

GLAUCIUS CASSIANO DO NASCIMENTO

**MORTALIDADE FEMININA EM IDADE REPRODUTIVA
NO MUNICÍPIO DO RECIFE NO PERÍODO DE 1997 A
2004**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADOR:

Prof. Dr. RIVALDO MENDES DE ALBUQUERQUE

CO-ORIENTADOR:

Prof. Dr. OLÍMPIO BARBOSA DE MORAES FILHO

**UPE
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GLAUCIUS CASSIANO DO NASCIMENTO

**MORTALIDADE FEMININA EM IDADE
REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DO RECIFE NO
PERÍODO DE 1997 A 2004**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade de Pernambuco
como requisito parcial para a obtenção do
Título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque

Co-orientador: Prof. Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho

**UPE
2007**

Catálogo na fonte
Alaíde Alves de Melo- CRB-4/592

N244m

Nascimento, Glaucius Cassiano do.
Mortalidade feminina em idade reprodutiva no
município do Recife no período de 1997 a 2004/
Glaucius Cassiano do Nascimento. Recife, 2007.
162f

Faculdade

Mestrado (Dissertação em Tocoginecologia)
de Ciências Médicas de Pernambuco/ UPE

1. MORTALIDADE FEMININA – Idade Reprodutiva
2. MORTALIDADE MATERNA
3. MORTALIDADE EVITÁVEL
- I. Título

C.D.U. 618.179 : 314.42

[Digite texto]

**Curso de Mestrado em Tocoginecologia da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco**

**MORTALIDADE FEMININA EM IDADE REPRODUTIVA NO
MUNICÍPIO DO RECIFE NO PERÍODO DE 1997 A 2004**

ALUNO: GLAUCIUS CASSIANO DO NASCIMENTO

ORIENTADOR: Prof. Dr. RIVALDO MENDES DE ALBUQUERQUE

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. OLÍMPIO BARBOSA DE MORAES FILHO

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Membros:

1. Prof. Dr. Aurélio Molina da Costa

2. Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

3. Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Bezerra Menezes

Data: 12/01/2007

Dedicatória

Um sonho a ser alcançado, um objetivo trilhado desde a graduação. Neste caminho, pude conhecer mestres que formaram o alicerce de minha vida acadêmica.

Dedico esta dissertação de mestrado:

- Ao Prof. Dr. Sálvio Freire, com quem comecei a minha caminhada na obstetrícia desde o terceiro ano do curso médico, tendo ainda a oportunidade de ser preceptor da residência médica e professor substituto da Disciplina de Obstetrícia da Universidade Federal de Pernambuco;

- Ao Prof. Dr. João Sabino Pinho Neto, meu mestre da ginecologia, exemplo de lealdade, amizade e dedicação ao ensino;

- À Prof^a Dra. Maria de Lourdes Perez Dias Teixeira, com quem pude valorizar a importância do acompanhamento materno-fetal e neonatal, sendo a maior incentivadora de minha formação acadêmica, sobretudo em saúde materno-infantil;

- À minha família pela base de toda a educação.

[Digite texto]

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida e Sua presença em toda a minha caminhada.

À minha mãe, Vilma (*in memoriam*), a maior incentivadora de minha profissão médica.

Ao meu pai, Edísio, por herdar sua coragem e perseverança em ultrapassar as dificuldades, sendo sempre meu referencial nos momentos mais difíceis.

À minha noiva, Katarinna Azevedo, pelo Amor Verdadeiro que tudo supera.

Às minhas irmãs Ana Cristina, Clélia e meu cunhado Frederico, pelo verdadeiro sentido da família.

Às minhas paixões, meus sobrinhos, Lucas Jansen, Gabriel, Rafael, Lucas Azevedo, Maria Fernanda e Maria Izaura.

Aos meus orientadores Rivaldo Mendes de Albuquerque e Olímpio Barbosa de Moraes Filho pelos ensinamentos sob o ponto de vista técnico-científico, mas também pelo aprendizado humano e social.

Aos eternos professores, Lourdes Perez, João Sabino Pinho, Sálvio Freire, Roberto Falcone, Raimundo Maciel, Eduardo Moreira, Marcos Ferreira, Angelina Maia, Erick Moreno, José Carlos de Lima, Cláudio Leal, Antônio Carlos, Marcelo Marques, Alex Sandro, Aurélio

[Digite texto]

Molina, Hélio Costa, Laura Costa e Álvaro Cabral pela minha formação médica e pós-graduações (Tocoginecologia, Medicina Fetal e Mestrado).

Aos colegas e amigos médicos Gláucia Fonseca, Elias Melo, Ana Patrícia, Henrique Ney, Antônio Carneiro, Sônia Lucas, João Veiga, Gustavo Lopes, Júlio Sérgio, Carlos Leite, Euvaldo Angeline, Marcelo Ponce e Waldir Lucena pelo companheirismo do trabalho.

Aos amigos Abraão, Raquel, Joaquim, Gertrudes, Eduardo, Anderson, Francisco Azevedo, Socorro Azevedo, Antônio Baltar, Sérgio, Milton e Aurelino pela ajuda nas dificuldades e alegria nas comemorações.

Ao Curso de Mestrado em Tocoginecologia da Universidade de Pernambuco que me proporciona a possibilidade de obter o tão sonhado título de Mestre, em especial, Norma e Gil, além dos colegas da turma de 2005.

Aos amigos da Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade (GOIMN) da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, em especial Erlândia, Sony e Maria José Guimarães.

Ao Professor José Natal pela contribuição na análise estatística deste trabalho.

[Digite texto]

Resumo

Estudos sobre a mortalidade feminina em idade reprodutiva podem indicar a qualidade de vida e de saúde da população, visto que as mulheres em idade fértil falecem muito frequentemente por causas consideradas evitáveis. Foi realizado um estudo descritivo, de base populacional, do tipo corte transversal visando identificar as principais causas de óbito em mulheres entre 10 e 49 anos, residentes no Recife, falecidas no período de 1997 a 2004. A base dos dados foi obtida a partir do banco de dados oficiais da Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade da Secretaria de Saúde do Recife. A mortalidade feminina em idade reprodutiva foi analisada de acordo com algumas variáveis do perfil sócio-demográfico, ano de ocorrência e causas de óbito. Calcularam-se diversos coeficientes de mortalidade que foram comparados de acordo com os quadriênios estudados (1997-2000 e 2001-2004). Procurou-se evidenciar alguma variação estatisticamente significativa através do teste do qui-quadrado, adotando-se como limite de significância um $p < 0,05$. Predominaram os óbitos de mulheres na faixa etária de 40-49 anos, negras e solteiras. Os principais grupos de causas foram representados pelas neoplasias (23,74%), doenças do aparelho circulatório (23,08%), causas externas (17,19%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,24%), além das doenças do aparelho respiratório (5,98%). O coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva foi de 130,15 óbitos por 100.000 mulheres. Houve uma redução estatisticamente significativa para os coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva de acordo com os quadriênios estudados para os óbitos em geral e por causas externas. Entretanto, esta diminuição ocorreu às custas do decréscimo dos acidentes de transporte, visto que o coeficiente de mortalidade por homicídios foi bastante elevado, bem superior aos demais estudos, apresentando tendência crescente ao longo dos anos. A razão de mortalidade materna foi de 69,61 óbitos por 100.000 nascidos vivos. As mortes obstétricas diretas foram as principais causas dos óbitos maternos, cujas causas básicas mais frequentes foram: distúrbios hipertensivos (42,7%), distúrbios hemorrágicos (15,73%), distúrbios infecciosos (11,24%), distúrbios tromboembólicos (11,24%) e complicações do abortamento (7,87%). Chama atenção ainda, o elevado percentual de mortalidade materna por cardiopatias, tanto para as causas obstétricas indiretas (43,4%), como para a mortalidade materna em sua totalidade (16,2%). Elevados coeficientes de mortalidade, por 100.000 mulheres, foram encontrados de forma geral e para as mais frequentes causas básicas de óbito representadas pelos homicídios (11,11), doenças cerebrovasculares (9,83), doenças isquêmicas do coração (8,37), neoplasias malignas da mama (6,60) e doenças virais (6,50). Houve tendência ao decréscimo dos coeficientes de mortalidade por neoplasia maligna do útero e por tuberculose ao longo dos anos estudados, porém com valores bastante superiores quando comparados a outros trabalhos. É necessário que haja a criação de políticas de saúde voltadas para a população feminina em idade reprodutiva, além do monitoramento permanente da sua mortalidade, visando a melhoria da assistência à saúde feminina na cidade de Recife.

Palavras-chave: mortalidade feminina, mortalidade materna, mortalidade evitável

Summary

Studies about female mortality in reproductive age may indicate quality of living and health of the population, as women, in fertile age, die very frequently of avoidable causes. It was made a transversal cut kind study of populational basis, aiming to identify the main causes of death among women between the ages 10 and 49 years old, living in the city of Recife, in the period from 1997 to 2004. The data base was obtained from the oficial data bank of the Operational Information Management about Mortality and Natality of the Health Secretary of Recife. The female mortality in reproductive age was analised according to some variables of the social-demographic profile, year of occurence and death causes. Different mortality ratios were calculated and compared according to the two quadrennial studied (1997-2000 and 2001-2004). It was sought to evidentiare any statistically significant variation throught the qui-square test, being adopted as a limit of signficance a $p < 0,05$. It was predominant the death of women in the age range between 40-49 years old, black and single. The main death cause groups were represented by neoplasms (23,74%), circulatory system diseases (23,08%), external causes (17,19%), some infectious and parasital diseases (10,24%), besides respiratory system diseases (5,98%). The death ratio of women in reproductive age was 130,15 deaths by 100.000 women. There was a statistically significant reduction of the death ratio of women in reproductive age according to each of the quadrennial studied, for death in general and by external causes. Nevertheless, this reduction occured due to the decrease of accidents in the transportation means, as the ratio of death by homicide was very high; higher than the other studies, showing a growing tendency along the years. The maternal mortality ratio was of 69,61 deaths by 100.000 living born. The direct obstetric maternal deaths were the primary causes of maternal deaths, which more frequent basic causes were: hypertensive disturbs (42,7%), hemorrhagic disturbs (15,73%), infectious disturbs (11,24%), thromboembolic disturbs (11,24%) and miscarriage complications (7,87%). It also draws attention the high percentage of maternal mortality by cardiopathies, both for the indirect obstetric causes (43,4%) and for total maternal mortality (16,2%). High ratios of mortality by 100.000 women were found in general form and for the most frequent basic causes of death represented by homicide (11,11), brain vascular diseases(9,83), heart ischemic diseases (8,37), breast malign neoplasms (6,60) and viral diseases (6,50). There was a tendency of decrease of the mortality ratios by uterine cancer and by tuberculosis during the years studied, but with higher values when compared to other works. It is necessary the creation of health policies directed to the female population in reproductive age besides the permanent monitoring of its mortality, aiming the improvement of female health in the city of Recife.

Key-words: female mortality, maternal mortality, avoidable mortality.

Lista de Tabelas, Figuras e Quadro

TABELAS

	Página
5.1.1 Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva de acordo com o período de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	50
5.1.2 Distribuição da frequência dos óbitos de mulheres na idade reprodutiva de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997- 2004	51
5.1.3 Coeficiente de mortalidade feminina na idade reprodutiva de acordo com a área de residência das falecidas. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	53
5.1.4 Correlação da frequência das principais causas de óbitos por capítulo da CID-10 de mulheres em idade reprodutiva entre as raças negra e branca. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	56
5.1.5 Distribuição dos coeficientes de mortalidade específico das 20 principais causas básicas de óbito em mulheres na idade fértil. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	57
5.2.1 Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas de acordo com o período de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	58
5.2.2 Distribuição da frequência dos óbitos femininos em idade reprodutiva por causas externas de acordo diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	60
5.2.3 Coeficiente de mortalidade feminina na idade fértil por causas externas de acordo com o local de residência das falecidas. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	61
5.2.4 Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causa externa específica. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	62
5.2.5 Distribuição da frequência dos tipos de agressões responsáveis pelos óbitos por homicídios femininos em idade reprodutiva. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004	63
5.3.1 Razão de mortalidade materna de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	64
5.3.2 Distribuição da frequência dos óbitos maternos de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	66
5.3.3 Razão de mortalidade materna de acordo com a faixa etária analisada. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	67
5.3.4 Distribuição da frequência dos óbitos maternos de acordo com a causa obstétrica do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	68
5.3.5 Distribuição da frequência das causas básicas dos óbitos maternos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	70
5.4.1 Coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	71
5.4.2 Distribuição da frequência dos óbitos femininos em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	73

[Digite texto]

TABELAS

	Página
5.4.3 Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias de acordo com a área de residência. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	74
5.4.4 Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	75
5.5.1 Coeficiente de mortalidade feminina em idade fértil por causas neoplásicas de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	77
5.5.2 Distribuição da frequência dos óbitos por neoplasias em mulheres na idade fértil de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	79
5.5.3 Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias segundo a área de residência da falecida. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	80
5.5.4 Distribuição da frequência das causas básicas de óbitos femininos em idade reprodutiva por neoplasias. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	81
5.5.5 Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 10-19 anos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	83
5.5.6 Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 20-29 anos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	84
5.5.7 Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 30-39 anos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	85
5.5.8 Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para faixa etária de 40-49 anos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	86

FIGURAS

	Página
5.1.1 Principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva, por capítulo da CID-10. Recife, Pernambuco, Brasil. 1997-2004	54
5.1.2 Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva, por capítulo da CID-10, de acordo com o ano estudado. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	55
5.2.1 Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade fértil por causa externa específica no Recife de acordo com o ano estudado. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	63
5.3.1 Distribuição percentual dos óbitos maternos de acordo com a causa direta do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	68
5.3.2 Distribuição percentual dos óbitos maternos de acordo com a causa indireta do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004	69
5.4.1 Tendência temporal dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por doenças virais e tuberculose. Recife, Pernambuco, Brasil , 1997-2004	76
5.5.1 Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias ginecológicas de acordo com o ano de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004.....	82

QUADRO

	Página
4.1 Variáveis referentes ao perfil sócio-demográfico	43

Lista de Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CM	Coeficiente de Mortalidade
CMFIR	Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva
CMFIR-CE	Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causas Externas
CMFIR-CEE	Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causa Externa Específica
CMFIR-DIP	Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias
CMFIR-Neo	Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Neoplasias
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Indicador de Condição de Vida
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCC	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo
PSF	Programa de Saúde da Família
RMM	Razão de Mortalidade Materna

[Digite texto]

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos vivos
SINAN	Sistema de Notificação sobre Agravos Notificáveis
SPM	Secretaria especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
%	Percentual, proporção
X	Multiplicação
<i>p</i>	<i>p</i> valor
±	Mais ou menos
>	Maior que

Sumário

	Página
1. Introdução	15
1.1 Gênero e saúde feminina em idade reprodutiva	15
1.2 Mortalidade feminina em idade reprodutiva	17
1.3 Mortalidade evitável	21
1.4 Políticas de saúde no Brasil voltadas para a população feminina	22
1.5 Mortalidade feminina por causas externas	24
1.6 Mortalidade materna	28
1.7 Mortalidade feminina por doenças infecciosas e parasitárias	32
1.8 Mortalidade feminina por neoplasias	35
2. Justificativa	38
3. Objetivos	39
4. Material e Métodos	41
4.1 Local de estudo	41
4.2 Desenho do estudo	41
4.3 População de estudo e período de referência	42
4.4 Fonte e coleta de dados	42
4.5 Definição de conceitos e variáveis	42
4.5.1 Variáveis	42
4.5.2 Conceitos	43
4.6 Processamento dos dados	46
4.7 Análise estatística, confecção de gráficos e tabelas	47
4.8 Aspectos demográficos	48
4.9 Aspectos éticos	49
5. Resultados	50
5.1 Resultados gerais	50
5.2 Mortalidade por causas externas	58
5.3 Mortalidade materna	64
5.4 Mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias	71
5.5 Mortalidade por neoplasias	77
6. Discussão	87
6.1 Resultados gerais	87
6.2 Mortalidade por causas externas	99
6.3 Mortalidade materna	106
6.4 Mortalidade por algumas doenças infecciosas e parasitárias	113
6.5 Mortalidade por neoplasias	118
7. Conclusões	126
8. Recomendações	131
Referências bibliográficas	134
Anexos	146
Apêndices	160

1 Introdução

1.1 Gênero e saúde feminina em idade reprodutiva

A população de mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos de idade) representa uma parcela importante da população geral. No município do Recife, para o ano de 2006, a população feminina em idade reprodutiva foi estimada em 472.430 mulheres, equivalendo a 67,07% das mulheres, ou mesmo 31,19% (quase um terço) de toda a população geral (IBGE, DATASUS, 2006). Desempenha também um papel social fundamental para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998).

