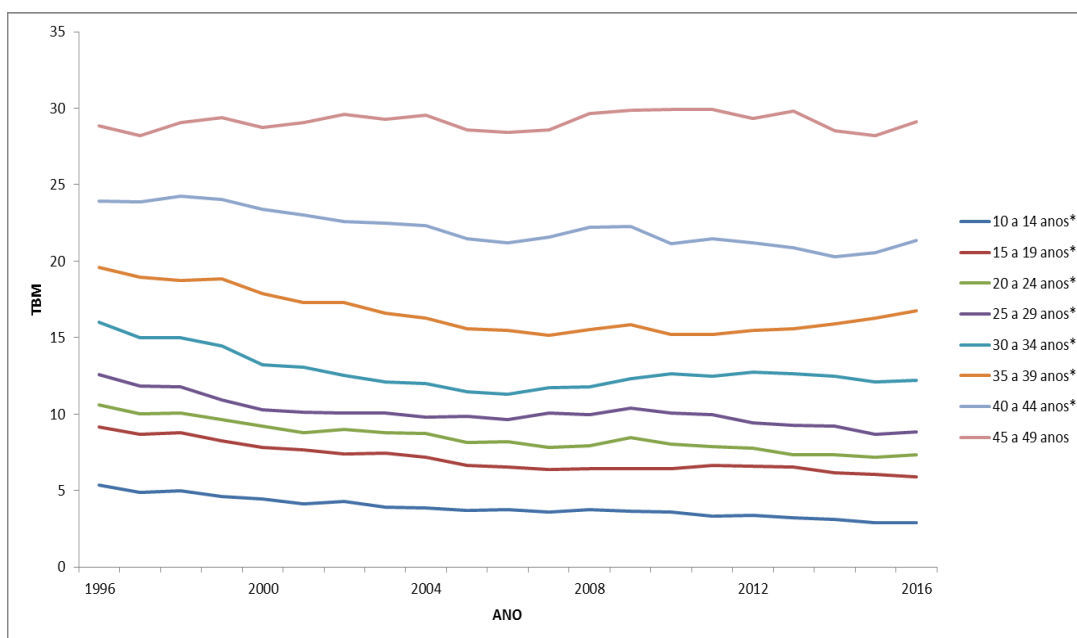


Figura 4: Taxa de mortalidade bruta de mulheres em idade fértil por idade. Brasil, 1996 a 2016.

Legenda: * significativa no nível de 0,05.

Fonte: Datasus, 2019.

Constatou-se no período estudado uma redução da TBM de mulheres em idade fértil em todas as regiões do país, até a faixa etária de “25 a 29 anos”, de forma menos acentuada na região Norte. As regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste apresentaram decréscimo da TBM em todas as faixas etárias de mulheres em idade fértil, exceto na faixa etária de “45 a 49 anos” para a região Centro-oeste (TAB. 2).

Tabela 2- Variação da taxa de mortalidade bruta de mulheres em idade fértil por faixa etária. Brasil e regiões, 1996 e 2016.

Regiões	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos
Brasil	-46,1%	-35,6%	-30,7%	-30,1%	-23,7%	-14,6%	-10,9%	1,0%
Sudeste	-55,3%	-47,0%	-42,7%	-42,2%	-38,5%	-28,7%	-22,2%	-7,7%
Sul	-52,7%	-41,8%	-33,4%	-26,9%	-26,4%	-19,2%	-12,6%	-5,6%
Norte	-28,8%	-16,0%	-27,2%	-14,4%	20,2%	11,1%	14,7%	33,2%
Nordeste	-34,4%	-16,6%	-4,0%	-8,7%	2,6%	18,3%	15,3%	23,0%
Centro-Oeste	-50,0%	-43,1%	-35,6%	-30,6%	-15,4%	-3,9%	-5,5%	11,6%

Fonte: Datasus, 2019.

4.3 Anos de Estudo

A informação sobre a escolaridade foi uma variável com elevado percentual de informações ignoradas, inviabilizando sua análise. Nos anos iniciais do estudo obteve cerca de 80,0% de ignorados reduzindo para cerca de 20,0% no final do período.

A informação sobre a escolaridade obteve 38,58% de casos “Ignorado” para o Brasil como um todo no período. Excluindo os casos ignorados, os níveis de escolaridade com maiores percentuais foram de 1 a 8 anos em todas as regiões. As regiões Norte e Nordeste destacam-se com maiores percentuais de mulheres em idade fértil com “Nenhuma” escolaridade. A região Norte apresentou o menor percentual (25,84%) de informações ignoradas (TAB. 3).

Tabela 3: Distribuição proporcional da mortalidade de mulheres em idade fértil por anos de estudo. Brasil e regiões, 1996 a 2016.

Região	Nenhuma***	1 a 3 anos**	4 a 7 anos**	8 a 11 anos**	12 anos e mais***	1 a 8 anos*	9 a 11 anos*	Ignorado***
Brasil	8,28%	15,06%	21,85%	15,88%	6,22%	3,87%	3,26%	38,58%
Sudeste	5,79%	13,90%	22,77%	17,29%	6,82%	2,43%	3,49%	40,76%
Sul	7,27%	15,82%	24,52%	16,61%	6,96%	15,53%	3,32%	34,92%
Norte	10,79%	17,84%	24,72%	18,39%	6,25%	9,88%	4,35%	25,84%
Nordeste	12,67%	16,00%	17,62%	12,05%	4,34%	3,97%	2,40%	41,21%
Centro-Oeste	8,06%	14,18%	22,53%	17,13%	7,57%	24,20%	4,02%	35,11%

Legenda: *período de 1996 à 2001; ** período de 2002 a 2016; *** período de 1996 a 2016.

Fonte: Datasus, 2019.

4.4 Estado Civil

No período analisado, no país, a maior proporção de óbitos ocorreu em mulheres solteiras, aumentando de 45,4% no início do período para 52,9% ao final. A proporção de mulheres casadas reduziu de cerca de 40,0% para 25,0% e as separadas judicialmente aumentou de 2,7% para 5,0. Houve piora do percentual de casos com informações ignoradas (FIG. 5).

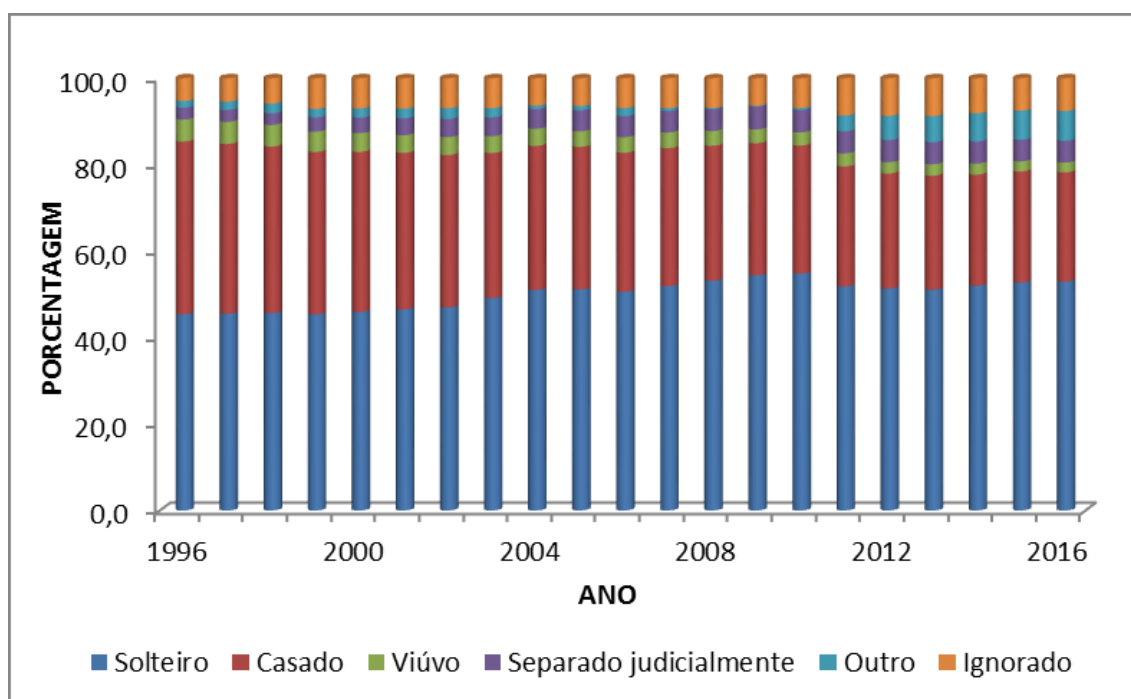


Figura 5: Distribuição proporcional de óbitos de mulheres em idade fértil segundo estado civil. Brasil, 1996 a 2016.
Fonte: Datasus, 2019.

No período analisado, no país, a maior proporção de óbitos ocorreu em mulheres solteiras, 50,01%, seguido das mulheres casadas, 32,15%. Observou-se uma queda significativa nos percentuais de mortalidade de mulheres em idade fértil nos estados civis “Casado” e “Viúvo” e um aumento significativo nos estados civis “Solteiro”, “Separado judicialmente” e “Ignorado”, também observado em todas as regiões (TAB. 4).

Tabela 4: Distribuição proporcional da mortalidade de mulheres em idade fértil por estado civil. Brasil e regiões, 1996 a 2016.

Região	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado
Brasil	50,0%*	32,1%*	3,6%*	4,4%*	2,7%	7,0%*
Sudeste	50,1%	33,4%*	4,2%*	5,7%*	1,9%	4,8%*
Sul	44,0%*	38,1%*	4,1%*	5,8%*	2,9%	5,0%*
Norte	55,0%*	26,9%*	2,2%*	1,8%*	6,4%*	7,7%
Nordeste	52,3%*	28,4%*	2,9%*	2,0%*	2,8%*	11,7%
Centro-Oeste	48,5%*	31,0%*	3,3%*	4,8%*	4,2%	8,2%

Legenda: * significativa no nível de 0,05.

Fonte: Datasus, 2019.

4.5 Local do óbito

O hospital foi o local de ocorrência de 70,9% dos óbitos de mulheres em idade fértil e em segundo lugar o domicílio, com 15,70% das ocorrências (FIG. 6). Para o país foi constatada um aumento significativo nos percentuais de Mortalidade de mulheres em idade fértil no Hospital e para o país e regiões, uma queda significativa nos percentuais de Mortalidade de mulheres em idade fértil no Domicílio. A Região Sudeste destaca-se por apresentar a maior média de proporções de morte de mulheres em idade fértil no "Hospital" dentre as regiões do país. A Região Sul apresenta o maior percentual de "Ignorado" dentre as Regiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentam os menores percentuais de mortalidade em ambiente hospitalar, no entanto, apresentam os maiores percentuais de óbito em domicílio.

A região Nordeste foi a única região a apresentar queda significativa da ocorrência de Mortalidade de mulheres em idade fértil apenas "Domicílio" e "Ignorado". A Região Centro-oeste apresenta o maior percentual médio de mortalidade de mulheres em idade fértil em "Via pública" (TAB.5).

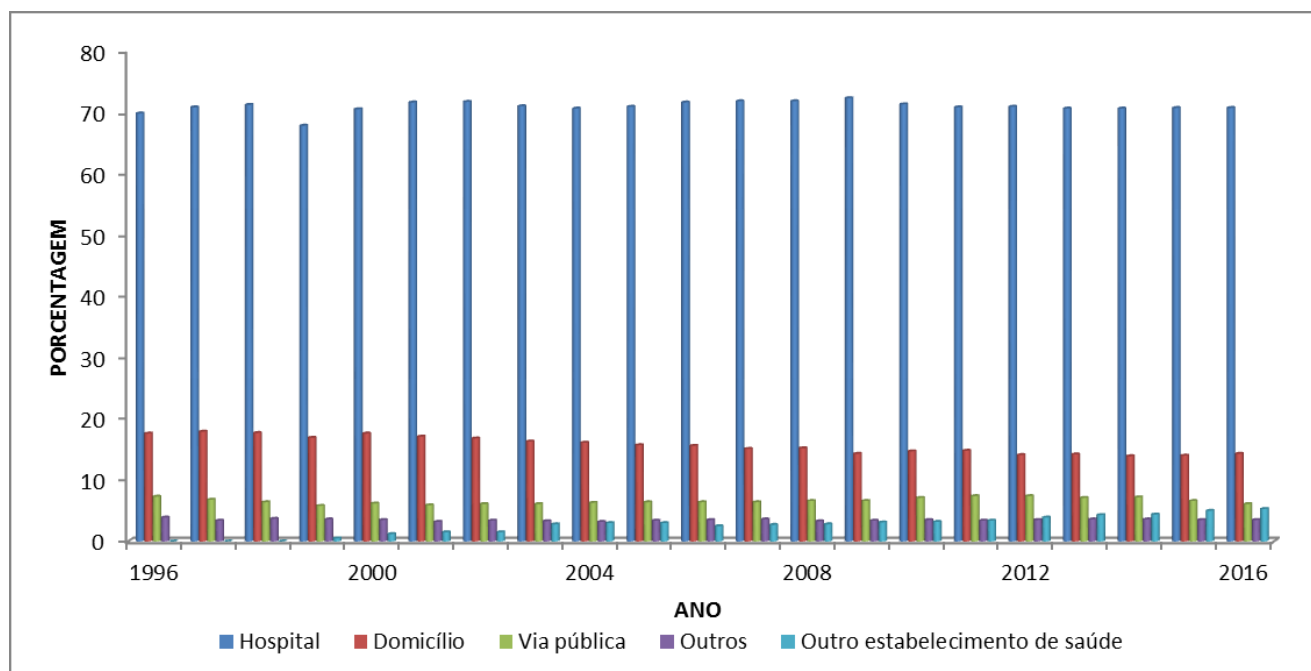


Figura 6: Distribuição proporcional de óbitos de mulheres em idade fértil segundo local de ocorrência. Brasil, 1996 a 2016
Fonte: Datasus, 2019.