Uma das características das modificações sociais, ocorridas principalmente na segunda metade do século passado, é a crescente participação das mulheres no processo produtivo, com sua decisiva contribuição ao desenvolvimento econômico e social do País. Como consequência de sua crescente independência e maior participação no mercado de trabalho, elas passaram a adquirir hábitos e comportamentos que eram mais frequentes na população masculina, como fumar, beber e ter maior liberdade sexual. Ficaram, assim, também mais expostas ao estresse e outros riscos associados às doenças crônicas, bem como aos acidentes e outros tipos de violência. Tornam-se, portanto, bastante úteis os estudos de morbidade e de mortalidade da população feminina, com sua distribuição no tempo, no espaço e segundo atributos pessoais, principalmente aqueles voltados para o período reprodutivo onde, a par da exposição aos fatores de riscos referidos, a mulher está ainda exposta aos fatores inerentes à gestação, parto e puerpério (HADDAD e SILVA, 2000).

Em geral, muito progrediu o Brasil ao longo das últimas décadas no tratamento das questões de gênero e na redução das diferenças sócio-econômicas entre homens e mulheres.

[Digite texto]

Alguns avanços importantes merecem ser mencionados: primeiro, o acesso e o uso de contraceptivos aumentaram enormemente, resultando em uma queda acentuada na taxa de fecundidade e no tamanho das famílias. Segundo, o nível educacional das mulheres aumentou a ponto de, na média, elas apresentarem agora mais escolaridade do que os homens. E terceiro, embora os homens ainda predominem no mercado de trabalho, a participação das mulheres tem aumentado constantemente, ao mesmo tempo em que se observa a diminuição da diferença salarial entre os sexos. Essas mudanças podem, em parte, ser atribuídas aos níveis de pobreza e desemprego que alteraram a alocação do trabalho masculino e feminino fora dos domicílios. A rápida democratização do Brasil, que estimulou uma demanda por direitos e tratamentos iguais na família e no mercado de trabalho, contribuiu também para uma maior igualdade entre os gêneros (PENA *et al.*, 2005).

Torna-se crescente a participação feminina como força de trabalho e como chefe de família, as mudanças de comportamento e a maior organização política, através de movimentos específicos de mulheres. O impacto dessas modificações sobre a saúde ainda é pouco conhecido. É possível que as especificidades do processo em cada realidade estejam conformando um padrão peculiar, com características bastante diversas das observadas em outras sociedades (AQUINO *et al.*, 1991).

A inserção profissional expõe mulheres a fatores de riscos diferenciados dos experimentados pelos homens devido aos tipos de ocupação e, com isso, a entrada no mercado de trabalho não implica, necessariamente, numa equiparação de homens e mulheres quanto aos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Entretanto, o fato destas incorporarem o mercado de trabalho não as tem desobrigado de suas funções tradicionais, o que implica no acúmulo de tarefas, com maior estresse físico e mental, além dos riscos ocupacionais conseqüentes à dupla jornada, sendo a sobrecarga de trabalho particularmente pesada. A ausência de equipamentos sociais, como creches e escolas, conjuga-se à

[Digite texto]

permanência de relações de gênero tradicionais, extremamente assimétricas, sendo atribuída à mulher total responsabilidade no cuidado da casa e dos filhos, mesmo quando exerce jornadas de trabalho tão extenuantes quanto às do marido/companheiro. Estes fatores podem, eventualmente, contribuir para mudar os diferenciais da mortalidade por sexo (GODINHO e POLIDORO, 2002).

É importante evoluir no conhecimento sobre os problemas de saúde mais frequentes que incidem nesse grupo populacional, para o planejamento de intervenções constantes de programas de saúde especificamente dirigidos às mulheres em idade reprodutiva. Uma vez que o estudo da morbidade reprodutiva como indicador de saúde não é um procedimento rotineiro e fácil, a mortalidade proporcional nesse grupo pode dar uma grande ajuda para o delineamento do perfil de saúde nesta fase da vida da mulher (CARVALHEIRO e MANÇO, 1992). O conhecimento existente no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento, acerca da saúde materna e saúde feminina em idade reprodutiva é bastante reduzido, daí a importância de se realizar estudos com enfoques metodológicos específicos (GRAHAM e CAMPBELL, 1992).

1.2 Mortalidade feminina em idade reprodutiva

A importância dos dados de mortalidade foi demonstrada há muito tempo. O primeiro exemplo de reconhecimento sistemático das mortes refere-se à epidemia da peste bubônica ocorrida na Inglaterra no século XVI até meados do século XVII, quando John Graunt realizou a revisão sistemática das mortes e suas causas aplicando a primeira metodologia para estes dados (WALDMAN, 1998).

Uma forma de medir as necessidades em saúde é analisar quais causas de morte estão afetando a mortalidade da maioria da população e estabelecer uma política social e, em particular, uma política de saúde. Igualmente, é possível associar as condições de saúde com a

[Digite texto]

forma como se distribuem socialmente os benefícios do desenvolvimento em termos de infraestrutura social e condições de vida da população (MOLINA e LÓPEZ, 1995).

O estudo da mortalidade implica em considerar as causas de morte das pessoas, assim como, quando e onde morrem. Um dos principais objetivos da saúde pública é estudar a morte prevenível, reduzindo a mortalidade evitável e prematura. Os dados de mortalidade são usados para analisar a sobrevivência de uma população e calcular as tábuas de vida que permitem estimar a esperança de vida de indivíduos e grupos populacionais. O conceito de sobrevivência também é usado nos estudos epidemiológicos longitudinais e nos ensaios clínicos, como maneira de expressar o prognóstico da vida. A outra utilidade dos indicadores de mortalidade prematura e evitável é avaliar e melhorar os serviços de saúde (OPAS, 2002).

Becker e Lechtig (1987) relatam que 15% das mortes femininas no Brasil ocorrem na idade fértil, entre 15 e 49 anos. Observam ainda que, em relação às mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, a Região Norte possui índices quase cinco vezes maiores que os da Região Sudeste e 2,7 vezes maiores que os do restante do País, o que reforça a especificidade desse indicador em mostrar claramente as diferenças de situação econômica das regiões.

O diferencial de mortalidade entre mulheres e homens de mesmo grupo etário, pode ser atribuído, em parte da mortalidade feminina, à discriminação social que as mulheres sofreram ou sofrem ao longo de suas vidas (CORTÉS-MAJO *et al.*, 1990). Além disso, outro importante fenômeno recente é o excesso de mortes masculinas originado principalmente pelo aumento desproporcionado das mortes por causas violentas em homens jovens e também com relação às mulheres jovens, que também experimentam fenômeno semelhante. Isso ilustra a realidade dramática do perfil de mortalidade de adultos jovens nos centros urbanos na atualidade (CHOR *et al.*, 1992).

[Digite texto]

As informações sobre mortalidade são provenientes, em sua grande maioria, das declarações de óbito (DO), que são irregularmente utilizadas, tanto em nível internacional, como nacional. Preenchidas pelo médico, por ocasião da morte, deveriam permitir uma homogeneização dos diagnósticos e proporcionar um grau de confiabilidade nos dados que favorecessem a comparabilidade entre os países. De uma forma geral, o médico, responsável pelo preenchimento da DO, informa a causa terminal e não a causa básica que levou à morte (SOUZA e LAURENTI, 1987). Dessa forma, freqüentemente as verdadeiras causas de morte não são encontradas, gerando grande quantidade de mortes registradas como causas mal definidas ou não conhecidas. A má qualidade no preenchimento da DO, soma-se ainda à deficiência na elaboração dos registros hospitalares, como possíveis fontes de informações adicionais para o esclarecimento sobre a causa do óbito (PEREIRA e CASTRO, 1981; BOERMA, 1987; GRAHAM *et al.*, 1989; NOBRE, *et al.*, 1989; HECKMANN, *et al.*, 1989; CARVALHO, 1997; BARROS, *et al.*, 2001; VANDERLEI, *et al.*, 2002).

A forma mais fácil e prática, para obtenção regular de dados sobre mortalidade ocorre através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), criado pelo Ministério da Saúde em 1975, visando o fornecimento de dados de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão do sistema para análise de situação, planejamento e avaliação das ações e programas de saúde. As estatísticas de mortalidade fornecidas por esse sistema possibilitam um estudo não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico, estando parcialmente disponível na internet. Os indicadores obtidos são: óbitos por grandes grupos de causas, por causas específicas, faixa etária, sexo, de acordo com a residência do falecido ou do local do óbito. Todavia, são extremamente salutares, estudos que confirmem ou não a validade deste sistema de informação, através da investigação sobre as causas da morte, sobretudo em idade reprodutiva, ou a partir do banco de dados oficiais da localidade a ser analisada. Este sistema preconiza desde 1994, a

[Digite texto]

investigação complementar dos óbitos maternos presumíveis de acordo com os critérios de Laurenti (LAURENTI *et al.*, 2000). Além disso, desde 1996, vem adotando os critérios da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997).

No estado de São Paulo, foram realizados alguns estudos sobre mortalidade feminina visando o período fértil, o primeiro realizado no município de Ribeirão Preto, relativo aos anos de 1970 a 1974, para mulheres de 15 a 49 anos (CARVALHEIRO, 1975). Em 1986, foi realizado um estudo no município de São Paulo, visando conhecer a fidedignidade das informações contidas nas DO e as reais causas básicas de mortes em mulheres de 10 a 49 anos (LAURENTI *et al.*, 1990a; LAURENTI *et al.*, 1990b; LOLIO *et al.*, 1991). Carvalheiro e Manço (1992) publicaram novo levantamento sobre mortalidade feminina de 15 a 49 anos, no município de Ribeirão Preto, relativo aos anos de 1985 a 1989, comparando-o com o estudo anterior, de 1970 a 1974.

Carvalheiro e Manço (1992) estudaram a mortalidade feminina em idade reprodutiva em Ribeirão Preto-SP no período de 1985 a 1989 e encontraram que os principais grupos de causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasmas, lesões e envenenamentos, bem como doenças infecciosas e parasitárias. Albuquerque *et al.* (1998), estudando os óbitos femininos em residentes no Recife e que faleceram nesta cidade, evidenciaram como principais causas, em ordem decrescente, as neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas e as doenças infecciosas e parasitárias. Em estudo mais recente, a partir da análise dos óbitos femininos em idade reprodutiva no município de Cascavel (PR), no período de 1991 a 2000, Cardoso (2005) verificou que as cinco principais causas de óbitos na população estudada foram as causas externas, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças infecto-parasitárias e a mortalidade materna.

[Digite texto]

1.3 Mortalidade evitável

Rutstein *et al.* (1976) foram os pioneiros no estudo da mortalidade evitável na medida em que confeccionaram uma lista de doenças, incapacidades e mortes prematuras, as quais serviriam de alerta para os gestores de saúde sobre a baixa efetividade e/ou qualidade da atenção prestada. O conceito de morte evitável ganhou força principalmente nos países europeus e passou a ser considerado como indicador da qualidade dos cuidados à saúde, durante as últimas décadas. O método de mortalidade evitável pode ser aplicado para estabelecer comparação dos cuidados de saúde entre diferentes países, distintos serviços de saúde, em relação a distintos períodos de tempo e entre diferentes classes sócio-econômicas (PARPINELLI et al, 2000). Todavia, deve-se salientar que as mortes preveníveis ou evitáveis dependem do estado da arte médica, da disponibilidade dos recursos e da oportunidade de execução das medidas terapêuticas ou preventivas (OPAS, 2002).

Taucher (1978) a partir de um estudo de mortalidade no Chile entre 1955 e 1975, classificou as causas básicas de óbitos de acordo com os critérios de evitabilidade subdividindo nas seguintes categorias: óbitos evitáveis por medidas preventivas, por diagnóstico e tratamento precoces, por medidas de saneamento básico, por aplicação de conjunto de medidas (sociais e diferentes níveis de atenção médica), óbitos dificilmente evitáveis e óbitos mal definidos. No município de Campinas-SP, Parpinelli *et al.* (2000), no período de 1985 a 1994, verificaram que mais de 50% das mortes femininas em idade reprodutiva foram consideradas evitáveis. Em Pernambuco, Gominho (2005) evidenciou que aproximadamente 86,3% dos óbitos femininos em idade reprodutiva no município de Camaragibe-PE, durante o período de 2000 a 2003, poderiam ter sido evitados.

Magarolas *et al.* (2006), em estudo sobre as intervenções sanitárias na Espanha, subdividiram as mortes evitáveis em causas evitáveis por Intervenções dos Serviços

[Digite texto]

Sanitários (ISAS) e em causas evitáveis por Políticas Intersetoriais (IPSI). No primeiro grupo estava grande parte das doenças clínicas passíveis de diagnóstico e tratamento adequado, como, por exemplo, tuberculose, câncer de colo de útero, pneumonia e doença cerebrovascular. Já no segundo grupo, estavam os óbitos por causas externas, HIV, enfermidade alcoólica do fígado e tumor maligno da traquéia, brônquios e pulmões. A mortalidade evitável correspondeu a 20,02% de todos os óbitos (homens e mulheres), sendo 55,33% por causas ISAS e 44,67% por causas IPSI.

O estudo da mortalidade evitável e seus aspectos sócio-econômicos podem enriquecer a análise da situação de saúde de uma determinada localidade, sobretudo quando a informação é recoletada rotineiramente. Desta forma, a mortalidade evitável pode ser um instrumento importante para a tomada de decisões, particularmente com a necessidade de se monitorar e avaliar os processos tais como a reforma setorial e a descentralização dos serviços. As causas específicas de mortalidade evitável podem gerar ações mais concretas na forma de distintos programas de intervenções em saúde, como por exemplo, o combate à mortalidade infantil e o cuidado na atenção pré-natal e no parto (GATTINI *et al.*, 2002).

No Brasil, permanece a escassez de pesquisas sobre a mortalidade feminina em idade reprodutiva, com elevados percentuais de óbitos evitáveis. Sobretudo no Nordeste brasileiro, onde estes percentuais são ainda mais elevados face às piores condições econômicas e sociais. Com a escassez destes estudos, torna-se difícil avaliar o impacto das reformas políticas do setor saúde, dirigidas às mulheres nas últimas décadas (SCOCHI, 1999).

1.4 Políticas de saúde no Brasil voltadas para a população feminina

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste

[Digite texto]

campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do percentual populacional das mulheres (BRASIL, MS, 1984).

Em agosto de 1985, finalmente, foi atendida a histórica reivindicação das mulheres e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), vinculado ao Ministério da Justiça e por intermédio de Lei, com o objetivo de promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País (BRASIL, MJ, 1985).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, MS, 2004a).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola (2003), indica que nesse período trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e em particular as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). A definição destas prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher como, por exemplo, a violência sexual.

[Digite texto]

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como leva em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis. A preocupação com a saúde da população feminina negra deve ser analisada de maneira especial, tendo em vista que por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menos acesso aos serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, MS, 2005a).

Certamente, a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, representa um avanço nos cuidados às questões da saúde feminina. Assim, os problemas enfrentados pela população feminina foram amplamente discutidos, de forma mais específica, tendo em vista a inclusão de diversos segmentos dos movimentos de mulheres. Foi então criado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que estabeleceu algumas diretrizes, baseadas nos aspectos da autonomia e igualdade de gênero, na educação inclusiva e não sexista, na saúde das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos e no enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, SPM, 2004).

1.5 Mortalidade feminina por causas externas

Em estudo anterior sobre a mortalidade por causas externas no Brasil e nas capitais, durante o período 1977-1994, foi identificado que houve aumento tanto nos óbitos por acidentes de trânsito, quanto por homicídios, tendo os suicídios permanecido, praticamente, constantes. Na região Nordeste, apenas Recife, Maceió e Salvador apresentaram níveis muito elevados em relação ao País (MELLO JORGE *et al.*, 1997).

[Digite texto]

É conhecida a importância dos acidentes de trânsito para a mortalidade no Brasil, respondendo por quase metade dos óbitos por causas externas em ambos os sexos em grande parcela das capitais brasileiras, com coeficientes de mortalidade quase sempre superiores a 20 por 100.000 habitantes, cifra muito mais elevada que a observada em outros países (MELLO-JORGE e LATORRE, 1994). Com relação à mortalidade por acidentes de trânsito em mulheres na idade reprodutiva, foi verificado que representou a segunda causa externa de óbito em Recife com 31,2% (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998) e a primeira no município de Cascavel, equivalente a 51% (CARDOSO, 2006).

No âmbito da influência do gênero no campo da violência, cabe salientar que, enquanto a maioria das agressões contra as mulheres ocorre em casa sendo praticada por pessoa conhecida, em relação aos homens dá-se o padrão inverso (MACHADO, 1998; PENA, *et al.*, 2005). Rushe (2001) realizou pesquisa com 2.500 mulheres, demonstrando que o marido é o maior agressor, apontado como responsável por 70% das quebraadeiras, 56% dos espancamentos e 53% das ameaças com armas à integridade física. Em segundo lugar aparece o ex-marido, ex-companheiro, ex-namorado como autor das agressões. A pesquisa indica também o baixo número de mulheres que recorrem à polícia, o que ocorre, sobretudo, quando a agressão atinge um grau extremo. Via de regra, as vítimas buscam a ajuda de familiares, vizinhos ou amigos.