Tabela 5: Distribuição proporcional da mortalidade de mulheres em idade fértil por local de ocorrência. Brasil e regiões, 1996 a 2016.

Região	Hospital	Outro estabelecimento de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado
Brasil	70,9%*	2,6%*	15,7%*	6,6%*	3,5%	0,7%*
Sudeste	75,0%*	4,1%*	12,1%*	5,5%*	3,0%	0,3%*
Sul	70,6%	1,4%*	15,1%*	7,4%	3,7%*	1,8%*
Norte	66,7%*	0,9%*	19,7%	7,4%*	4,6%*	0,6%*
Nordeste	65,2%*	1,2%*	21,6%*	7,2%*	3,7%*	1,0%*
Centro-oeste	70,0%*	1,5%*	15,2%*	8,8%*	4,0%	0,5%*

Legenda: * significativa no nível de 0,05.
Fonte: Datasus, 2019.

4.6 Óbito em relação à gravidez

A Tabela 6 apresenta a informação do óbito em relação à gravidez. Esta foi uma variável com alto percentual de “Não informado ou ignorado” no país, sendo observada tendência de melhora do registro da informação que reduziu

de 88,9% de ignorados em 1996 para 27,5% em 2016. Foi observada tendência de melhora do registro da informação que reduziu de 88,86% em 1996 para 27,49% em 2016. No país, cerca de 3,7% dos óbitos foram descritos como ocorridos no período da gravidez, aborto, parto ou puerpério, sendo superior na região Norte, 5,5%.

Tabela 6: Distribuição proporcional da mortalidade dos óbitos de mulheres em idade fértil em relação à gravidez. Brasil e regiões, 1996 a 2016.

Região	Durante a gravidez, parto ou aborto***	Durante o puerpério, até 42 dias*	Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano*	Durante o puerpério, até 1 ano, período não discriminado.**	Não na gravidez ou no puerpério***	Período informado inconsistente***	Não informado ou ignorado** *
Brasil	1,5%	1,3%	1,0%	0,8%	43,3%	0,3%	52,8%
Sudeste	1,3%	1,2%	0,9%	0,9%	42,5%	0,2%	54,0%
Sul	1,4%	1,1%	1,1%	1,4%	53,2%	0,3%	43,0%
Norte	2,2%	2,0%	1,3%	0,5%	42,4%	0,6%	51,8%
Nordeste	1,6%	1,4%	0,9%	0,7%	37,2%	0,3%	58,6%
Centro-oeste	1,6%	1,4%	0,9%	0,3%	50,7%	0,2%	45,4%

Legenda: *período de 1999 à 2016; ** período de 1996 a 1998; *** período de 1996 a 2016.

Fonte: Datasus, 2019.

4.7 Causas básicas dos Óbitos segundo capítulos da CID-10

As principais TBM de mulheres em idade fértil, no período analisado para o Brasil, segundo capítulos da CID-10 foram em ordem decrescente: Neoplasias (Cap II) com TBM de 22,7, Doenças do aparelho circulatório (Cap IX) com TBM de 21,1, Causas externas de morbidade e mortalidade (Cap XX) com TBM de 19,3, Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap I) com TBM de 9,4 e Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Cap XVIII) com TBM de 9,2. As três primeiras causas correspondem 63,0% dos óbitos (FIG. 7).

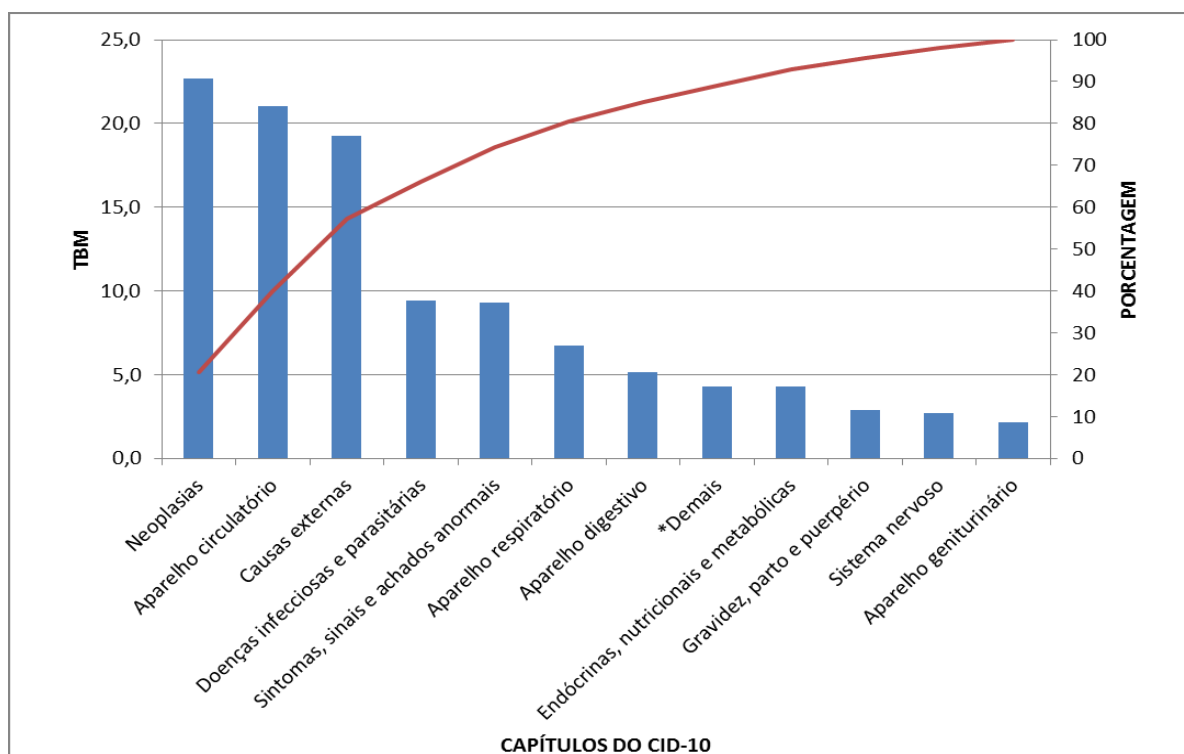


Figura 7: Distribuição cumulativa das taxa bruta de mortalidade de mulheres em idade fértil segundo Capítulos da CID-10. Brasil, 1996 a 2016.

Legenda: *Demais: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, Transtornos mentais e comportamentais, Doenças do olho e anexos, Doenças do ouvido e da apófise mastóide, Doenças da pele e do tecido subcutâneo, Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, Algumas afecções originadas no período perinatal e Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Fonte: Datasus, 2019.

Observou-se um aumento estatisticamente significativo da TBM das causas de mortes componentes dos Capítulos II Neoplasias e XX Causas externas. O decremento estatisticamente significativo na TBM de mulheres em idade fértil foi constatado para as causas dos Capítulos I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), IX (Doenças do aparelho circulatório) e XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) (FIG. 8). As causas dos demais capítulos apresentaram aumento da TBM.