Durante séculos, a violência de gênero não tinha existência social no Brasil. Nem mesmo o assassinato, considerado a expressão máxima da violência, era reconhecido enquanto tal quando perpetrado por marido contra mulher, sobre a qual pesasse a suspeita de infidelidade. Em crimes de estupro ainda persiste uma lógica perversa no sentido de que cabe à mulher comprovar que ela não seduziu o agressor nem instigou, por sua atitude ou comportamento, a agressão sexual. Em quase todos os casos de violência, mais da metade das mulheres não pede ajuda. Só em casos considerados mais graves, como ameaças com armas

[Digite texto]

de fogo e espancamento com marcas, cortes ou fraturas, pouco mais da metade das vítimas (55% e 53%, respectivamente) recorrem a alguém (mãe, irmã ou amiga) solicitando ajuda. Os casos de denúncia pública são bem mais raros, ocorrendo principalmente diante de ameaça à integridade física por armas de fogo (31%), espancamento com marcas, fraturas ou cortes (21%) e ameaças de espancamento à própria mulher ou aos filhos (19%). O órgão público mais utilizado para denúncias é a delegacia de polícia. A delegacia da mulher é mais utilizada nos casos de espancamento com marcas, fraturas ou cortes, mas, ainda assim, por um pequeno percentual de mulheres (5%). Não há distinção de idade ou classe social, resultando a violência, em geral, do ciúme e do alcoolismo do marido, parceiro, ou ex-companheiro (PENA *et al.*, 2005).

Além da dimensão policial, a questão da violência de gênero deve ser vista também do ponto de vista jurídico. A Lei brasileira nº 9.099 de 26 de setembro de 1995 categorizou a violência doméstica como crime de menor potencial ofensivo doloso e estabeleceu penas alternativas para condenações de até um ano. Estas penas, aplicadas aos agressores de mulheres, foram pagas inclusive com métodos alternativos como doação de cestas básicas para entidades filantrópicas (BRASIL, MJ, 1995). Mais recentemente, foi sancionada a Lei nº 11.340, em agosto de 2006, a qual cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal, enfim, estabelece um maior rigor aos crimes de violência à mulher. Conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, representa um marco na luta feminina contra a violência de gênero, cuja homenagem é prestada a uma mulher vítima de tentativa de homicídio (Maria da Penha Maia Fernandes), que teve como consequência paraplegia aos 38 anos de idade e cujo agressor (seu marido) foi preso apenas após cerca de 19 anos (BRASIL, MJ, 2006; BRASIL, SPM, 2006).

[Digite texto]

A violência sexual está na agenda do movimento das mulheres no Brasil desde o final da década de 1970. Atualmente, é a prioridade maior das ONG, do CNDM e outros conselhos de mulheres que funcionam em níveis estadual e municipal. O estado do Rio de Janeiro desenvolveu um plano integrado de prevenção da violência que envolveu a criação de um conselho de segurança pública que priorizou investigações inteligentes. Este conselho reformou os sistemas policiais civil e militar, estabeleceu um programa de trabalho e outras alternativas para os presos, reduzindo a violência contra as mulheres. Atenção especial vem sendo conferida à formação de grupos de homens buscando construir novas representações da masculinidade que possam desnaturalizar a violência como atributo do homem (CEPIA, 2002).

A violência que se expressa através das estatísticas de mortalidade e de modo inegável atinge prioritariamente a população masculina, corresponde à face visível de uma realidade, onde as desigualdades assumem formas menos evidentes, mas nem por isso menos perversas. O "lado submerso do iceberg" esconde um mundo de violências não-declaradas, que envolvem as discriminações de raça, o abandono de menores, a fome de milhões de trabalhadores e, particularmente, a violência cotidiana contra mulheres no espaço inviolável do lar. Esta violência, que tende a ser tratada como "natural", decorre de relações de gênero assimétrico, onde a mulher ocupa posição subalterna. Ganha alguma visibilidade apenas quando são criados mecanismos sociais como as delegacias de mulheres e outros organismos de apoio às vítimas. As agressões que chegam a ser denunciadas, embora em sua maioria não resultem em mortes, nem por isso causam pouco sofrimento: são praticadas no espaço domiciliar, por maridos, companheiros e outros familiares (GOLDBERG *et al.*, 1989).

1.6 Mortalidade Materna

No Recife, estudos anteriores procuraram entender os fatores envolvidos e as principais causas relacionadas à tragédia da mortalidade materna. No final da década de 70, Freire *et al* (1979) estudaram a mortalidade materna em 19 maternidades do Recife. As causas mais freqüentes de óbito foram: distúrbios hipertensivos (eclâmpsia), hemorrágicos, infecciosos e tromboembólicos. Foi identificada uma maior RMM quando o parto era cesariano. Todavia, ao se comparar as pacientes indigentes, pacientes do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e da clínica particular, percebeu-se uma RMM bem mais elevada nas indigentes e em seguida nas pacientes do INAMPS, destacando a importância das condições sócio-econômicas para a mortalidade materna. De forma geral, a mortalidade por cesariana foi de 6,13 vezes maior que no parto normal. Costa *et al* (1985), evidenciaram risco semelhante (5,46) para a Maternidade Professor Monteiro de Moraes, também no Recife.

Outros estudos em Recife demonstraram o grande número de casos subnotificados e uma elevada razão de mortalidade materna, esta última mantida nos últimos anos. Albuquerque *et al* (1998) e Costa *et al* (2002) demonstraram uma razão de mortalidade materna de 77,7 e 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV) durante os períodos de 1992-1993 e 1994-2000, respectivamente. Comparando-se os dois estudos, houve uma diminuição na subnotificação dos casos considerados mortes maternas de 52,4% para 26,2%, que se atribuiu à nova confecção do atestado de óbito com um subitem específico para a morte materna, aliada à criação dos comitês de mortalidade materna e à conscientização da classe médica para o preenchimento adequado da DO. Verificou-se nítido predomínio, em quase 70%, das causas obstétricas diretas de morte materna, cujas causas específicas mais freqüentes foram: hipertensão (19,4%), hemorragia (16%) e infecção puerperal (11%). Mortes decorrentes de complicações de abortamento e prenhez ectópica representaram

[Digite texto]

respectivamente 9,0% e 5,0% dos casos. Por outro lado, entre as causas indiretas, destacaram-se as cardiopatias (12,5%) como as mais freqüentes (COSTA *et al.*, 2002).

Silva (1992), analisando a mortalidade materna no estado do Rio de Janeiro, durante o período de 1977 a 1987, considera que os fatores sócio-econômicos, aliados à queda da qualidade da assistência prestada à mulher na gestação, no parto e no puerpério, são variáveis que desempenham um papel significativo na evolução do coeficiente da mortalidade materna. Os dados e fatos sugerem que estes aspectos exercem influência sobre a estabilização da taxa da mortalidade materna no período de 1983 a 1987. A criminalização do aborto faz com que a mulher que deseja interromper a gravidez se disponha a realizá-lo em locais clandestinos. As mulheres de baixa renda, em sua maioria, submetem-se às ações de "curiosos", sem noções básicas de higiene e saúde, devido ao baixo custo financeiro dessas ações, porém de alto risco de vida. O aborto é, provavelmente, do grupo de causas maternas, aquele que apresenta maior sub-registro.

Com todas as suas dificuldades econômicas, Cuba vem se destacando enquanto uma experiência vitoriosa de prevenção da mortalidade materna e foi na intervenção sobre o aborto, devido à sua descriminalização, onde se conseguiu melhores resultados, reduzindo a taxa de mortalidade materna por aborto de 21,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 1970, para 3,3 por 100.000 nascidos vivos, em 1978 (STEEGERS, 1983).

A contribuição do aborto no obituário materno parece estar muito mais relacionada não à sua forma de início, se espontâneo ou provocado, mas às condições em que é atendido. De fato, quando está garantido o acesso da mulher a um serviço de boa qualidade para o tratamento do aborto, quer seja para induzi-lo ou para complementá-lo quando já se iniciou espontaneamente, o risco de morte decorrente é quase desprezível. Os países onde o aborto é permitido e que dispõem de um sistema de saúde organizado são bons exemplos desta afirmação (VALONGUEIRO, 2000).

[Digite texto]

A alta proporção de cesarianas realizadas no Brasil coloca as mulheres grávidas em risco e aumenta os custos de saúde. Estima-se que mais da metade dos partos no Brasil sejam cesarianos. Os dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) indicam que em três regiões de São Paulo, as cesarianas foram realizadas em dois terços dos partos. Em 12 das regiões, as cesarianas são realizadas em três quintos dos partos e em outras 28 regiões são realizadas em mais de 70% dos partos (BERQUÓ, 1996).

Na Conferência sobre "Maternidade Segura", em Nairobi, 1987, as agências internacionais e os países chamaram a atenção sobre a gravidade da situação referente à mortalidade materna nos países em desenvolvimento e uma das metas propostas foi sua redução, de tal forma a atingir, no ano 2000, valores correspondentes a 50% daqueles de 1990. Desde então, vários programas foram propostos, entre os quais se destaca o "Plano de Ação Regional Para a Redução da Mortalidade Materna", da OPAS em 1990, o qual foi adotado por países da região das Américas (LAURENTI, 2001). Mais recentemente, foi lançado o "Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal", que tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. A meta é a redução de 15% da mortalidade materna e neonatal, até o final de 2006 e atingir os índices aceitáveis pela OMS, a médio e longo prazo (BRASIL, MS, 2005b).

Em Pernambuco, desde o início da década de 90, são observados esforços no sentido de implementar os sistemas de informações em saúde (SIM, SINASC e SINAN), entretanto, elevados níveis de sub-registro e subinformação ainda são identificados, tanto em relação a óbitos infantis, como a óbitos maternos. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), na perspectiva de intervir diretamente sobre a subinformação de óbitos maternos, definiu por meio de portaria estadual (SES-PE, 1995), que todas as mortes de mulheres em idade reprodutiva (entre 10 e 49 anos) deveriam ser investigadas pelos departamentos de

[Digite texto]

epidemiologia dos municípios. Nesse sentido, em 1996, técnicos de epidemiologia de 90% dos municípios do Estado foram capacitados em investigação de óbitos maternos sob a coordenação da antiga Divisão de Saúde da Mulher e Adolescente e do Departamento de Informações da SES-PE, com o objetivo de implantar um sistema de vigilância do óbito materno (SES-PE, 1999).

Durante monitoramento do sistema de vigilância do óbito materno implantado no estado de Pernambuco desde 1997, foram identificados problemas na cobertura e qualidade das informações obtidas com a investigação de rotina. A elevada rotatividade de profissionais do setor de epidemiologia e os conflitos na eleição de prioridades pelos gestores municipais foram tidos como alguns dos elementos responsáveis pela precariedade dos dados colhidos pelos municípios. Os instrumentos (fichas) utilizados também foram considerados inadequados à notificação e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. Foi elaborado um novo instrumento, baseado em modelos utilizados por outras instituições, comitês de mortes maternas e infantis e na técnica de autópsia verbal, composto de três fichas: Ficha Confidencial de Notificação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil, Ficha Confidencial de Investigação de Óbitos Maternos e Ficha Confidencial de Entrevista Domiciliar (VALONGUEIRO *et al.*, 2003).

Paralelamente ao trabalho de correção do indicador por meio da investigação das mortes de mulheres em idade fértil, uma iniciativa que pode ter impacto na qualidade do atendimento e subsequente diminuição do coeficiente é a discussão de cada morte materna com o corpo clínico da maternidade, com a participação dos profissionais que atuaram diretamente no atendimento e suas chefias imediatas. Tal providência possibilitaria identificar deficiências e instituir medidas de intervenção efetivas. Esta discussão seria patrocinada diretamente pelos gestores dos programas de atenção à mulher, responsáveis pela padronização de rotinas técnicas e administrativas em todas as unidades e pela fiscalização de

[Digite texto]

seu cumprimento. A experiência inglesa mostrou que este tipo de conduta despertou entre os profissionais uma maior preocupação com a qualidade e o resultado da assistência prestada, permitindo conhecer aspectos da mortalidade que dificilmente seriam evidentes por intermédio das estatísticas oficiais (SILVA e RUSSOMANO, 1996).

1.7 Mortalidade feminina por doenças infecciosas e parasitárias

O Brasil é um dos poucos países que adotaram a política de distribuição gratuita de anti-retrovirais. Desta forma, a mortalidade vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 e o uso de anti-retrovirais, entre outros, é um dos principais fatores associados a esta diminuição. A AIDS aparece em todas as camadas sociais. Ao longo dos anos tem havido um aumento do número de casos entre pessoas de menor escolaridade, com ocupações menos qualificadas (SANTOS *et al.*, 2002).

O fenômeno da feminização da AIDS está se tornando preocupante para a saúde das mulheres. Inicialmente descrita como mais frequentemente associada aos homossexuais masculinos, é notório o aumento da incidência da AIDS na população feminina. Em 1985, para cada óbito feminino, ocorreram 24,8 óbitos masculinos, enquanto no ano de 1995 a relação caiu ainda mais, ficando um óbito feminino por 3,3 masculinos. Em 2005, para cada óbito feminino ocorreram cerca de dois óbitos masculinos (BRASIL, MS, 2006a). No mundo todo, estima-se que existam 39,5 milhões de pessoas com AIDS, dos quais os adultos representam 37,2 milhões, as mulheres 17,7 milhões e os menores de 15 anos, 2,3 milhões (UNAIDS, 2006).

Assim, se no início a infecção pelo HIV parecia limitar-se a determinados “grupos de risco” compostos por homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o correr do tempo ela foi buscando caminhos, tomando espaços na população geral (ECEM-AIDS, 1999; CDC, 1999) e “socializando” a sua possibilidade de ocorrência, que antes parecia restrita aos

[Digite texto]

“diferentes e famosos”, passando progressivamente por um processo de pauperização e feminização da epidemia (CDC, 2001; SANTOS, 1996; MOORE *et al.*, 1994, QUINN, 1993; LIRA, 1998; BASTOS e BARCELLOS, 1995; BASTOS, 1996; BASTOS, 2000; FARIAS e CARDOSO, 2005).

Tal evidência despertou a atenção para a mudança do rumo epidêmico para além dos comportamentos sexuais femininos até então conceituados como de alto risco, ou seja, aqueles apresentados por mulheres “promíscuas” e “usuárias de drogas injetáveis”. A AIDS transpôs as barreiras milenares que acobertavam as mulheres tidas como normais, sexual e socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Ainda assim, segue valendo a dicotomia que coloca de um lado a mulher “do lar”, vítima do parceiro “bissexual” e, de outro, a mulher “sexualmente promíscua”, responsável por sua própria infecção e um dos vetores da transmissão do vírus. Tal dicotomia leva a que a maioria das mulheres não se perceba em risco diante do HIV/AIDS, sendo o diagnóstico tardio. Suas conseqüências são mais graves para as mulheres das camadas populares porque ameaçam os valores de hierarquia, reciprocidade, honra e respeito que estruturam seu modo de vida e que têm como referencial a família (GUIMARÃES, 2001).

As dificuldades das mulheres para exigir dos seus parceiros sexuais o uso de preservativos, convertem as suas relações sexuais em situações de alto risco em termos de transmissão de DST. Estas possuem, geralmente, pouco ou nenhum controle quanto às decisões relativas sobre quando e quais condições ter relação sexual, com relação ao uso do condom pelo parceiro e, menos ainda, das condutas sexuais dele (GODINHO e POLIDORO, 2002).

O acesso ao preservativo masculino no País tem sido monitorado em várias pesquisas nacionais que revelam aumento de sua utilização (BERQUÓ, 2000; SZWARCOWALD *et al.*,

[Digite texto]

2000; PAIVA *et al.*, 2003; SZWARCWALD *et al.*, 2005; BRASIL, MS, 2005c). Entre 1998 e 2005, o uso do condom aumentou significativamente em todas as faixas etárias. Em pesquisa realizada no ano de 2005, observou-se que a adesão ao preservativo é maior entre as pessoas mais jovens, com primeiro grau completo e menor entre mulheres, homens negros e na região Centro-Oeste. A adesão mais baixa continua ocorrendo entre os analfabetos. Houve um aumento no percentual de uso de preservativo na primeira relação entre homens e mulheres, com os respectivos percentuais de 18,7% e 17,7% no ano de 1998 para 25,4% e 22,4% para o ano de 2005. Nota-se, entretanto, que o aumento foi mais substancial para o sexo masculino (BERQUÓ e KOYAMA, 2005).

O município de Recife encontra-se em destaque como uma metrópole associada ao turismo sexual, com uma ampla rede de prostituição. Apesar do crescimento exponencial dos novos casos, não se conhece o perfil sócio-demográfico da população feminina em idade reprodutiva falecida em decorrência da AIDS, tampouco se traçou a tendência temporal dos últimos anos. Trata-se de uma doença com altos índices de morbidade e mortalidade podendo ser evitada, sobretudo, através do sexo seguro, com a utilização de preservativos. Contudo, uma vez diagnosticada a infecção pelo HIV, o aconselhamento em relação à adesão ao tratamento visando o controle virológico, imunológico e a terapia anti-retroviral, quando indicada, além da identificação e tratamento dos parceiros sexuais devem ser sempre estimulados (MENEZES, 2006).

A tuberculose também representa outra doença bastante freqüente, no Brasil e em Pernambuco, tanto em homens como em mulheres. Há uma década, a OMS declarou a tuberculose em estado de emergência no mundo, por ser a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas correspondendo a um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano. O Brasil ocupa o [Digite texto]

15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Estima-se uma prevalência de 50 milhões de infectados com cerca de 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente. A tuberculose, doença com profundas raízes sociais, está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistentes agravaram ainda mais o problema da doença no mundo (BRASIL, MS, 2004b). Recentemente, foi lançado o programa *The Stop TB*, que tem como objetivo reduzir o ônus global da tuberculose até 2015 (OMS, 2006).

1.8 Mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias

O câncer de mama e a neoplasia maligna do colo de útero exercem um peso importante na morbidade e mortalidade das mulheres brasileiras. Esforços no sentido de se integrar ações voltadas à saúde da mulher, que encarem conjuntamente a questão do câncer ginecológico, devem tornar-se rotina da prática diária dos serviços de saúde. (MENDONÇA, 1993; CURI HALLAL, 2001). As populações femininas do Norte e Nordeste apresentaram mortalidade mais alta por câncer do colo de útero em relação à de outras regiões. O inverso ocorreu com o câncer de mama. Desta forma, é necessária a condução de estudos sobre câncer nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste para que se possam obter informações de mortalidade confiáveis nestas regiões (WÜNSCH FILHO e MONCAU, 2002).

O controle do câncer do colo do útero no Brasil representa, atualmente, um dos grandes desafios para a saúde pública. A falta de uma política nacional que permita a articulação das diferentes etapas de um programa (recrutamento/busca ativa das mulheres-alvo, coleta, citopatologia, controle de qualidade e tratamento dos casos positivos) de forma equitativa em todo o território nacional, assim como uma avaliação adequada dos resultados obtidos, são considerados dois dos principais motivos pelos quais as ações de prevenção do

[Digite texto]

câncer do colo do útero no Brasil, com algumas exceções regionais, não conseguiram trazer impacto sobre a incidência e mortalidade da doença no País como um todo. Assim, a partir da Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, o governo brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. O Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres. Com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico, a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa (BRASIL, MS, INCA, 2002a).

Os óbitos causados pelo câncer de colo uterino comumente são subnotificados por conta do não preenchimento adequado do atestado de óbito. A CID-10 instituiu o código C53 para determinar o diagnóstico adequado da neoplasia maligna do colo de útero. Todavia, outros códigos podem ser confundidos com tal patologia, como por exemplo, a neoplasia maligna de corpo de útero (C54), carcinoma *in situ* do colo do útero (D06), displasia do colo do útero (N87) e, sobretudo, a neoplasia maligna de útero, porção não especificada (C55).

Outra patologia neoplásica responsável por grande parte dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva é o câncer de mama. Inicialmente proposto por Taucher (1978) como sendo um óbito evitável por medidas de diagnóstico e tratamento precoces, tal realidade é muito difícil de ser aplicada aos países em desenvolvimento, sobretudo em regiões como o Nordeste brasileiro, cuja mulher mal tem acesso ao rastreamento adequado pela mamografia, muito menos ao tratamento cirúrgico. De fato, alguns tumores específicos podem ser diagnosticados

[Digite texto]

e tratados precocemente, mas de forma geral, para a maior parte da população, os cânceres de mama são diagnosticados e tratados tardiamente, sendo os óbitos em decorrência de tal patologia considerados dificilmente evitáveis.

O câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se uma variação percentual relativa de mais de 80% em pouco mais de duas décadas. A taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (BRASIL, MS, INCA, 2002b). Internacionalmente, tem-se observado, em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada (BRASIL, MS, INCA, 2004c).

2 Justificativa

Conhecer as principais causas de óbito feminino em idade reprodutiva é de fundamental importância para o estabelecimento de políticas de saúde que visem à melhoria na expectativa de vida das mulheres. Os estudos sobre mortalidade feminina no Nordeste são extremamente válidos face à carência de recursos financeiros e menor expectativa de vida se comparado às regiões Sudeste e Sul. O Município de Recife representa uma das principais metrópoles do Nordeste, assumindo um papel de destaque pelo seu vasto pólo médico e hospitalar. Entretanto, não se pode negar, assim como para algumas capitais brasileiras, o alto índice de violência e ampla rede de prostituição, assim como a deficiência no saneamento básico.

Desta forma, acredita-se que a população feminina do Recife esteja mais exposta às mortes evitáveis do que a de outras regiões do país e se torna necessário um estudo para confirmação desta hipótese, servindo como alicerce para uma posterior criação de medidas preventivas, de diagnóstico precoce e tratamento, assim como melhoria na rede de saneamento básico, visando combater esta tragédia que é a mortalidade evitável feminina em idade reprodutiva.

3 Objetivos

3.1 Geral

Analisar as principais causas de óbitos femininos em idade reprodutiva e as características sócio-demográficas das falecidas no período de 1997-2004, residentes no Recife.

3.2 Específicos

- Determinar os coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva (CMFIR) geral, dos óbitos por causas externas (CMFIR-CE), a razão de mortalidade materna (RMM), o coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias (CMFIR-DIP) e por neoplasias (CMFIR-Neo), de acordo com os quadriênios (1997-2000 e 2001-2004) e período total de estudo;
- Identificar o perfil sócio-demográfico das falecidas em geral, por causas externas, mortes maternas, por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por neoplasias;
- Determinar os coeficientes de mortalidade por distrito sanitário onde residiam as falecidas em geral, por causas externas, por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por neoplasias;
- Determinar os coeficientes de mortalidade e a distribuição percentual das principais causas específicas de óbitos em geral, por causas externas, óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias e mortes por neoplasias.

[Digite texto]

- Determinar a distribuição percentual das causas específicas de óbitos maternos, classificando-os em obstétricos diretos ou indiretos;
- Descrever a tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por capítulo da CID-10 para os óbitos em geral e por causa específica para os óbitos por causas externas, por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por neoplasias;
- Verificar as diferenças existentes nas cinco principais causas de óbitos femininos em idade reprodutiva e óbitos maternos, por capítulo da CID-10, nas raças branca e negra;
- Identificar os tipos de agressões para os óbitos femininos em idade reprodutiva por causas externas;
- Determinar os coeficientes de mortalidade materna por faixa etária;
- Identificar os principais tipos de neoplasias de acordo com a faixa etária.

4 Material e Métodos

4.1 Local de Estudo:

Os dados estudados foram referentes ao município de Recife, capital de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. O Recife possui área de 217 km², totalmente urbana, constituída por 94 bairros e seis regiões político-administrativas (distritos sanitários) com uma população residente, segundo o censo demográfico de 2000, de 1.422.905 habitantes. A proporção de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água é de 87,96% e ao esgotamento sanitário, 43%. Um percentual de 96,22% dos domicílios apresenta com coleta domiciliar de lixo. A taxa de alfabetização da população de cinco anos e mais é de 86,61% e a proporção de crianças alfabetizadas na faixa de 10 a 14 anos é de 92,47% (RECIFE, SMS, 2006; RECIFE, PNUD, 2005).

É constituído por 612 estabelecimentos de saúde, dos quais 137 são públicos e 475 são privados. Destes, apresentam internação 21 estabelecimentos públicos e 60 privados. Do total de 8.875 leitos, 6.037 são disponíveis ao SUS. Foram realizadas 321.178 internações hospitalares no ano de 2001. Além disso, possui 768 equipamentos de diagnóstico através de imagem, 15 equipamentos para terapia de radiação, 432 equipamentos de hemodiálise, 22 tomógrafos, 40 mamógrafos simples e 14 mamógrafos com estereotaxia (IBGE, 2002).

4.2 Desenho do Estudo:

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, de base populacional do tipo corte transversal.

[Digite texto]

4.3 População de Estudo e Período de Referência

A população de estudo incluiu todos os óbitos declarados de mulheres entre 10 e 49 anos completos, residentes no Recife e falecidas no período de 01 de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2004.

4.4 Fonte e coleta dos dados

Foi obtido o banco de dados oficiais contendo todas as declarações de óbitos femininos em idade reprodutiva de residentes no Recife durante o período de 1997-2004 (CD-ROM) pela Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade da Secretaria de Saúde do Recife. Os arquivos se encontravam na extensão “DBF” (DBASE), contendo todas as DO digitalizadas referentes à população em estudo (5.165 DO).

4.5 Definição de conceitos e variáveis:

4.5.1 Variáveis

4.5.1.1 Variáveis relativas à identificação da falecida e ocorrência do óbito (perfil sócio-demográfico)

As variáveis foram escolhidas de acordo com sua relevância e disponibilidade nas DO (Quadro 4.1). A escolaridade não pôde ser estudada pelo fato de não se encontrar preenchida (ignorada) em 69,72% dos óbitos.

4.5.1.2 Variáveis relativas às causas de óbito:

- **Causa básica do óbito:** definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (OMS, 1994).

[Digite texto]

Quadro 4.1: Variáveis referentes ao perfil sócio-demográfico

Variável	Categorização
Faixa etária	10-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos
Local de ocorrência do óbito	Hospital, domicílio, via pública, outros, ignorado
Atestante do Óbito	Médico que atendeu à falecida, médico substituto, Instituto de Medicina Legal, Serviço de Verificação de Óbitos, outros, ignorado
Local de residência	Distritos sanitários I, II, III, IV, V, VI
Raça-cor	Branca, negra (preta + parda), amarela, indígena e ignorado
Estado Civil	Solteira, casada, união consensual, viúva, separada judicialmente e ignorado

4.5.2 Conceitos

• Coeficientes de Mortalidade

Os coeficientes de mortalidade (CM) são definidos como quocientes entre as frequências absolutas de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer (ROUQUAYROL e NAOMAR FILHO, 2003). Estes podem ser categorizados segundo diversos critérios como sexo, idade, raça ou causa de óbito. Os coeficientes de mortalidade, em geral, são calculados pela seguinte equação:

$$CM = \frac{\text{número de óbitos} \times 100.000}{\text{população de mulheres}}$$

Foram calculados diversos coeficientes de mortalidade para cada ano, quadriênios (1997-2000 e 2001-2004) e período total do estudo (1997-2004).

[Digite texto]

- **Coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva (CMFIR):** relação entre o número de óbitos de mulheres na idade reprodutiva (10-49 anos) no período considerado e a população de mulheres da mesma idade no mesmo período, multiplicado por 100.000.

- **Coeficientes de mortalidade feminina em idade fértil por capítulo da CID-10:** relação entre o número de óbitos de mulheres na idade fértil (10-49 anos) no período considerado conforme determinado grupo de causas (capítulo da CID-10) e a população de mulheres da mesma idade no mesmo período, multiplicado por 100.000. Os principais coeficientes de mortalidade feminina em idade fértil por capítulo da CID-10 estudados foram: CMFIR-CE: coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas (Capítulo XX da CID-10), CMFIR-Neo: coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias (Capítulo II da CID-10) e CMFIR-DIP: coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I da CID-10).

- **Razão de mortalidade materna (RMM):** relação entre o número de óbitos cuja causa básica de óbito pertenceu ao Capítulo XV da CID-10 (óbitos ocorridos durante ciclo gravídico-puerperal) no período considerado e o número de nascidos vivos do mesmo período, multiplicado por 100.000.

- **Morte materna:** define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente de duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1994).

[Digite texto]

- **Morte materna obstétrica direta:** aquela resultante de complicações obstétricas, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações (OMS, 1994).

- **Morte materna obstétrica indireta:** aquela resultante de doença pré-existente ou que se desenvolveu durante a gravidez, não devido a causas diretas, mas agravada pelos eventos fisiológicos da gestação (OMS, 1994).

- **Causas de óbito por capítulo da CID-10:** constitui a classificação das doenças segundo órgãos e sistemas, como aparelho respiratório, sistema nervoso, aparelho urinário, dentre outros, além das causas externas (ANEXO A).

- **Causa de óbito CID-BR:** causa básica de óbito considerada de acordo com a lista de tabulação da classificação internacional de doenças – 10ª revisão (CID-BR, DATASUS), que classifica os óbitos de acordo com três caracteres numéricos, correspondentes aos códigos da CID-10 (ANEXO B). Corresponde a um subgrupo da classificação por capítulo da CID-10. Esta classificação foi utilizada para as causas gerais de óbitos e por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

- **Causa específica de óbito CID-3C:** corresponde à causa específica de óbito acordo com a CID-10, contendo um caractere correspondente às letras do alfabeto e dois caracteres numéricos. Trata-se de uma categoria da CID-BR.

- **Causa específica de óbito CID-4C:** corresponde à causa específica de óbito de acordo a CID-10, contendo um caractere correspondente às letras do alfabeto e três caracteres numéricos. Trata-se de uma subcategoria da CID-3C.

- **Tipo de Violência:** forma como ocorreu a ação de agentes externos: homicídio (agressões), suicídio, acidentes de transporte, outras violências e outros acidentes.

- **Tipo de homicídio:** forma como ocorreu a agressão: por meio de disparo de arma de fogo, por meio de objeto cortante ou penetrante, por objeto contundente, por enforcamento, estrangulamento ou sufocação, por meio de fumaça, fogo e chamas, por meio de força física, por maus tratos ou por meios não-especificados.

4.6. Processamento dos dados:

Após a obtenção do banco de dados oficiais das DO de mulheres em idade reprodutiva residentes no Recife no período de 1997-2004, foi processada a tabulação das informações de acordo com os objetivos do trabalho, distribuição absoluta e percentual das causas de óbito e perfil sócio-demográfico a partir dos softwares TabWin versão 3.4 e Excel 2003.

As causas de óbito foram classificadas de acordo com os capítulos da CID-10, com as causas básicas dos óbitos (CID-BR) e as causas específicas dos óbitos (CID-3C, CID-4C). Procurou-se ajustar a classificação mais adequada para determinado grupo de causas. Para a mortalidade feminina geral e para as doenças do capítulo I da CID-10 foi utilizada a classificação CID-BR. As mortes por causas externas foram classificadas conforme o tipo de violência: se homicídio, suicídio, acidentes de transportes, outros acidentes e outras violências. As causas de óbitos maternos foram discutidas detalhadamente (CID-4C) por um grupo técnico composto por três professores universitários com o objetivo de obter a melhor

[Digite texto]

classificação da mesma (ANEXO C). Os óbitos por neoplasias foram classificados conforme o grupo de órgãos e sistemas semelhantes entre si, a partir da CID-3C, evitando-se a causa “restante das neoplasias” que representa uma importante causa de óbito por neoplasias de acordo com a CID-BR (ANEXO D). Os códigos correspondentes às neoplasias malignas do colo de útero (C53), corpo do útero (C54) e útero porção não especificada (C55), foram agrupados na categoria neoplasias malignas do útero (C53-55). De forma semelhante, os óbitos enquadrados como doença de Hodgkin (C81), linfoma não-Hodgkin folicular (C82), linfoma não-Hodgkin difuso (C83), linfomas de células T (C84), linfoma não-Hodgkin não especificado (C85), foram organizados na categoria linfomas (C81-85). Os diversos tipos de leucemias, ou seja, linfóide (C91), mielóide (C92), monocítica (C93), outras (C94) e não especificada (C95), foram reunidas na categoria leucemias (C91-95).

4.7 Análise Estatística, confecção de gráficos e tabelas:

Após serem tabulados de acordo com o software TabWin versão 3.4, foram confeccionados os gráficos e tabelas a partir do software Excel 2003, sendo calculada a distribuição absoluta e percentual do perfil sócio-demográfico, das causas dos óbitos e seus respectivos coeficientes de mortalidade.

A análise da tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade foi realizada a partir da utilização da técnica de regressão linear, por ser mais simples e de fácil interpretação. O modelo de regressão linear de primeira ordem é representado pela seguinte equação:

$$y = a \pm bx$$

Em que:

- y = coeficiente de mortalidade por 100.000 mulheres;

[Digite texto]

- a = constante (representa o valor de interseção da reta no eixo de y , correspondendo ao CM médio do período);
- b = inclinação da reta (incremento anual, de acréscimo ou decréscimo);
- x = ano calendário.

Os principais coeficientes de mortalidade foram ainda analisados de acordo com o quadriênio estudado (1997-2000 e 2001-2004), sendo utilizado o teste do qui-quadrado para verificar se houve alguma diferença estatisticamente significativa nesta evolução temporal, utilizando o programa Stat Calc do software Epi-Info versão 6.04. O mesmo teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as diferenças existentes nas principais causas de óbitos em brancas e negras, desta forma utilizando o programa Epi-table do software Epi-Info versão 6.04.

4.8 Aspectos Demográficos:

A população feminina em idade reprodutiva por ano de estudo foi obtida a partir de estimativas anuais realizadas pelo IBGE, a partir do censo demográfico de 2000 (ANEXO E). Os dados da população feminina de acordo com os distritos sanitários foram obtidos pela secretaria municipal de saúde (ANEXO F). O número de nascidos vivos de acordo com o período de estudo e a faixa etária materna foi obtido a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos (SINASC) - ANEXO G.

4.9 Aspectos éticos:

O presente estudo respeitou as normas da Declaração de Helsinque e da resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) conforme Anexo H.

O banco de dados foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Recife, com o compromisso ético de sua utilização para efeito de pesquisa, respeitando a confidencialidade dos óbitos, de acordo com o Termo de Cessão constante no Anexo I.