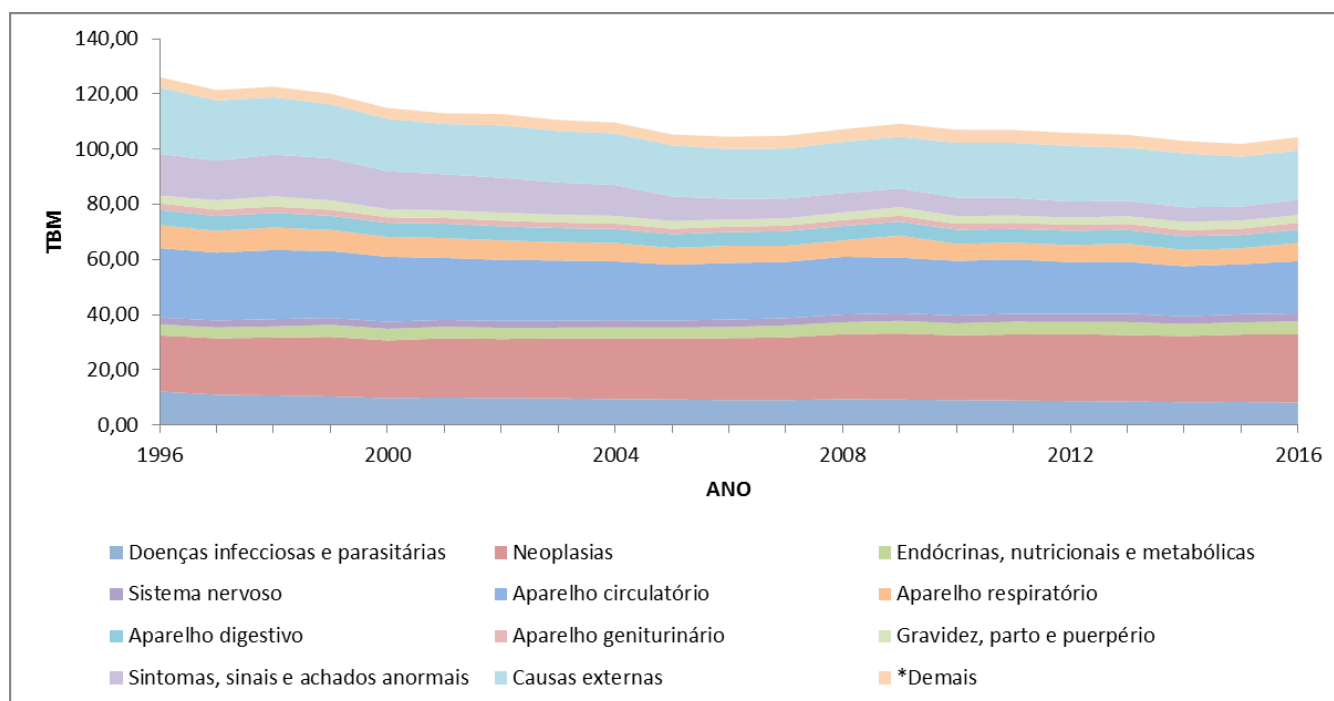


Figura 8: Evolução das taxas brutas de mortalidade de mulheres em idade fértil segundo capítulos do CID-10. Brasil, 1996 a 2016.

Legenda: *Demais: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, Transtornos mentais e comportamentais, Doenças do olho e anexos, Doenças do ouvido e da apófise mastóide, Doenças da pele e do tecido subcutâneo, Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, Algumas afecções originadas no período perinatal e Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

Fonte: Datasus, 2019.

A Tabela 7 apresenta a ordem de classificação das cinco principais TBM de mulheres em idade fértil segundo capítulos do CID-10 no Brasil e regiões. A Região Sudeste apresentou a mesma ordem de classificação para o Brasil e, apenas para o Capítulo II (Neoplasias) foi constatado aumento estatisticamente significativo da TBM no período. A região Sul obteve a maior TBM pelo Capítulo II e o aumento da TBM foi identificado para as causas dos capítulos I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias) e II (Neoplasias). Na região Norte todas as causas, com exceção das TBM do Capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) apresentaram incremento. A região Nordeste conta com a maior TBM pelo Capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) e este foi o único que apresentou declínio estatisticamente significativo da TBM no período avaliado. A região Centro-oeste apresentou a maior TBM pelo Capítulo XX

(Causas externas de morbidade e mortalidade) e não houve declínio nas TBM para os capítulos analisados.

Tabela 7: Distribuição da ordem de classificação das cinco principais Taxas Brutas de Mortalidade de mulheres em idade fértil segundo capítulos do CID-10 no Brasil e regiões, 1996 a 2016.

CID-10	Brasil	Sudeste	Sul	Norte	Nordeste	Centro-oeste
Neoplasias	1º	1º	1º	1º	2º	2º
Doenças do Aparelho Circulatório	2º	2º	3º	3º	1º	3º
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	3º	3º	2º	2º	3º	1º
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	4º	4º	4º	5º	4º	4º
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos	5º	5º	5º	4º	5º	-
Doenças do Aparelho Respiratório	-	-	-	-	-	5º

Fonte: Datasus, 2019.

4.7.1 Óbito por Capítulo do CID-10 estratificado por faixa etária

A TBM de mulheres em idade fértil segundo os capítulos da CID-10 estratificada por faixa etária (Figura 9) identificou que no Brasil, de 1996 a 2016, quanto maior a idade maior a TBM de mulheres em idade fértil nos capítulos I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), II (Neoplasias), III (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários), IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas), V (Transtornos mentais e comportamentais), IX (Doenças do aparelho circulatório), X (Doenças do aparelho respiratório), XI (Doenças do aparelho digestivo), XII (Doenças da pele e do tecido subcutâneo), XIII (Doenças do

sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), XIV (Doenças do aparelho geniturinário) e XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte). O capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade) possui TBM semelhantes nas faixas etárias de 15 à 49 anos. As maiores TBM foram pertencentes à faixa etária 45 a 49 para os capítulos IX (Doenças do aparelho circulatório) e II (Neoplasias).

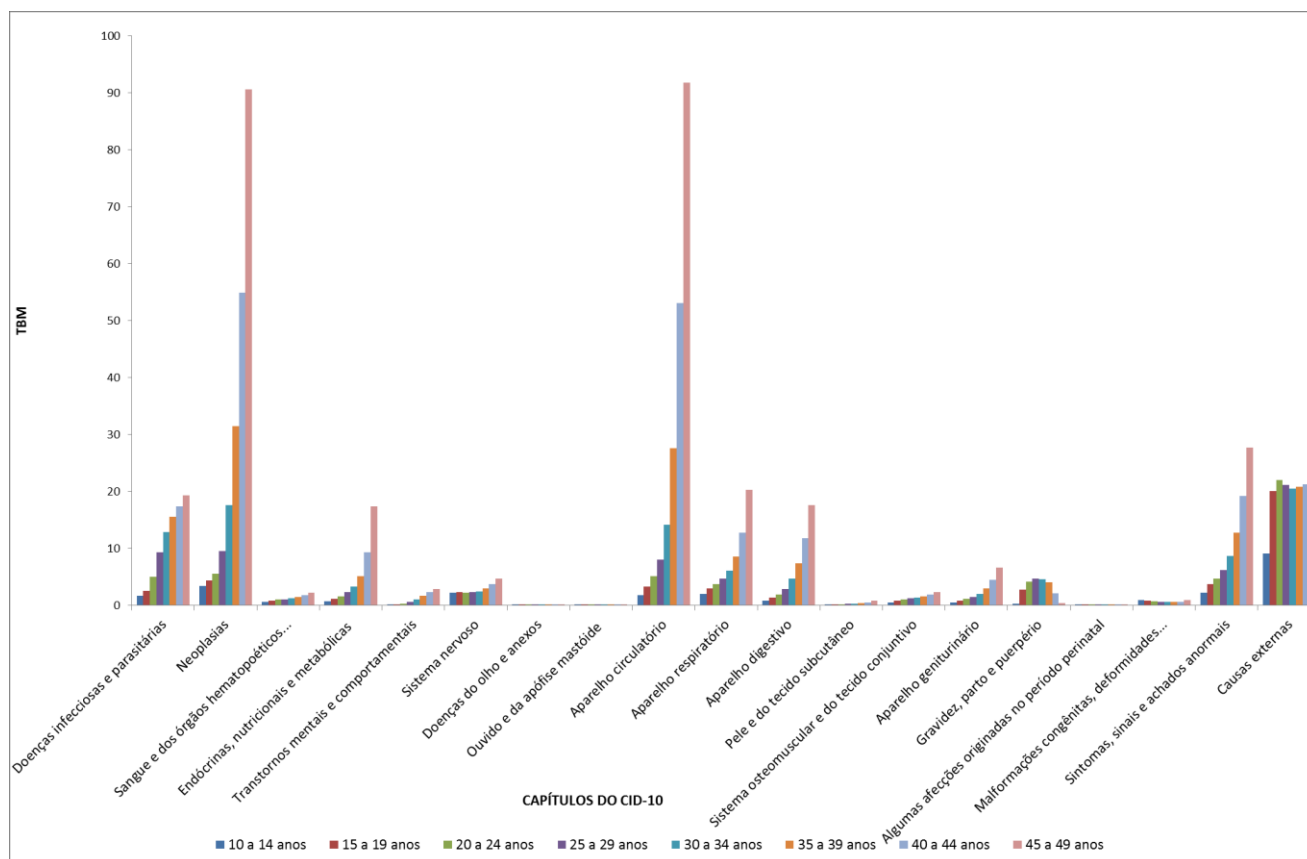


Figura 9: Distribuição da Taxa Bruta de Mortalidade de mulheres em idade fértil segundo Capítulo da CID-10 estratificado por faixa etária no Brasil, 1996 a 2016.

Fonte: Datasus, 2019.

4.7.2 Óbito por Capítulo do CID-10 estratificado por raça/cor

Na análise por capítulos do CID-10 identificou-se que as mulheres em idade reprodutiva “pretas” morreram mais pelas causas bases: Capítulos I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (TBM 5,1), III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (TBM 0,7), IV

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (TBM 2,2), V Transtornos mentais e comportamentais (TBM 0,6), VII Doenças do olho e anexos (TBM 0,01), IX Doenças do aparelho circulatório (TBM 11,5), X Doenças do aparelho respiratório (TBM 2,9), XI Doenças do aparelho digestivo (TBM 2,6), XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (TBM 0,6), XIV Doenças do aparelho geniturinário (TBM 1,1) e XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (TBM 4,6).

Identificou-se que as mulheres em idade reprodutiva “pardas” morreram mais pela causa base Causas externas de morbidade e mortalidade (TBM 6,3). Para a raça/cor “Branca” morreram mais pelas causas bases Neoplasias (TBM 7,7), VI Doenças do sistema nervoso (TBM 0,9), XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (TBM 0,002), e XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (TBM 0,2).

Dentre os capítulos identificou-se que as mulheres em idade reprodutiva da raça/cor “Amarela” morreram mais pela causa base Doenças do ouvido e da apófise mastoide (TBM 0,68). Para as indígenas as maiores TBM foram para as causas do capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo (TBM 0,13).

Dentre as cinco principais TBM de mulheres em idade fértil segundo capítulos da CID 10 e raça/cor, as maiores TBM foram para as mulheres em idade reprodutiva da raça/cor “Branca” (Cap II Neoplasias - 7,7), Parda (Cap XX Causas externas de morbidade e mortalidade- 6,3) e pretas (Cap IX Doenças do aparelho circulatório- 11,5; Cap I Algumas doenças infecciosas e parasitárias - 5,2; e Cap XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte - 4,6) (FIG. 10).