5 Resultados

5.1 Resultados Gerais:

Durante o período de 1997-2004, ocorreram 5.165 óbitos de mulheres em idade reprodutiva, residentes no Recife.

O Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva (CMFIR) calculado para o período foi de 130,15 óbitos por 100.000 mulheres. Comparando-se os dois quadriênios estudados (1997-2000 e 2001-2004), foi evidenciada uma diminuição estatisticamente significativa ($p < 0,001$) no CMFIR de 138,93 óbitos por 100.000 mulheres no quadriênio 1997-2000 para 121,77 óbitos por 100.000 mulheres no quadriênio 2001-2004 (Tabela 5.1.1).

Tabela 5.1.1 - Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva de acordo com o período de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Períodos de Estudo	n	População feminina em idade reprodutiva	CMFIR * (por 100.000 mulheres)
1997-2000	2.693	1.938.380	138,93
2001-2004	2.472	2.030.001	121,77
1997-2004	5.165	3.968.381	130,15

* CMFIR: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva

Foi observado um maior percentual de mulheres entre 40-49 anos, correspondendo aproximadamente à metade dos óbitos (47,9%), em seguida na faixa etária de 30-39 anos (26,89%) e 20-29 anos (16,05%). Menos de 10% (9,16%) dos óbitos femininos em idade reprodutiva ocorreram em mulheres entre 10 e 19 anos (Tabela 5.1.2).

[Digite texto]

Tabela 5.1.2 - Distribuição da frequência dos óbitos de mulheres na idade reprodutiva de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Variável		n (5165)	% (100,00)
Faixa Etária	10-19 anos	473	9,16
	20-29 anos	829	16,05
	30-39 anos	1.389	26,89
	40-49 anos	2.474	47,90
Local de Ocorrência	Hospital	4.193	81,18
	Domicílio	572	11,07
	Via Pública	295	5,71
	Ignorado	63	1,22
	Outros locais	42	0,82
Atestante	Serviço de Verificação de Óbitos	1.466	28,38
	Médico que atendeu à paciente	1.122	21,72
	Instituto de Medicina Legal	1.071	20,74
	Médico Substituto	937	18,14
	Outros	411	7,96
	Ignorado	158	3,06
Raça	Negra	2.603	50,39
	Branca	1.037	20,08
	Indígena	49	0,95
	Amarela	13	0,25
	Ignorado	1.463	28,33
Estado Civil	Solteira	2.789	54,00
	Casada	1.348	26,10
	Viúva	165	3,19
	Separada Judicialmente	105	2,03
	União Consensual	92	1,78
	Outros	04	0,08
	Ignorado	662	12,82

[Digite texto]

Os óbitos ocorreram em 81,18% dos casos no hospital, 11,07% no domicílio e em 5,71% em via pública. Outros locais representaram 0,82% dos óbitos e foram ignorados 1,22% (Tabela 5.1.2).

O atestante das DO da população em estudo foi em 28,38% o SVO. O médico que atendeu à paciente representou um percentual de 21,72% e o substituto 18,14%. O IML atestou 20,74% das DO e outros atestantes representaram 7,96%. Foram ignorados 3,06% dos óbitos quanto a este critério. (Tabela 5.1.2).

A raça negra foi a mais freqüente, sendo responsável por mais da metade dos óbitos (50,39%). A raça branca foi responsável por 20,08% dos óbitos, a indígena por 0,95% e a amarela obteve o menor percentual (0,25%). Foram ignorados 28,33% (1.463) das DO quanto a esta variável (Tabela 5.1.2).

As mulheres solteiras representaram mais da metade dos óbitos (54%), casadas 26,10% e viúvas 3,19%. As separadas judicialmente e as que mantinham união consensual representaram por 2,03% e 1,78% dos óbitos, respectivamente. O estado civil foi ignorado em 12,82% das DO. (Tabela 5.1.2).

De acordo com os distritos sanitários do Recife, o maior CMFIR (188,72 óbitos por 100.000 mulheres) ocorreu no DS I, o qual possui o menor número de habitantes (217.249 mulheres em idade reprodutiva) e foi responsável pelo menor percentual de óbitos (7,94%). O maior percentual de óbitos ocorreu em residentes do DS VI (24,28%), possuindo o maior número de habitantes (1.030.162 mulheres em idade reprodutiva) e o segundo menor CMFIR (121,73 óbitos por 100.000 mulheres). O menor CMFIR foi atribuído ao DS IV com 110,53 óbitos por 100.000 mulheres, possuindo o segundo menor percentual de óbitos (15,28%) e a terceira maior população feminina em idade reprodutiva por DS no Recife (Tabela 5.1.3).

Tabela 5.1.3 – Coeficiente de mortalidade feminina na idade reprodutiva de acordo com a área de residência das falecidas. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Área de Residência	n	%	PFIR*	CMFIR-DS**
Distrito Sanitário I (Centro)	410	7,94	217.249	188,72
Distrito Sanitário II (Norte)	808	15,64	587.864	137,45
Distrito Sanitário III (Noroeste)	967	18,72	755.825	127,94
Distrito Sanitário IV (Sudeste)	789	15,28	713.835	110,53
Distrito Sanitário V (Sudoeste)	907	17,56	663.446	136,71
Distrito Sanitário VI (Sul)	1254	24,28	1.030.162	121,73
Total	5165	100,00	3.968.381	130,15

* PFIR: População Feminina em Idade Reprodutiva

** CMFIR: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva (por 100.000)

As neoplasias corresponderam à principal causa de óbito, com um coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva (CMFIR) de 30,89 óbitos por 100.000 mulheres (23,74%). As doenças cardiovasculares ficaram em segundo lugar, com um CMFIR de 30,04 óbitos por 100.000 mulheres (23,08%), enquanto o coeficiente de mortalidade por causas externas foi de 22,38 óbitos por 100.000 mulheres (17,19%), classificando-se na terceira causa de óbito. Algumas doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório ficaram em quarto e quinto lugares, com um coeficiente de mortalidade de 11,33 (10,24%) e 7,79 (5,98%) óbitos por 100.000 mulheres, respectivamente. Para os óbitos cuja causa não foi evidenciada (óbitos por causas mal definidas – capítulo XVIII da CID-10) foi encontrado um coeficiente de 2,12 óbitos por 100.000 mulheres (Figura 5.1.1) correspondendo a 1,63% dos óbitos. Os cinco principais coeficientes por causas de óbitos de acordo com os capítulos da CID-10 corresponderam a um CMFIR de 104,43 óbitos por 100.000 mulheres (80,23%).

[Digite texto]

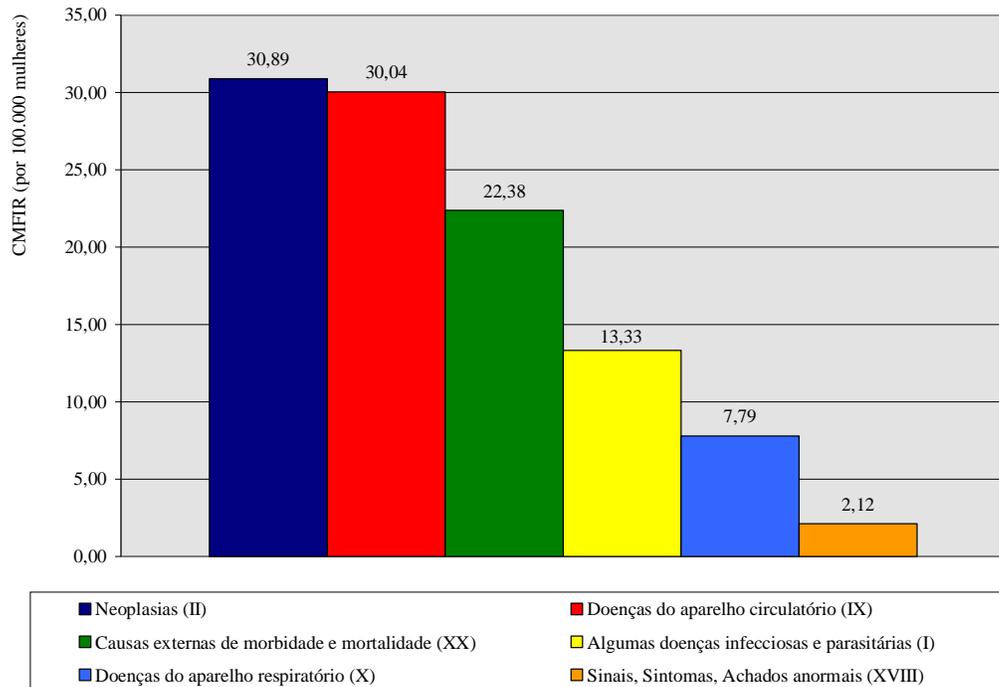


Figura 5.1.1 - Principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva, por capítulo da CID-10. Recife, Pernambuco, Brasil. 1997-2004

Analisando os CMFIR, por capítulo da CID-10, ao longo dos anos estudados, observou-se um predomínio das cinco principais causas citadas anteriormente. Entretanto, nos anos de 1999, 2000 e 2003, as doenças do aparelho circulatório corresponderam à principal causa de óbitos de mulheres em idade reprodutiva, estando as neoplasias em segundo lugar. As causas externas e algumas doenças infecciosas e parasitárias permaneceram em todos os anos estudados, como terceira e quarta causas dos óbitos de mulheres em idade fértil, por capítulo da CID-10, respectivamente (Figura 5.1.2).

[Digite texto]

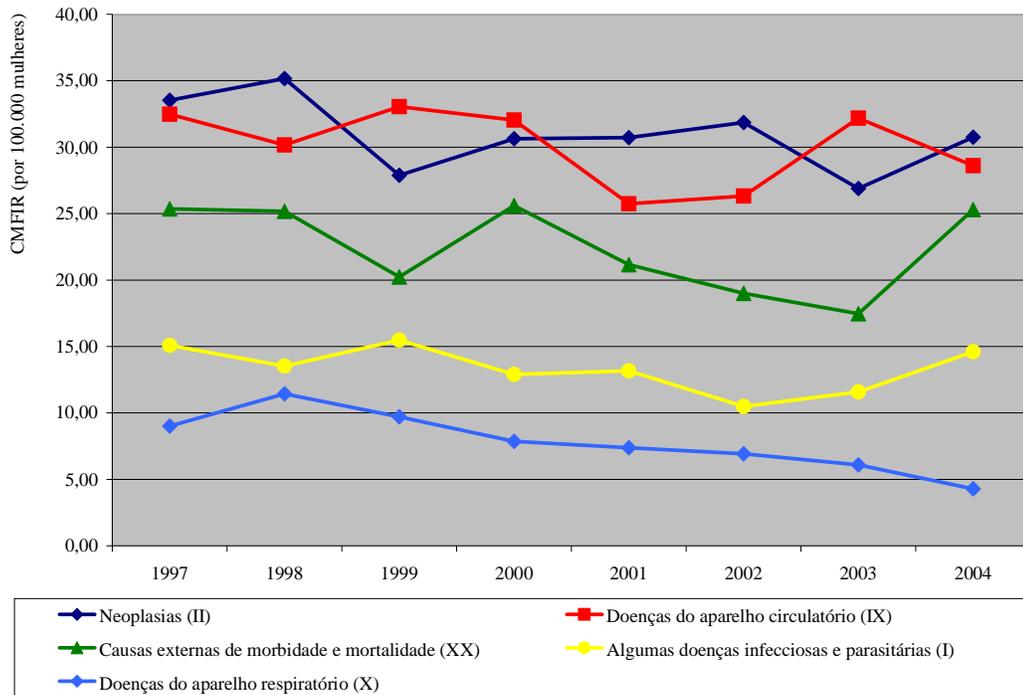


Figura 5.1.2 - Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva, por capítulo da CID-10, de acordo com o ano estudado. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

As cinco mais frequentes causas de óbitos femininos em idade reprodutiva, por capítulo da CID-10, além dos óbitos maternos foram comparados de acordo com a raça da falecida. As maiores diferenças ocorreram nos óbitos por neoplasias, causas externas e óbitos maternos. Enquanto 32,79% das brancas faleceram por neoplasias, este percentual foi de 23,67% nas negras ($p < 0,001$). Com relação às causas externas, 21,36% das negras faleceram por esta causa enquanto o percentual das brancas correspondeu a 10,22% ($p < 0,001$). Os óbitos maternos representaram 2,92% das causas de óbito nas negras e 1,83% nas brancas ($p = 0,06$) - Tabela 5.1.4.

[Digite texto]

Tabela 5.1.4: Correlação da frequência das principais causas de óbitos por capítulo da CID-10 de mulheres em idade reprodutiva entre as raças negra e branca. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causa (Capítulo da CID-10)	Negra		Branca		p	Total *	
	n	%	n	%		n	%
II. Neoplasias (tumores)	616	23,67	340	32,79	< 0,001	1.226	23,74
IX. Doenças do aparelho circulatório	553	21,24	214	20,64	0,68	1.192	23,08
XX. Causas externas de mortalidade	556	21,36	106	10,22	< 0,001	888	17,19
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	256	9,83	103	9,93	0,93	529	10,24
X. Doenças do aparelho respiratório	136	5,22	54	5,21	0,98	309	5,98
XV. Gravidez, parto e puerpério	76	2,92	19	1,83	0,06	142	2,75

* Total= Incluiu todas as raças estudadas (negra, branca, indígena, amarela e ignorado)

No que concerne às causas básicas de óbitos (CID-BR), foi observado um maior percentual das mortes por agressões, doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, neoplasias malignas da mama, doenças virais (HIV), outras doenças cardíacas, acidentes de transporte, dentre outras (Tabela 5.1.5). As 20 principais causas básicas de óbitos corresponderam a um percentual de 71,33% de todos os óbitos de mulheres em idade fértil. Em 1,55% não foi possível estabelecer suas respectivas causas permanecendo como óbitos mal definidos, ocupando o 20º lugar dentre as principais causas de óbitos.

Tabela 5.1.5 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade específico das 20 principais causas básicas de óbito em mulheres na idade fértil. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causa (CID10-BR)	n	%	CME *
109 Homicídios	441	8,54	11,11
070 Doenças cerebrovasculares	390	7,55	9,83
068 Doenças isquêmicas do coração	332	6,43	8,37
041 Neoplasia maligna da mama	262	5,07	6,60
016-023 Doenças virais	258	5	6,50
069 Outras doenças cardíacas	219	4,24	5,52
103 Acidentes de transporte	206	3,99	5,19
052 Restante de neoplasias malignas	201	3,89	5,07
080 Doenças do Fígado	163	3,16	4,11
042 Neoplasia maligna do colo do útero	158	3,06	3,98
005-006 Tuberculose	136	2,63	3,43
074 Pneumonia	129	2,5	3,25
067 Doenças hipertensivas	125	2,42	3,15
055 Diabetes mellitus	122	2,36	3,07
077 Restante doenças do aparelho respiratório	118	2,28	2,97
108 Lesões autoprovocadas voluntariamente	89	1,72	2,24
066 Doenças reumáticas do coração	86	1,67	2,17
050 Leucemia	85	1,65	2,14
089 Outras mortes obstétricas diretas	84	1,63	2,12
102 Mortes mal definidas	80	1,55	2,02

* CME: Coeficiente de Mortalidade Específico (por 100.000 mulheres)

[Digite texto]

5.2 Causas Externas

Os óbitos por causas externas corresponderam à terceira causa de óbito (17,56%) das mulheres em idade reprodutiva, residentes no Recife (1997-2004), sendo inferior apenas aos óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, conforme a classificação das doenças por capítulo da CID-10. O Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causas Externas (CMFIR-CE) foi de 22,38 óbitos por 100.000 mulheres. De acordo com os dois quadriênios analisados (1997-2000 e 2001-2004), foi observada uma diminuição estatisticamente significativa do coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas (CMFIR-CE) do primeiro quadriênio (24,09 óbitos por 100.000 mulheres) em relação ao segundo quadriênio (20,74 óbitos por 100.000 mulheres) com um $p = 0,026$ (Tabela 5.2.1).

Tabela 5.2.1 - Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas de acordo com o período de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Períodos de Estudo	n	População feminina em idade reprodutiva	CMFIR-CE*
1997-2000	467	1.938.380	24,09
2001-2004	421	2.030.001	20,74
1997-2004	888	3.968.381	22,38

* CMFIR-CE: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causas Externas (por 100.000 mulheres).

O maior percentual dos óbitos femininos em idade fértil por causas externas ocorreu na faixa etária de 20-29 anos correspondendo a um percentual de 33,11% (294 óbitos), seguida pela faixa-etária de 10-19 anos (25,11% - 223 óbitos), 30-39 anos (23,42% - 208 óbitos) e 40-49 anos (18,36% - 163 óbitos) - Tabela 5.2.2.

[Digite texto]

No que concerne ao local de ocorrência do óbito, foi verificado que o hospital representou a principal localidade (425 óbitos – 47,86%), seguido pela via pública (278 óbitos – 31,31%) e o domicílio (122 óbitos – 13,74%). Em 43 óbitos (4,84%), não foi possível estabelecer o local da ocorrência (Tabela 5.2.2).

O IML foi o maior responsável pelos preenchimentos das DO com um percentual de 95,27%. O médico que atendeu à falecida e os óbitos ignorados quanto a este critério representaram 1,46% dos óbitos, cada. Outros atestantes corresponderam a 0,90%, enquanto o médico substituto e o SVO foram responsáveis pelo preenchimento de 0,45% das DO, cada (Tabela 5.2.2).

As mulheres em idade reprodutiva falecidas por causas externas eram predominantemente solteiras (62,16%). Contudo, 24,77% dos óbitos foram ignorados quanto a esta variável. Mulheres casadas corresponderam a 9,68%, enquanto as separadas judicialmente 1,35%. Mulheres viúvas representaram 1,13% e as que mantinham união consensual, 0,90% dos óbitos (Tabela 5.2.2).

No que diz respeito à raça da falecida, 62,62% dos óbitos femininos em idade reprodutiva por causas externas corresponderam à raça negra, enquanto 11,94% corresponderam à raça branca. As raças indígena e amarela corresponderam a um percentual de 0,56% e 0,11%, respectivamente. Foram ignorados quanto a este critério 24,77% dos óbitos (Tabela 5.2.2).

Tabela 5.2.2 – Distribuição da frequência dos óbitos femininos em idade fértil por causas externas de acordo diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Variável		n (888)	% (100,00)
Faixa Etária	10-19 anos	223	25,11
	20-29 anos	294	33,11
	30-39 anos	208	23,42
	40-49 anos	163	18,36
Local de Ocorrência	Hospital	425	47,86
	Via Pública	278	31,31
	Domicílio	122	13,74
	Ignorado	43	4,84
	Outros	20	2,25
Atestante do Óbito	Instituto Médico Legal	846	95,27
	Medico que atendeu à paciente	13	1,46
	Ignorado	13	1,46
	Outros	8	0,9
	Médico Substituto	4	0,45
	Serviço de Verificação de Óbitos	4	0,45
Estado Civil	Solteira	552	62,16
	Ignorado	220	24,77
	Casada	86	9,68
	Separada Judicialmente	12	1,35
	Viúva	10	1,13
	União consensual	8	0,9
Raça	Negra	556	62,62
	Ignorado	220	24,77
	Branco	106	11,94
	Indígena	5	0,56
	Amarela	1	0,11

[Digite texto]

De acordo com a área de residência da falecida, foi observado que o DS I apresentou o maior CMFIR-CE (43,73 óbitos por 100.000 mulheres) mesmo sendo o distrito com a menor população e menor percentual de óbitos por causas externas. O menor CMFIR-CE foi atribuído ao DS II (18,20 óbitos por 100.000 mulheres), enquanto o DS VI foi responsável pelo maior percentual de óbitos (26,58%) e pela maior população (Tabela 5.2.3).

Tabela 5.2.3 - Coeficiente de mortalidade feminina na idade fértil por causas externas de acordo com o local de residência das falecidas. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Área de Residência da Falecida	n	%	PFIR *	CMFIR-CE **
Distrito Sanitário I (Centro)	95	10,7	217.249	43,73
Distrito Sanitário II (Norte)	107	12,05	587.864	18, 20
Distrito Sanitário III (Noroeste)	160	18,02	755.825	21,17
Distrito Sanitário IV (Sudeste)	136	15,32	713.835	19,05
Distrito Sanitário V (Sudoeste)	146	16,44	663.446	22,01
Distrito Sanitário VI (Sul)	236	26,58	1.030.162	22,91
Ignorada	8	0,9	-	-
Total	888	100	3.968.381	22,38

* PFIR: População Feminina em Idade Reprodutiva

** CMFIR-CE: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causas Externas (por 100.000 mulheres)

Dentre as causas específicas dos óbitos do capítulo XX da CID-10, os homicídios representaram a principal causa, sendo responsáveis por aproximadamente 50% (49,66%) dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva no Recife no período analisado, correspondendo a um Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causa Externa Específica (CMFIR-CEE) de 11,11 óbitos por 100.000 mulheres. Em segundo lugar, ficaram os acidentes de transportes, com 23,20%, equivalendo a um CMFIR-CEE de 5,19 óbitos por

[Digite texto]

100.000 mulheres. Suicídios, outros acidentes e violências representaram as demais causas (Tabela 5.2.4).

Tabela 5.2.4 - Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causa externa específica. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Tipo de Causa Externa	n	%	CMFIR-CEE *
Homicídios	441	49,66	11,11
Acidentes de Transportes	206	23,20	5,19
Suicídios	89	10,02	2,24
Outros Acidentes	79	8,90	1,99
Outras Violências	73	8,22	1,84
Total	888	100	22,38

* CMFIR-CEE: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causa Externa Específica (por 100.000 mulheres)

Ao longo dos anos estudados, foi observada a tendência crescente nos coeficientes de mortalidade por homicídios, apesar da ampla variação ocorrida no período estudado. Com relação aos coeficientes de mortalidade por acidentes de transportes, a tendência temporal foi decrescente. Em se tratando dos suicídios, durante os oito anos estudados, a linha de tendência temporal permaneceu estável (Figura 5.2.1). Os valores dos coeficientes estão listados no Apêndice A.

No que diz respeito aos tipos de homicídios, 81,86% decorreram por meio de disparo de arma de fogo; 8,39% por meio de objeto cortante ou penetrante; 3,85% por objeto contundente; 3,85% por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (Tabela 5.2.5).

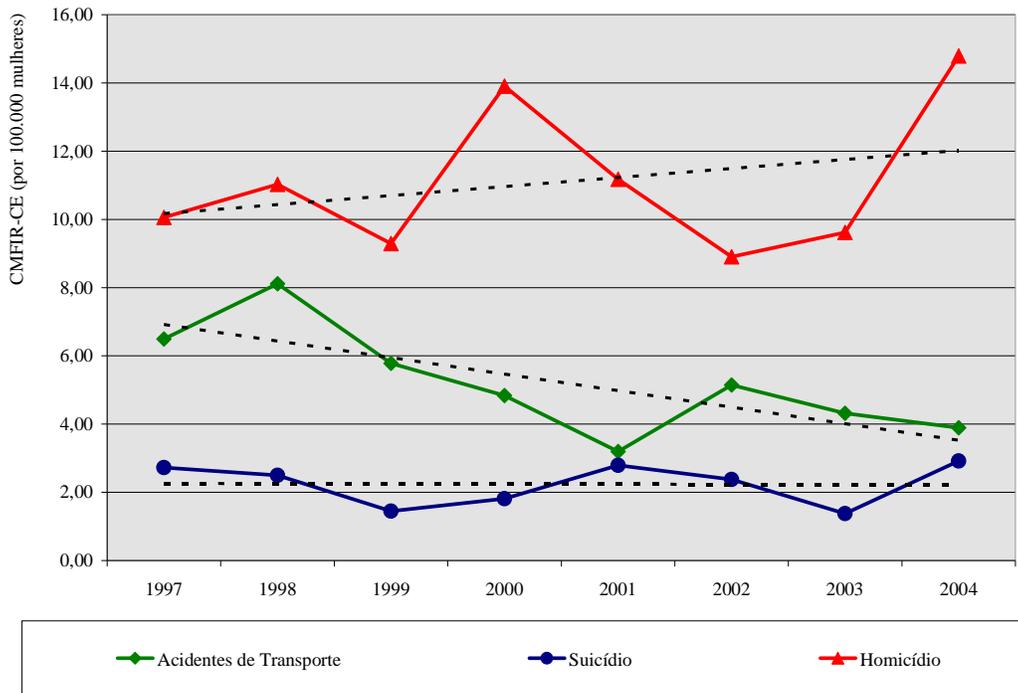


Figura 5.2.1 - Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade fértil por causa externa específica no Recife de acordo com o ano estudado. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Tabela 5.2.5 - Distribuição da frequência dos tipos de agressões responsáveis pelos óbitos por homicídios de mulheres em idade reprodutiva no Recife, 1997-2004

Tipo de Homicídio (Agressão)	n	%
Agressão por disparo de arma de fogo (X94 X95)	361	81,86
Agressão por objeto cortante ou penetrante (X99)	37	8,39
Agressão por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (X91)	17	3,85
Agressão por meio de um objeto contundente (Y00)	17	3,85
Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas (X97)	3	0,68
Agressão por meios não especificados (Y09)	3	0,68
Agressão sexual por meio de força física (Y05)	2	0,45
Síndrome de maus tratos (Y07)	1	0,23
Total	441	100,00

[Digite texto]

5.3 Óbitos Maternos:

No município do Recife, durante o período compreendido entre 1997 e 2004, 142 mulheres faleceram por causas relacionadas ao capítulo XV da CID-10, ou seja, doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 69,61 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. A RMM (1997-2000) foi de 77,71 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, enquanto a RMM (2001-2004) foi de 60,72 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Entretanto, não houve significância estatística para tal diminuição ($p = 0,146$).

Tabela 5.3.1 - Razão de mortalidade materna de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Períodos de Estudo	n	Nascidos Vivos	RMM *
1997-2000	83	106.808	77,71
2001-2004	59	97.175	60,72
1997-2004	142	203.383	69,61

* RMM: Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascimentos)

Os óbitos maternos ocorreram em 95,77% no hospital, enquanto 2,82% ocorreram no domicílio e 1,4% em outros locais. Quase 50% dos óbitos (48,59%) tiveram como declarante o SVO. Os médicos que atenderam às pacientes atestaram o óbito em 22,54%, enquanto os médicos substitutos assim o fizeram em 16,20%. O IML declarou 9,86% dos óbitos maternos, outros atestantes representaram 2,11% e 0,70% tiveram o seu atestante ignorado (Tabela 5.3.2).

Verificou-se um predomínio de solteiras, em 59,15% dos casos. Mulheres casadas ficaram em segundo lugar, com 24,65% dos óbitos, enquanto as que mantinham união estável

[Digite texto]

(consensual) e as separadas judicialmente representaram 4,93% e 1,41%, respectivamente. Foram ignorados quanto ao estado civil 9,86% dos óbitos maternos e não houve óbitos maternos em pacientes viúvas (Tabela 5.3.2).

Ao analisar a raça das mulheres falecidas por causas obstétricas, foi evidenciado um maior percentual da raça negra (53,53%), enquanto a branca representou 13,38% dos óbitos. As raças amarela e indígena representaram 0,70% dos óbitos maternos, cada. Foram ignorados quanto a este critério 31,69% (Tabela 5.3.2).

Com relação ao local de residência das mulheres que foram a óbito em consequência de doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério, foi observado que 26,76% residiam no DS VI. Com iguais percentuais, os distritos sanitários II e III foram as localidades de residência de 16,9% dos óbitos maternos, cada. Em 15,49% e 12,68%, os locais de residência das falecidas eram os distritos sanitários V e IV, respectivamente. Por fim, o DS I foi responsável pela localidade de 11,27% das falecidas (Tabela 5.3.2).

Tabela 5.3.2 - Distribuição da frequência dos óbitos maternos de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Variável		n	%
		142	(100,00)
Local Ocorrência	Hospital	136	95,77
	Domicílio	4	2,82
	Outros	2	1,4
Atestante	Serviço de Verificação de Óbitos	69	48,59
	Médico que atendeu à paciente	32	22,54
	Médico Substituto	23	16,2
	Instituto de Medicina Legal	14	9,86
	Outros	3	2,11
	Ignorado	1	0,7
Estado Civil	Solteira	84	59,15
	Casada	35	24,65
	Ignorado	14	9,86
	União consensual	7	4,93
	Separada Judicialmente	2	1,41
Raça	Negra	76	53,53
	Ignorado	45	31,69
	Branca	19	13,38
	Amarela	1	0,7
	Indígena	1	0,7
Área de Residência	Distrito Sanitário I	16	11,27
	Distrito Sanitário II	24	16,9
	Distrito Sanitário III	24	16,9
	Distrito Sanitário IV	18	12,68
	Distrito Sanitário V	22	15,49
	Distrito Sanitário VI	38	26,76

[Digite texto]

Ao se calcular a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de acordo com a faixa etária estudada, foi evidenciada uma maior RMM para as mulheres com idade entre 40-49 anos (414 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos). Em segundo lugar, as mulheres na faixa etária entre 30-39 anos, com uma RMM de 129,09 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. As mulheres que se encontravam na faixa etária entre 10-19 anos e 20-29 anos obtiveram uma RMM de 53,12 óbitos e 47,44 óbitos por 100.000 nascimentos, respectivamente (Tabela 5.3.3).

Tabela 5.3.3 - Razão de mortalidade materna (RMM) de acordo com a faixa etária analisada. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Faixa Etária	n	%	Nascidos Vivos	RMM* por Idade
10-19 anos	25	17,61	47.063	53,12
20-29 anos	54	38,03	113.830	47,44
30-39 anos	52	36,62	40.281	129,09
40-49 anos	11	7,75	2.657	414,00
Total (10-54 anos)	142	100,00	203.983	69,61

*RMM= Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascimentos)

As causas dos óbitos maternos em 62,68% foram obstétricas diretas e em 37,32% foram determinados por causas obstétricas indiretas (Tabela 5.3.4).

Das causas obstétricas diretas, os distúrbios hipertensivos foram responsáveis pelo maior percentual (42,7%) enquanto os distúrbios hemorrágicos foram a segunda causa com 15,73%. Os óbitos maternos ocorridos por distúrbios infecciosos e tromboembólicos representaram a terceira e quarta causas com 11,24%, cada. As complicações do abortamento compreenderam a quinta causa de óbito materno direto, com 7,87% (Figura 5.3.1).

[Digite texto]

Tabela 5.3.4 – Distribuição da frequência dos óbitos maternos de acordo com a causa obstétrica do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causas obstétricas de óbito materno	n	%
Obstétrico direto	89	62,68
Obstétrico indireto	53	37,32
Total	142	100,00

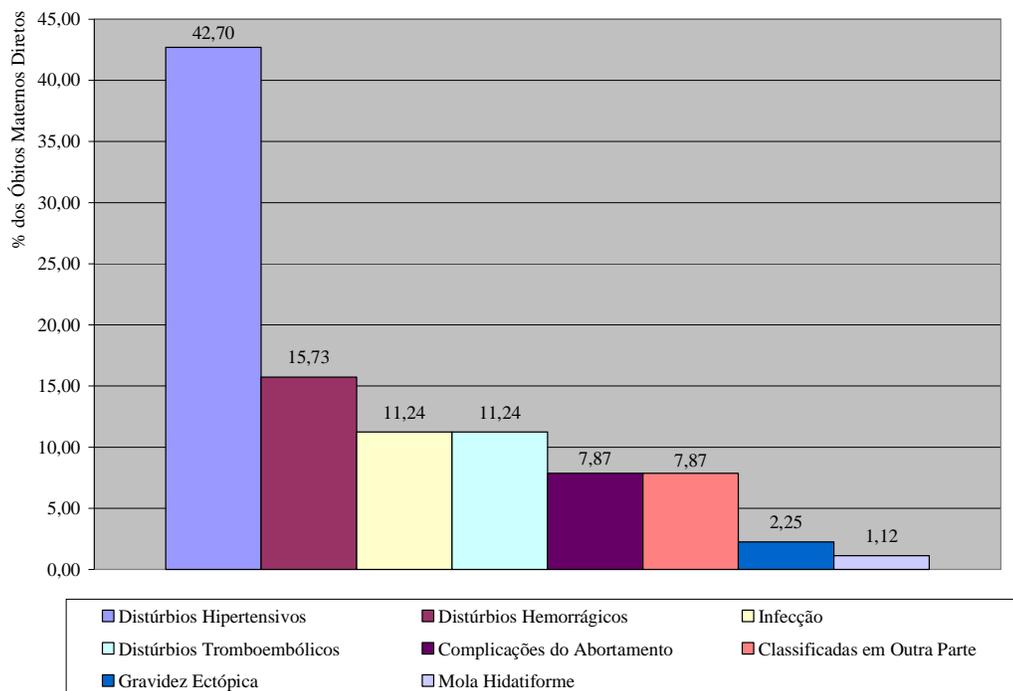


Figura 5.3.1 - Distribuição percentual dos óbitos maternos de acordo com a causa direta do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Dos óbitos maternos por causas indiretas, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa, sendo responsáveis por 43,40%. Em segundo lugar, ficaram as doenças infecciosas com 16,98%. A terceira e quarta causas de óbitos maternos indiretos foram as doenças do aparelho respiratório e digestivo, responsáveis por 15,09%, cada (Figura 5.3.2).