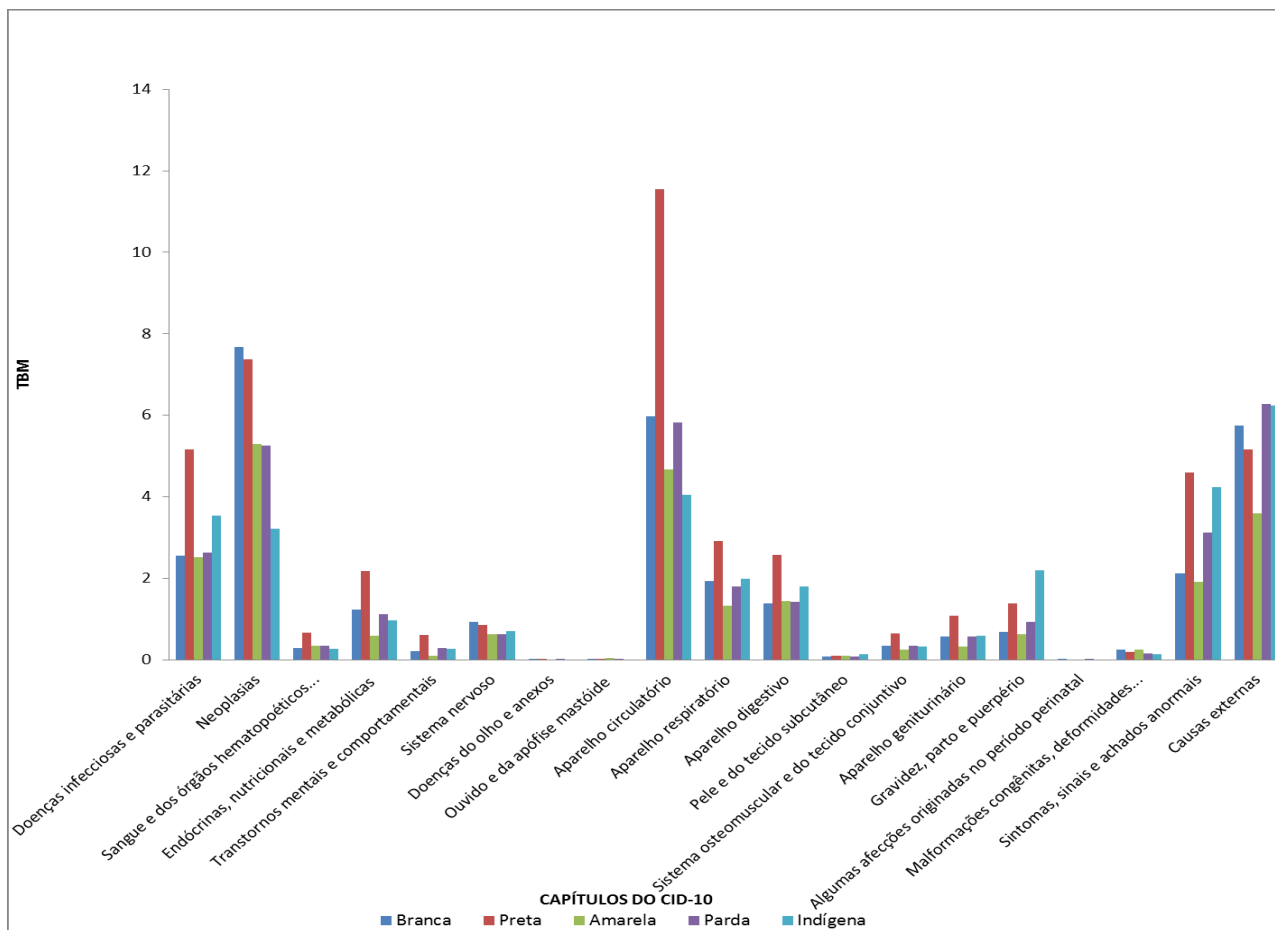


Figura 10: Distribuição da Taxa de Mortalidade bruta de mulheres em idade fértil por Capítulo do CID-10 estratificado por raça/cor no Brasil, 2000 e 2010. Fonte: Datasus, 2019.

5 DISCUSSÃO

Os achados encontrados nesta pesquisa apresentam similaridades com resultados de pesquisas publicadas anteriormente. No presente trabalho, de 1996 a 2016 observou-se a ascensão das causas neoplásicas, Cap II (Neoplasias), como principal causa básica de morte. Cervi et al., 2005, em estudo sobre a tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, em maiores de 30 anos, encontraram para ambos os sexos, uma tendência de aumento ao longo da série temporal, 1980 à 2000, intercalados com alguns períodos de redução. Barbosa, Costa e Souza, 2015, afirmam que o quadro de saúde oncológica do Brasil pode ser reflexo da ineficiência dos programas de assistência e controle dessas enfermidades. Além de elementos estruturais da sociedade, as mudanças da transição demográfica rápida e tardia e a transição epidemiológica, caracterizada pela polarização de doenças relacionadas à pobreza e doenças crônicas não transmissíveis, acrescido da modificação dos estilos de vida também podem explicar a atual situação da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no país. Malta et al., 2016 afirmam que de 2011 a 2015 houve avanços referentes à vigilância, promoção da saúde e cuidado integral, no Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, incluindo o tratamento do paciente oncológico.

Em relação à queda das TBM do Cap IX, Doenças do aparelho circulatório, Mansur et al., 2009, encontrou em seu estudo uma redução significativa da mortalidade por Doenças do aparelho circulatório, no país no período de 1980 a 2005. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Hermsdorff, Cervi e Ribeiro, 2006, e de Lotufo et al., 2017. Os dados apresentados por Lotufo et al. (2017) na análise das tendências temporais das taxas de mortalidade por Doença cerebrovascular no Brasil, de 1990 a 2015, mostram um declínio mais acentuado das taxas de mortalidade entre 1990 e 2005 em relação ao intervalo de 2005 à 2015. Evidenciou-se que a redução foi mais acelerada em locais com maiores Índices de Desenvolvimento Social, regiões Sul e Sudeste, e valores estáveis nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A explicação mais plausível é a de que a redução inicial das taxas de mortalidade cerebrovascular no Brasil muito

elevadas, em relação a outros países foi acelerada porque demandou ações simples tanto na redução de fatores de riscos como na atenção médica (HERMSDORFF, CERVI; RIBEIRO, 2006; LOTUFO et al., 2017).

Nas regiões Norte e Nordeste do país o processo de transição epidemiológico ainda não se deu por completo. Essas regiões apresentam elevadas taxas de mortalidade por doenças infecto-parasitárias e por causas externas, principalmente à violência, mas, ao mesmo tempo, apresentam intermediárias taxas de mortalidade relacionadas às doenças crônico-degenerativas (HERMSDORFF, CERVI; RIBEIRO, 2006).

Desde o ano de 1980, observa-se no Brasil uma elevação crescente de óbitos por causas externas. Em concordância, Duarte e Barreto, 2012, afirmam que o crescimento da violência representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico do Brasil, que como foi visto no presente trabalho, o Cap XX, Causas externas, apresentou riscos semelhantes todas às faixas etárias de mulheres em idade fértil.

É importante pontuar que o Brasil apresenta uma grande extensão territorial e uma vasta diversidade cultural, demográfica e socioeconômica, o que justifica os diferentes contrastes regionais que influenciam na vida e saúde da população. No presente trabalho isso foi evidenciado pelas diferenças regionais na forma das mulheres em idade fértil morrerem. Por mais que o estudo tenha debatido questões fundamentais para consolidação do sistema de saúde, em virtude da profundidade do tema frisa-se a necessidade de que sejam realizados mais estudos para análise da evolução das condições socioeconômicas e da assistência à saúde, devido o momento de transição demográfica vivenciado e o novo perfil epidemiológico e suas demandas para o sistema de saúde.

Frisa-se que as transições demográficas rápidas em contextos históricos complexos e de grandes desigualdades sociais alimentam a violência e dificultam as soluções para esse problema. O estudo de Preis et al. (2018) realizado na Região Sul do Brasil para o período de 2004 a 2013, e o estudo, Cardoso e Faúndes, 2006, realizado no município de Cascavel, Paraná, Brasil, de 1991 a 2000 mostraram reduções das taxas de mortalidade por causas externas ao longo dos anos analisados, em contraposição com o achado do presente estudo. Preis et al. (2018) atribui esta queda às melhorias ocorridas

na saúde, bem como, as últimas propostas e políticas formuladas, com ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por agravos decorrentes de causas externas. Pode-se levantar como fator contribuinte para esta queda a implementação do Código de Transito Brasileiro em 1998, bem como da Lei Seca, de 2008.

Em concordância com o achado de queda da TBM da causa básica do Cap I, Algumas doenças infecciosas e parasitárias, Carmo (2003) e Duarte e Barreto (2012) afirmam que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem declinando desde a década de 1940. Inicialmente a queda foi aguda devido ao expressivo êxito alcançado pela área da saúde em relação às doenças passíveis de prevenção por imunização, e recentemente mais lenta, embora persistente. Entre 2000 e 2010, a mortalidade proporcional por DIP caiu de 4,7 para 4,3%. As complexidades desse cenário encontram-se na emergência de novas DIP, nas novas formas de transmissão de antigas DIP e na persistência de doenças associadas à miséria e exclusão social. Afirma-se que esses são aspectos que nos afastam do modelo clássico de transição epidemiológica e exigem contínuas inovações dos modelos de vigilância.