[Digite texto]

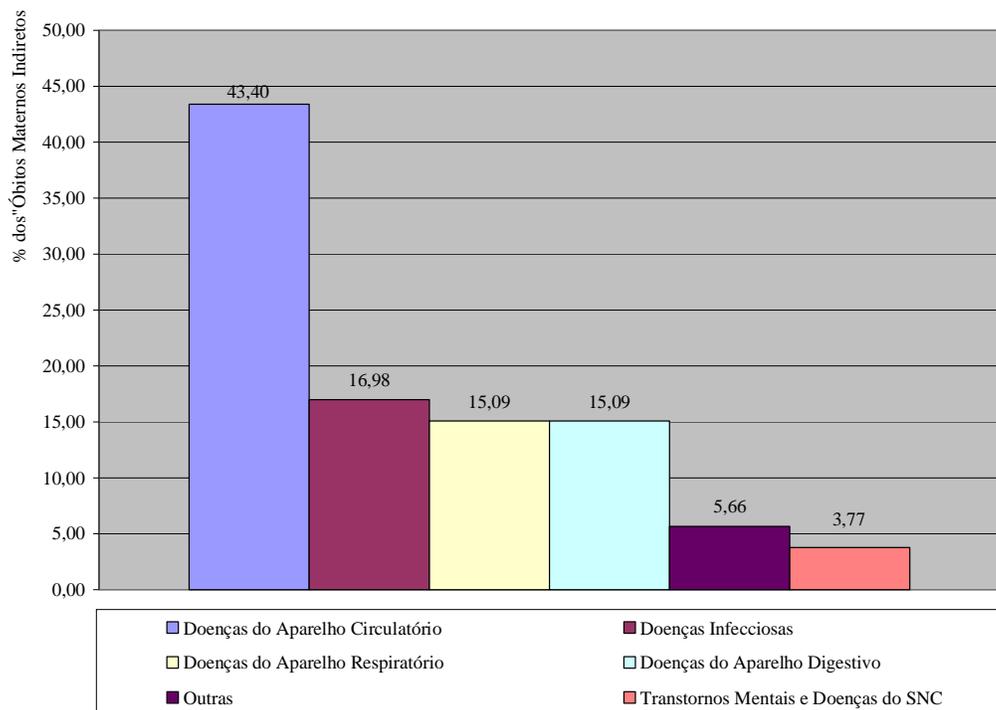


Figura 5.3.2 - Distribuição percentual dos óbitos maternos de acordo com a causa indireta do óbito. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Considerando todas as causas de óbitos, sejam obstétricas diretas ou indiretas, foi verificado um maior percentual de óbitos por distúrbios hipertensivos (26,76%) e por doenças do aparelho circulatório (16,20%). Os distúrbios hemorrágicos representaram 9,86% enquanto as infecções e os distúrbios tromboembólicos representaram 7,04%, cada. Estas cinco principais causas de óbitos representaram 66,9% dos óbitos maternos (Tabela 5.3.4).

Tabela 5.3.5 - Distribuição da frequência das causas básicas dos óbitos maternos. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causas Básicas dos Óbitos Maternos	n	%
Distúrbios hipertensivos	38	26,76
Doenças do aparelho circulatório	23	16,20
Distúrbios hemorrágicos	14	9,86
Infecção	10	7,04
Distúrbios tromboembólicos	10	7,04
Doenças infecciosas	9	6,34
Doenças do aparelho respiratório	8	5,63
Doenças do aparelho digestivo	8	5,63
Complicações do abortamento	7	4,93
Classificadas em outra parte	7	4,93
Outras causas indiretas	3	2,11
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso central	2	1,41
Gravidez ectópica	2	1,41
Mola hidatiforme	1	0,70
Total	142	100,00

5.4 Óbitos por Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias:

Os óbitos classificados no capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitárias) corresponderam à quarta causa de óbito, por capítulo da CID-10, em mulheres na idade reprodutiva, no município do Recife, durante os anos de 1997 a 2004, sendo responsáveis por 10,24% de todos os óbitos na população estudada. O Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Doenças Infecciosas e Parasitárias (CMFIR-DIP) foi de 13,33 óbitos para cada 100.000 mulheres em idade fértil. Quando se comparam os coeficientes de acordo com os quadriênios analisados (1997-2000 e 2001-2004), observa-se uma diminuição no CMFIR-DIP do primeiro quadriênio (14,24 óbitos por 100.000 mulheres) para o segundo quadriênio (12,46 óbitos por 100.000 mulheres) - Tabela 5.4.1. Porém, esta diminuição não foi estatisticamente significativa ($p = 0,126$).

Tabela 5.4.1 - Coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Períodos de Estudo	n	População feminina em idade reprodutiva	CMFIR-DIP *
1997-2000	276	1.938.380	14,24
2001-2004	253	2.030.001	12,46
1997-2004	529	3.968.381	13,33

* CMFIR-DIP: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (por 100.000 mulheres)

Foi observado um maior percentual de óbitos na faixa etária de 40-49 anos representando 38,19% de todos os óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias em mulheres na idade fértil, no período estudado. Mulheres falecidas de 30-39 anos

[Digite texto]

corresponderam a 37,43%, de 20-29 anos representaram 20,04%, enquanto as mulheres na faixa etária de 10-19 anos representaram 4,35% dos óbitos (Tabela 5.4.2).

Houve um predomínio dos óbitos no hospital (92,44%), a despeito dos óbitos no domicílio (6,62%), outros locais (0,57%) e via pública (0,19%). Foram ignorados 0,19% dos óbitos quanto a esta variável (Tabela 5.4.2).

Com relação aos atestantes das DO por doenças do Capítulo 1 da CID-10, foi identificado que o SVO foi responsável por 38,19%. Em 25,52% dos casos, o atestante foi o médico substituto e em 24,39% foi o médico que atendeu à falecida. Outros atestantes corresponderam a 6,62% e o Instituto Médico Legal atestou 2,27%. Foram ignorados os atestantes de 3,02% das DO (Tabela 5.4.2).

No que concerne à raça da falecida, um importante percentual dos óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias foi ignorado (31,19%). Houve um maior percentual dos óbitos de mulheres negras (48,39%). A raça branca correspondeu a 19,47% enquanto a indígena representou 0,95% (Tabela 5.4.2).

Em se tratando do estado civil, houve um predomínio de mulheres solteiras em 62,57% dos óbitos. As mulheres casadas representaram 18,90%. Em 10,78% dos casos, o estado civil foi ignorado. As falecidas eram viúvas em 4,35%, mantinham união consensual em 1,89% e em 1,51% eram separadas judicialmente (Tabela 5.4.2).

Tabela 5.4.2 - Distribuição da frequência dos óbitos femininos em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Variável		n	%
		529	100,00
Faixa Etária	10-19 anos	23	4,35
	20-29 anos	106	20,04
	30-39 anos	198	37,43
	40-49 anos	202	38,19
Local Ocorrência	Hospital	489	92,44
	Domicílio	35	6,62
	Outros	3	0,57
	Ignorado	1	0,19
	Via Pública	1	0,19
Atestante	Serviço de Verificação de Óbitos	202	38,19
	Médico Substituto	135	25,52
	Médico que atendeu à paciente	129	24,39
	Outros	35	6,62
	Ignorado	16	3,02
	Instituto de Medicina Legal	12	2,27
Raça	Negra	256	48,39
	Ignorado	165	31,19
	Branco	103	19,47
	Indígena	5	0,95
Estado Civil	Solteira	331	62,57
	Casada	100	18,9
	Ignorado	57	10,78
	Viúva	23	4,35
	União consensual	10	1,89
	Separada Judicialmente	8	1,51

[Digite texto]

No que concerne à área de residência da falecida, foi observado um maior CMFIR-DIP no DS I (25,78 óbitos por 100.000 mulheres), mesmo apresentando menor população e frequência de óbitos. O DS IV apresentou o menor CMFIR-DIP (10,23 óbitos por 100.000 mulheres), possuindo a terceira maior população e a segunda menor frequência destes óbitos. O DS VI, mais populoso e com maior frequência de óbitos, foi responsável pelo segundo menor CMFIR-DIP (11,07 óbitos por 100.000 mulheres) - Tabela 5.4.3.

Tabela 5.4.3 - Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Femininos em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias (CMFIR-DIP) de acordo com a área de residência. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Área Residência	n	%	PFIR *	CMFIR-DIP **
Distrito Sanitário I	56	10,59	217.249	25,78
Distrito Sanitário II	104	19,66	587.864	17,69
Distrito Sanitário III	95	17,96	755.825	12,57
Distrito Sanitário IV	73	13,8	713.835	10,23
Distrito Sanitário V	84	15,88	663.446	12,66
Distrito Sanitário VI	114	21,55	1.030.162	11,07
Ignorada	3	0,57	-	-
Total	529	100	3.968.381	13,33

* PFIR: População Feminina em Idade Reprodutiva

** CMFIR-DIP: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (por 100.000 mulheres)

Estudando as causas básicas dos óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias, foi evidenciado um predomínio das mortes por doenças virais (HIV, Hepatite e Meningite Viral, dentre outras) em 48,77%. Destas, os óbitos por HIV representaram 95,35%, o que torna a causa básica doenças virais (016-023) quase que sinônimo dos óbitos causados pelo HIV. Como segunda e terceira causas de óbitos, ficaram as mortes devido à tuberculose e às [Digite texto]

doenças infecciosas intestinais (diarréia, gastroenterites, cólera e salmoneloses) com percentuais de 26,65% e 9,83%, respectivamente. Outras doenças bacterianas (meningite bacteriana, leptospirose, hanseníase, dentre outras) representaram a quarta causa de óbito (8,13%) - Tabela 5.4.4.

Tabela 5.4.4 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causa Básica de Óbito	n	%	CMFIR-DIP *
016-023 Doenças virais (A80-B24)	258	48,77	6,50
005-006 Tuberculose (A17-A19)	141	26,65	3,55
001 Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	52	9,83	1,31
007-015 Outras doenças bacterianas (A20-A64)	43	8,13	1,08
028-030 Helmintíases (B65-B83)	24	4,54	0,60
024-027 Doenças transmitidas por artrópodes (B50-B65)	11	2,08	0,28
Total	529	100,00	13,33

* CMFIR-DIP: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (por 100.000 mulheres)

Os óbitos por doenças virais (95,35% correspondiam aos óbitos pelo HIV) e por tuberculose representaram 75,42% de todos os óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias. Estas duas causas básicas de óbito foram analisadas quanto à tendência temporal dos CMFIR-DIP por causa básica. Apesar da ampla variação, foi observada uma tendência temporal crescente dos coeficientes dos óbitos por doenças virais, sobretudo no último ano analisado. Ao contrário, os óbitos por tuberculose apresentaram uma tendência decrescente ao longo dos oito anos estudados (Figura 5.4.1 e Apêndice B).

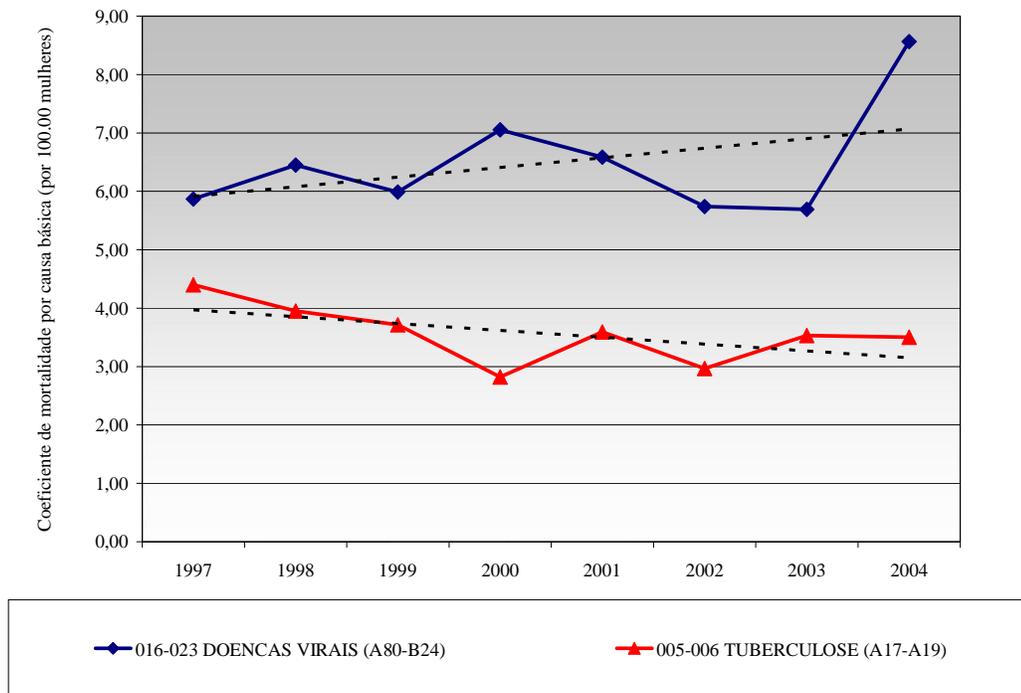


Figura 5.41 - Tendência temporal dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por doenças virais e tuberculose. Recife, Pernambuco, Brasil , 1997-2004

[Digite texto]

5.5 Óbitos por Neoplasias:

No período de 1997 a 2004 ocorreram 1.226 óbitos (23,74%) de mulheres em idade reprodutiva por causas neoplásicas, em residentes no Recife, sendo a principal causa de óbito por capítulo da CID-10 para o período de estudo. O Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Causas Neoplásicas (CMFIR-Neo) calculado para o período foi de 30,89 óbitos por neoplasias por 100.000 mulheres. Subdividindo-se o período total de estudo em dois quadriênios (1997-2000 e 2001-2004), foi observada uma discreta diminuição do CMFIR-Neo do quadriênio 1997-2000 (31,78 óbitos por 100.000 mulheres) em relação ao quadriênio 2001-2004 (30,05 óbitos por 100.000 mulheres) que não foi estatisticamente significativa, com $p = 0,327$ (Tabela 5.5.1).

Tabela 5.5.1 - Coeficiente de mortalidade feminina em idade fértil por causas neoplásicas de acordo com o quadriênio e período total de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Períodos de Estudo	n	População feminina em idade reprodutiva	CMFIR-Neo *
1997-2000	616	1.938.380	31,78
2001-2004	610	2.030.001	30,05
1997-2004	1226	3.968.381	30,89

*CMFIR-Neo: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por causas Neoplásicas (por 100.000 mulheres)

Mais da metade das mulheres falecidas por neoplasias (58,65%) se encontrava na faixa etária entre 40-49 anos. As mulheres entre 30-39 anos, 20-29 anos e 10-19 anos representaram 28,47%, 7,91% e 4,98%, respectivamente.

O local de ocorrência mais freqüente dos óbitos por neoplasias foi o hospital (87,68%). Em 12,07% os óbitos ocorreram no domicílio enquanto outros locais e via pública ocorreram em 0,16% e 0,08%, respectivamente (Tabela 5.5.2).

Considerando o atestante dos óbitos femininos por neoplasias, foi verificado que em 35,15% o responsável pelo preenchimento da DO foi o médico que atendeu à paciente, enquanto o médico substituto foi responsável por 30,34%. Outros atestantes preencheram tais declarações em 19,90%. O SVO preencheu 9,14% das DO por neoplasias na população estudada, enquanto o IML foi responsável por 0,65%. Foram ignoradas quanto ao atestante 4,81% dos óbitos (Tabela 5.5.2).

Houve um predomínio de mulheres solteiras em 46,74% e casadas, em 36,38%. Foram ignorados quanto a este critério 8,24% dos óbitos estudados. Viúvas e separadas judicialmente compreenderam 3,67% e 2,85%, respectivamente. Pacientes apresentando união consensual corresponderam a 2,04% (Tabela 5.5.2).

Com relação à raça, foi observado um maior percentual dos óbitos por neoplasias em mulheres negras (50,24%), seguido por falecidas da raça branca com 27,73%. As raças indígena e amarela apresentaram percentuais de 1,47% e 0,82%, respectivamente. Foram ignoradas as raças de 19,74% das falecidas (Tabela 5.5.2).

Foi identificado que o DS I apresentou o maior Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Neoplasias (CMFIR-Neo: 34,06 óbitos por 100.000 mulheres) mesmo representando o menor percentual de óbitos (6,04%). O DS IV apresentou o menor CMFIR-Neo (27,88 óbitos por 100.000 mulheres) e o quarto maior percentual de óbitos (16,23%). O DS VI apresentou o maior percentual de óbitos (25,94%) e o quarto maior CMFIR-Neo (30,87 óbitos por 100.000 mulheres) - Tabela 5.5.3.