A saúde da mulher no Brasil, mesmo com Programas de atenção mais amplos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na prática, foi mais limitado às necessidades referentes à gravidez e ao parto. Em 2004, a PNAISM representou um marco histórico, por anunciar uma nova e diferenciada abordagem à saúde da mulher brasileira, fundamentada no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”, na garantia de direitos e de cidadã (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015; BRASIL, 2004). Na última década, a comunidade global da saúde mudou sua atenção de um foco restrito na saúde materno-infantil para uma estrutura mais ampla de saúde sexual e reprodutiva e para o conceito abrangente de saúde da mulher. Mudança esta baseada também nas evidências da crescente contribuição das doenças não transmissíveis para a morbimortalidade das mulheres em todo o mundo (LANGER et al., 2015).

As doenças não transmissíveis apresentam manifestações e efeitos especialmente severos para as mulheres devido aos fatores biológicos, de gênero e de outras determinações sociais que afetam desproporcionalmente as mulheres. Confirma-se que saúde reprodutiva e materna precisa de atenção

constante, no entanto, é crucial reconhecer que os riscos e transtornos à saúde que as mulheres encontram ao longo de sua vida mudaram consideravelmente durante as duas últimas décadas (LANGER et al., 2015). Nesse sentido, o presente estudo mostrou que quanto maior a faixa etária das mulheres em idade fértil maiores são os riscos de óbito apenas pelas causas básicas do Cap II (Neoplasias), IX (Doenças do aparelho circulatório), I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias) e XXIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte). É importante compreender as causas de óbito de mulheres em idade fértil bem como identificar quais os grupos vulneráveis a cada uma delas, para assim estabelecer um equilíbrio de intervenções pautadas na prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento ao longo da vida baseadas nas necessidades das mulheres em idade fértil.

Entretanto, a perpetuação de elevados índices de mortalidade de mulheres em idade fértil e materna ao longo dos anos ressalta a necessidade de se repensar sobre a trajetória percorrida até o presente momento quanto à implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher. Apesar dos reconhecidos avanços vivenciados no Brasil em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos indicadores de saúde, ainda há um longo e difícil caminho a percorrer. A saúde das mulheres está em transição e, embora alguns aspectos tenham melhorado substancialmente nas últimas décadas, ainda existem importantes necessidades não atendidas (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015; LANGER et al., 2015).

As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças osteo-músculo-articulares, os acidentes automobilísticos e do trabalho e as consequências da violência social têm um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares (AZENHA et al., 2013; SCHRAMM, 2004). O uso racional dos recursos disponíveis torna imprescindível em saúde pública à busca permanente de instrumentos que ajudem a tomada de decisões. Os indicadores de saúde cumprem esse papel e suas características determinam a extensão de seu uso (SCHRAMM, 2004). Os indicadores evidenciados neste estudo apontam para a necessidade de planejamento e busca de novos

instrumentos para evitabilidade das mortes prematuras das mulheres em idade fértil.

Observa-se uma incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas, como observado na ascensão das causas neoplásicas como principal causa base, no presente estudo. O sistema de saúde em parte, acompanha as mudanças e em outra, não se adequa às necessidades atuais e futuras. No entanto, a transição demográfica requer políticas adequadas, pois traz e trará demandas específicas, exigindo respostas oportunas, muitas ainda não implantadas (MENDES, 2010; MIRANDA, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Embora seja essencial mais apoio do setor de saúde às funções de assistência à mulher, ações fora do setor de saúde também são cruciais para promover a saúde da mulher (LANGER et al., 2015). As discussões em torno da agenda de desenvolvimento pós-2015 fornecem uma oportunidade para realinhar políticas e recursos na tentativa de atender aos complexos e mutáveis problemas de saúde das mulheres em todo o globo (AZENHA et al., 2013).

A principal limitação do estudo foi o percentual elevado de casos ignorados para algumas variáveis, especialmente no início do período, o que dificultou algumas análises. Trabalhos na literatura descrevem deficiências na qualidade dos sistemas de informação de saúde pública no Brasil, como baixa cobertura de alguns sistemas e incertezas quanto à confiabilidade dos dados (MENDONÇA; DRUMOND, CARDOSO, 2010; BARBUSCIA; RODRIGUES JÚNIOR, 2011). O SIM enfrenta obstáculos para melhorar a qualidade dos seus dados, principalmente em razão do preenchimento inadequado do seu documento padrão, a Declaração de Óbito (DO). Este fato pode ajudar a explicar as elevadas TBM do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) e os altos índices de percentual de “ignorados” nas variáveis “Anos de Estudo” e “Estado Civil”, encontrados no presente trabalho (BRASIL, 2009b; MENDONÇA; DRUMOND, CARDOSO, 2010).

Carmo (2003), e Hermsdorff, Cervi e Ribeiro (2006) afirmam que a confiabilidade dos sistemas de informações de saúde ainda é baixa, evidenciado pela alta proporção de óbitos por causas mal definidas. Esses dados sofrem influência negativa da diversidade de competência e de

qualidade dos serviços de coleta ou de registro de dados. No entanto, afirma-se que tem sido observada uma melhora gradativa nos registros de dados, informação concordante com os achados da presente pesquisa, na qual observou-se queda da TBM do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) ao longo dos anos analisados (HERMSDORFF; CERVI; RIBEIRO, 2006).

Brasil (2009c) afirma que as variáveis sinalizadoras de possível óbito materno (campos 43 e 44) apresentam um índice ainda elevado de não preenchimento. Afirma-se que na DO por causa externa, muitas vezes, apresentam campos mal preenchidos devido à intenção de evitar depoimentos dos médicos nas delegacias de polícia.

O SIM foi avaliado pela OMS como um sistema de qualidade intermediária, resultado apontado por estudo produzido pela OMS em 2005, na análise de dados de 1974 a 2000. O estudo analisou sistemas de mortalidade de vários países, classificando-o de acordo com a qualidade (MATHERS et al., 2005).

Espera-se que a confiabilidade e qualidade dos dados melhorem a partir de 2017 com a publicação da portaria n. 47 de 3 de maio de 2016 que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação dos Sistemas de Informação, incluindo o SIM, para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2016).

É importante destacar a persistente precariedade dos dados em alguns Estados do país, sobretudo os localizados nas regiões Norte e Nordeste. Andrade e Szwarcwald, 2007, afirmam que os achados de seu estudo, sobre desigualdades sócio espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde no país de 2000-2002, mostram um gradiente regional importante no percentual de adequação das estatísticas vitais. Este fato pode ajudar a explicar as elevadas TBMs da região Sudeste encontrado no presente trabalho, bem como as baixas TBMs das regiões Norte e Nordeste nos primeiros anos da análise.

Outro ponto relevante na discussão do presente trabalho, em relação à confiabilidade e qualidade dos dados, é a variável “raça/cor”. Os dados de raça/cor presentes nos sistemas de informação e na base populacional

utilizada para o cálculo dos indicadores apresentados são autorreferidos (BARBUSCIA; RODRIGUES JÚNIOR, 2011; MUNIZ, 2012). A raça é uma construção social permeada de inconsistências e a classificação racial no Brasil tende a ser ambígua e volátil, longe de ser uma ciência exata. A ampla variabilidade racial e as diferentes mensurações de raça/cor fazem com que o critério baseado na autodeclaração seja questionável. No entanto, Muniz (2012) afirma que inconsistência demonstrada não invalida a autodeclaração, visto que esta é estabelecida como sistema dominante de classificação racial no Brasil e sua reprodução permite a comparação de dados ao longo dos anos.

No SIM, dentre as variáveis sociais, ressalta-se a melhoria no preenchimento dos campos raça/cor e escolaridade, também encontrado na análise da presente pesquisa. Esta melhoria pode estar associada à visibilidade que tem suscitado o debate em torno de políticas públicas recentes voltadas à população negra (MUNIZ, 2012). Sendo assim, é difícil mensurar e analisar os reais níveis de mortalidade devido ao mascaramento da mortalidade considerando as raças/cores preta e parda. Esta situação contribui para maior invisibilidade de um problema, a inequidade em saúde nas populações mais vulnerabilizadas. No entanto, ainda são necessárias melhorias no sistema de informação a fim de se obterem dados mais confiáveis em todas as regiões do país, para adequado planejamento das ações de saúde pública (HERMSDORFF, CERVI; RIBEIRO, 2006).

6 CONCLUSÃO

Os óbitos de mulheres em idade fértil são um grande problema de saúde pública não só no Brasil, mas em todo o mundo. A redução das mortes de mulheres em idade fértil no Brasil ocorre de forma ainda lenta e com desigualdades sóciodemográficas, etárias e por raça/cor, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Torna-se necessário repensar sobre a trajetória das políticas públicas até o momento para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e redução das mortes precoces e evitáveis. Importante também melhorar a qualidade dos dados de óbitos, para que estas informações possam orientar os programas de saúde, principalmente para aqueles voltados à redução das iniquidades sociais e de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.23, n.5, pp.1207-1216, 2007. ISSN 0102-311X. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500022>
- AZENHA, G.S; et al. "Recommendations towards an integrated, life-course approach to women's health in the post-2015 agenda. **Bull World Health Organ.**, vol. 91, n. 1: pp. 896, 2013. DOI: 10.2471/BLT.13.111113
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C.; SOUZA, D. L. B. AS Iniquidades Sociais e as Disparidades na Mortalidade por Câncer Relativo ao Gênero. **Revista Ciência Plural.**, vol. 1, n. 2, pp.79-86, 2015.
- BARBUSCIA, D. M.; RODRIGUES JÚNIOR, A. L. Completude da informação nas declarações de nascido vivo e nas declarações de óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1192-1200, jun. 2011.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Women and NCDs: overcoming the neglect. **Glob. Health Action.**, v. 5, n. 7, pp. 23742, mai. 2014. DOI: 10.3402/gha.v7.23742.
- BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante. **Ministério da Saúde**, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 38 p.
- BRASIL. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. **Ministério da Saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Portaria nº 47, 3 de Maio de 2016. **Diário Oficial da União** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CARDOSO, M. P.; FAÚNDES, A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 10, pp. 2241-2248, out. 2006.

CARMO, E. H. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 12, n. 2, pp. 63-75, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. O Rápido Processo de Envelhecimento Populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 05-26, jan./jun. 2006.

CERVI, A. HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol. 8, n. 4, pp. 407-418, 2005.

DATASUS. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> >. Acesso em: 07 set. 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Editorial: Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 21, n. 4, pp. 529-532, out-dez 2012. DOI: 10.5123/S1679-49742012000400001

IBGE. Pesquisa Mensal de Empregos 08 de Março de 2012, Mulheres no Mercado de Trabalho. **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf>. Acesso em: 07 set. 2018.

GIL, M. M.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Rev. bras. enferm. [online]**., vol.66, n.3, pp.333-337, 2013. ISSN 0034-7167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300005>. Acesso em: 07 set. 2016.

HERMSDORFF, H. H. M.; CERVI, A.; RIBEIRO, R. C. L. Tendência dos Indicadores de Mortalidade de Doenças Cardiovasculares do Brasil nos Últimos 20 anos (1980-2000). **Rev. Med. Minas Gerais**, vol. 15, n. 4, pp. 207-13, 2006.

LANGER, A.; et al. Women and Health: the key for sustainable development. **The Lancet Commissions**, vol. 386, n. 9999, pp. 1165-1210, set. 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4).

LOTUFO, P.A. et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol. 20, n. 1, pp. 129-141, mai. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050011

LEAL, M. C.; et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 23, n. 6, pp. 1915-1928, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.

LIMA, I. D.; et al. Fatores Sociodemográficos Associados Com a Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Rio Grande do Norte. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, vol. 6, n. 4. pp. 1464-1474, out./dez. 2014.

MALTA, D. C.; et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 25, n. 2, pp. 373-390, abr./jun. 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000200016

MAMEDE; F.V.; PRUDÊNCIO, O.S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev. Gaúcha Enferm.**, vol. 36, n. espec., pp. 262-6, 2015.

MANSUR, A. P.; et al. Transição Epidemiológica da Mortalidade por doenças Circulatórias no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol. 93, n. 5, pp. 506-510, 2009.

MATHERS, C. D.; et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. **Bull World Health Organ.**, vol. 83, pp. 171-7, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/171.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, F. M.; DRUMOND, E.; CARDOSO, A. M. P. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, pp. 285-295, jul./dez. 2010.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, pp. 507-519, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MIRANDA, G. M. D. Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, **Fundação Oswaldo Cruz**, Recife: s.n, 2015.

MIRANDA G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. **Interface** (Botucatu), vol. 21, n. 61, pp. 309-20 2017.

MUNIZ, Jerônimo O. Preto no branco?: mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, pp. 251-282, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582012000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582012000100007>.

OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. **Organização Mundial da Saúde**, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.

PREIS L.C., LESSA G., TOURINHO F. S.V., SANTOS, J. L. G. Epidemiologia da Mortalidade por Causas Externas no Período de 2004 a 2013. **Rev. Enferm. UFPE online.**, Recife, vol. 12, n. 3, pp. 716-28, mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230886p716-728-2018>

RIPSA/Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Ripsa**, 2ª ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 13 out 2018.

SCHRAMM, J. M. A.; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 4, pp. 897-908, 2004.

SOUSA, M. H.; et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**., vol. 41, n. 2, pp.181-189, 2007. ISSN 0034-8910. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200003>.

SOUZA, J. P. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s1, p. 1-4, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12735>

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em : 11 dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.

VICTORA, C. G.; et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, vol. 377, n. 9780, pp.1863–1876, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)