[Digite texto]

Tabela 5.5.2 - Distribuição da frequência dos óbitos por neoplasias em mulheres na idade fértil de acordo com diversas variáveis. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Variável		n	%
		1226	100,00
Faixa Etária	10-19 anos	61	4,98
	20-29 anos	97	7,91
	30-39 anos	349	28,47
	40-49 anos	719	58,65
Local de Ocorrência	Hospital	1.075	87,68
	Domicílio	148	12,07
	Outros	2	0,16
	Via pública	1	0,08
Atestante do Óbito	Médico que atendeu à paciente	431	35,15
	Médico Substituto	372	30,34
	Outros	244	19,9
	Serviço de Verificação de Óbitos	112	9,14
	Ignorado	59	4,81
	Instituto de Medicina Legal	8	0,65
Estado Civil	Solteira	573	46,74
	Casada	446	36,38
	Ignorado	101	8,24
	Viúva	45	3,67
	Separada Judicialmente	35	2,85
	União consensual	25	2,04
	Outro	1	0,08
Raça	Negra	616	50,24
	Branco	340	27,73
	Ignorado	242	19,74
	Indígena	18	1,47
	Amarela	10	0,82

[Digite texto]

Tabela 5.5.3 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias segundo a área de residência da falecida. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Área Residência	n	%	PFIR*	CMFIR-Neo**
Distrito Sanitário I	74	6,04	217.249	34,06
Distrito Sanitário II	169	13,78	587.864	28,75
Distrito Sanitário III	240	19,58	755.825	31,75
Distrito Sanitário IV	199	16,23	713.835	27,88
Distrito Sanitário V	224	18,27	663.446	33,76
Distrito Sanitário VI	318	25,94	1.030.162	30,87
Ignorada	2	0,16	-	-
Total	1.226	100	3.968.381	30,89

* PFIR: População Feminina em Idade Reprodutiva

** CMFIR-Neo: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Neoplasias (por 100.000 mulheres)

Com relação ao estudo das causas neoplásicas de óbito por sistemas, foi evidenciada uma maior frequência dos óbitos devido às neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (22,84%), neoplasias malignas da mama (21,37%) e neoplasias malignas dos órgãos digestivos (17,46%). Também foram frequentes as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (12,56%) e as neoplasias malignas do aparelho respiratório e tórax (6,44%) - Tabela 5.5.4. Estas cinco causas de óbito representaram 80,67% de todos os óbitos por neoplasias. As neoplasias ginecológicas (mama e órgãos genitais femininos) representaram 44,21% dos óbitos. As duas principais causas básicas das neoplasias dos órgãos genitais femininos compreenderam as neoplasias malignas do útero e do ovário, cujos percentuais atribuídos foram de 17,37% e 4,98%, respectivamente.

[Digite texto]

Tabela 5.5.4 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias por causa básica. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Causas de Óbito por Neoplasias	n	%	CMFIR-Neo*
Neo. mal. dos órgãos genitais femininos (C51-C58)	280	22,84	7,06
- Neo. mal. do útero (C53-C55)	213	17,37	5,37
- Neo. mal. do ovário (C56)	61	4,98	1,54
- Neo. mal. da vulva (C51)	4	0,33	0,10
- Neo. mal. da placenta (C58)	2	0,16	0,05
Neo. mal. da mama (C50)	262	21,37	6,60
Neo. mal. dos órgãos digestivos (C15-C26)	214	17,46	5,39
Neo. mal. do tecido linfático e hematopoiético (C81-C96)	154	12,56	3,88
Neo. mal. do aparelho respiratório e tórax (C30-C39)	79	6,44	1,99
Neo. mal. dos olhos e do sistema nervoso (C69-C72)	72	5,87	1,81
Neo. mal. de localizações mal definidas (C76-C80)	61	4,98	1,54
Neo. mal. do tecido mesotelial e tecidos moles (C45-C49)	24	1,96	0,60
Neo. mal. do trato urinário (C64-C68)	15	1,22	0,38
Neo. benignas (D10-D36)	13	1,06	0,33
Neo. mal. da tireóide e de outras glândulas (C73-C75)	12	0,98	0,30
Neo. de comportamento incerto ou desconhecido (D37-D48)	12	0,98	0,30
Neo. mal. dos ossos e das cartilagens articulares (C40-C41)	11	0,9	0,28
Melanoma e outras neo. mal. da pele (C43-C44)	9	0,73	0,23
Neo. mal. do lábio, cavidade oral e faringe (C00-C14)	7	0,57	0,18
Neo. mal. de localizações múltiplas independentes (C97)	1	0,08	0,03
Total	1226	100	30,89

* CMFIR-Neo: Coeficiente de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias (por 100.000 mulheres)

Neo. mal.: neoplasias malignas

Ao analisar a tendência temporal dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva das três principais causas ginecológicas de óbito por neoplasias, foi observada uma ampla variação nos coeficientes de mortalidade por neoplasia maligna da mama e do

[Digite texto]

ovário Os coeficientes de mortalidade por neoplasia maligna do útero, mesmo havendo certa variação, apresentaram tendência decrescente (Figura 5.5.1 e Apêndice C).

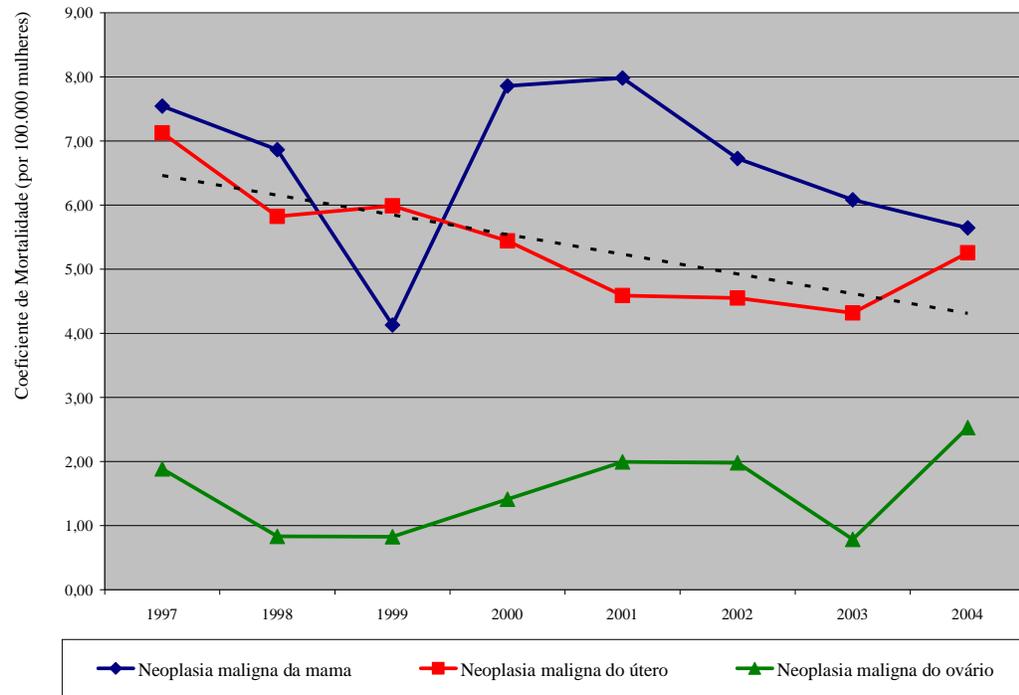


Figura 5.5.1 - Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por neoplasias ginecológicas de acordo com o ano de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Foram determinadas as cinco principais causas básicas de óbito (CID10-BR) por neoplasias de acordo com a faixa etária estudada (Figura 5.5.2). Nas mulheres entre 10-19 anos, as principais causas de óbitos foram as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (40,98%), seguidas por neoplasias malignas dos ossos e cartilagens (11,48%), neoplasias malignas dos olhos e encéfalo (9,84%), neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (6,56%) e neoplasias malignas mal definidas. Estas cinco causas corresponderam a um percentual de 75,42% de todos os óbitos femininos por neoplasias nesta faixa etária (Tabela 5.5.5).

[Digite texto]

Tabela 5.5.5 - Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 10-19 anos. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004

Causas de óbitos por neoplasias (10-19 anos)	n	%
Neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (C81-C96)	25	40,98
- Leucemia (C91, C92, C94, C95)	19	31,15
- Linfoma (C81, C83, C85)	6	9,83
Neoplasias malignas dos ossos e das cartilagens (C40-C41)	7	11,48
Neoplasias malignas dos olhos e sistema nervoso (C69-C72)	6	9,84
- Neoplasia maligna do encéfalo (C71)	5	8,20
- Neoplasia maligna do olho e anexo (C69)	1	1,64
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51-C58)	4	6,56
- Neoplasia maligna do útero (C53-C55)	2	3,28
- Neoplasia maligna do ovário (C56)	2	3,28
Neoplasias malignas mal definidas	4	6,56

Nas mulheres entre 20 e 29 anos, as cinco principais causas de óbito por neoplasias foram as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (29,90%), neoplasias malignas dos órgãos digestivos (15,46%), neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (13,40%), neoplasias malignas da mama (11,34%) e neoplasias malignas do encéfalo (10,31%), correspondendo a um percentual de 80,41% de todos os óbitos femininos por neoplasias nesta faixa etária (Tabela 5.5.6).

Na faixa etária de 30-39 anos, foram mais frequentes os óbitos por neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (26,65%), neoplasias malignas dos órgãos digestivos (16,62%), neoplasias malignas da mama (18,05%), neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (11,75%) e neoplasias malignas dos e sistema nervoso (8,60%). Somando estas cinco principais causas de óbitos, obtém-se um percentual de 81,67% de todos os óbitos por neoplasias nesta faixa etária (Tabela 5.5.7).

[Digite texto]

Por fim, na faixa etária de 40-49 anos, as cinco principais causas básicas de óbito por neoplasias foram: neoplasias malignas da mama (26,01%), neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (23,64%), neoplasias malignas dos órgãos digestivos (19,19%), neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (8,21%) e neoplasias malignas do aparelho respiratório e tórax (7,93%). Tais causas básicas representaram 84,98% dos óbitos por neoplasias para esta faixa etária (Tabela 5.5.8).

Tabela 5.5.6 - Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 20-29 anos. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004

Causas de óbitos por neoplasias (20-29 anos)	n	%
Neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (C81-C96)	29	29,90
- Linfoma (C81-85)	8	8,25
- Leucemias (C91-95)	21	21,65
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos (C15-C26)	15	15,46
- Neoplasia maligna do estômago (C16)	3	3,09
- Neoplasia maligna do intestino delgado (C17)	1	1,03
- Neoplasia maligna do cólon (C18)	3	3,09
- Neoplasia maligna da junção retossigmóide (C19)	1	1,03
- Neoplasia maligna do reto (C20)	2	2,06
- Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas (C22)	3	3,09
- Neoplasia maligna da vesícula biliar (C23)	2	2,06
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51-C58)	13	13,40
- Neoplasia maligna do útero (C53-55)	8	8,25
- Neoplasia maligna do ovário (C56)	4	4,12
- Neoplasia maligna da placenta (C58)	1	1,03
Neoplasias malignas da mama (C50)	11	11,34
Neoplasias malignas dos olhos e sistema nervoso (C69-C72)	10	10,31
- Neoplasia maligna do encéfalo (C71)	10	10,31

Tabela 5.5.7 - Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para a faixa etária de 30-39 anos. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004

Causas de óbitos por neoplasias (30-39 anos)	n	%
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51-C58)	93	26,65
- Neoplasia maligna da vulva (C51)	4	1,15
- Neoplasia maligna do útero (C53-55)	77	22,06
- Neoplasia maligna do ovário (C56)	12	3,44
Neoplasias malignas da mama (C50)	63	18,05
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos (C15-C26)	58	16,62
- Neoplasia maligna do estômago (C16)	25	7,16
- Neoplasia maligna do intestino delgado (C17)	1	0,29
- Neoplasia maligna do cólon (C18)	4	1,15
- Neoplasia maligna do reto (C20)	6	1,72
- Neoplasia maligna do ânus e d/canal anal (C21)	2	0,57
- Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas (C22)	8	2,29
- Neoplasia maligna da vesícula biliar e vias biliares (C23-24)	4	1,15
- Neoplasia maligna do pâncreas (C25)	5	1,43
- Neoplasia maligna mal definida do aparelho digestivo (C26)	3	0,86
Neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (C81-C96)	41	11,75
- Linfoma (C81-85)	17	4,87
- Mieloma múltiplo (C90)	1	0,29
- Leucemias (C91-95)	23	6,59
Neoplasias malignas dos olhos e sistema nervoso (C69-C72)	30	8,60
- Neoplasia maligna do olho e anexo (C69)	1	0,29
- Neoplasia maligna do encéfalo (C71)	27	7,74
- Neoplasia maligna da medula espinhal e dos nervos cranianos (C72)	2	0,57

Tabela 5.5.8 - Distribuição percentual das cinco principais causas de óbitos femininos por neoplasias para faixa etária de 40-49 anos. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004

Causas de óbitos por neoplasias (40-49 anos)	n	%
Neoplasias malignas da mama (C50)	187	26,01
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51-C58)	170	23,64
- Neoplasia maligna do útero (C53-55)	126	17,52
- Neoplasia maligna do ovário (C56)	43	5,98
- Neoplasia maligna da placenta (C58)	1	0,14
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos (C15-C26)	138	19,19
- Neoplasia maligna do esôfago (C15)	5	0,70
- Neoplasia maligna do estômago (C16)	28	3,89
- Neoplasia maligna do intestino delgado (C17)	2	0,28
- Neoplasia maligna do cólon (C18)	22	3,06
- Neoplasia maligna do reto (C20)	12	1,67
- Neoplasia maligna do ânus e do canal anal (C21)	1	0,14
- Neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas (C22)	18	2,50
- Neoplasia maligna da vesícula biliar (C23-24)	24	3,34
- Neoplasia maligna do pâncreas (C25)	13	1,81
- Neoplasia maligna mal definida do aparelho digestivo (C26)	13	1,81
Neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (C81-96)	59	8,21
- Linfomas (C81-85)	26	3,62
- Mieloma múltiplo (C90)	11	1,53
- Leucemias (C91-95)	22	3,06
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e tórax (C30-39)	57	7,93
- Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões (C34)	50	6,95
- Neoplasia maligna do coração, mediastino e pleura (C38)	5	0,70
- Neoplasia maligna da laringe (C32)	2	0,28

6 Discussão

Nesta parte do trabalho, procurou-se discutir os resultados encontrados de acordo com as subdivisões estabelecidas no item anterior, objetivando uma adequada organização e, conseqüentemente, um melhor entendimento.

6.1 Geral

6.1.1 Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva (CMFIR)

O CMFIR do presente estudo foi de 130,15 óbitos por 100.000 mulheres, bastante elevado em comparação a outros estudos de mortalidade feminina em idade reprodutiva. A cidade de Camaragibe-PE, vizinha de Recife, nos anos de 2000 a 2003, apresentou um CMFIR de 108,1 óbitos por 100.000 mulheres (GOMINHO, 2005). Em Cascavel-PR, durante os anos de 1991 a 2000, foi verificado um CMFIR de 116,6 óbitos por 100.000 mulheres (CARDOSO, 2005) e em Campinas-SP, nos anos de 1985 a 1994, foi identificado um CMFIR de 113 óbitos por 100.000 mulheres (FAÚNDES *et al.*, 2000). No município de São Paulo-SP, no ano de 1986, foi determinado o CMFIR em 114,9 óbitos por 100.000 mulheres (LAURENTI, 1990).

Houve uma diminuição estatisticamente significante dos CMFIR de acordo com os quadriênios de estudo (1997-2000 e 2000-2004), todavia, os valores continuam elevados, mesmo no último quadriênio, cujo CMFIR foi de 121,77 óbitos por 100.000 mulheres. Além disso, a monitorização destes coeficientes para cada quadriênio de estudo, pode ser importante para determinar as ações dos governos subseqüentes, além de permitir uma análise retrospectiva das administrações anteriores, já que a mortalidade feminina em idade reprodutiva é considerada um indicador de qualidade de assistência à saúde.

[Digite texto]

6.1.2 Perfil sócio-demográfico

Conforme evidenciado no presente estudo, os óbitos femininos em idade reprodutiva, em residentes no Recife, no período de 1997 a 2004, ocorreram predominantemente na faixa etária de 40-49 anos em cerca de 50% (47,9%). O percentual de óbitos foi bastante semelhante com o estudo anterior (ALBUQUERQUE *et al.*, 1994), no mesmo município, referente ao período de 1992-1993, onde foi encontrado o predomínio dos óbitos femininos em idade reprodutiva na faixa etária de 40-49 anos (47,6%). Em relação ao estudo de Cascavel-PR, foi encontrado o percentual de 40,2% dos óbitos nesta faixa etária (CARDOSO, 2005).

No que concerne ao local de ocorrência do óbito, houve uma diferença entre os valores encontrados entre os estudos de Cascavel e Recife. Enquanto neste estudo os óbitos no hospital corresponderam a 81,18%, estes foram representados por 74,8% e 66,6% em Recife e Cascavel, respectivamente (ALBUQUERQUE, 1994; CARDOSO, 2005). Os óbitos ocorridos no domicílio representaram 11,07% no presente estudo, enquanto nos trabalhos de Albuquerque (1994) e Cardoso (2005) representaram 20,6% e 20,7%, respectivamente. Os percentuais de óbitos ocorridos em via pública foram semelhantes nos três estudos, sendo 4% em Recife (ALBUQUERQUE, 1994) e 3,6% em Cascavel (CARDOSO, 2005).

Os médicos que atenderam às falecidas e seus respectivos substitutos preencheram tais DO em cerca de 40% (39,86%), cujo valor foi semelhante ao estudo de Gominho (2005), na cidade de Camaragibe-PE (38,1%). Foi verificado em 44,12%, que as DO foram emitidas ou pelo SVO ou IML, bem menor que o estudo de Camaragibe (52,8%).

Necessariamente, todos os óbitos por causas externas devem ser investigados pelo IML. As causas externas constituíram 17,19% dos óbitos, o que foi relativamente compatível com o percentual de óbitos declarados pelo IML (20,74%). Desta forma, é importante tentar

[Digite texto]

determinar quais as principais causas de óbito que necessitariam de uma investigação complementar. Acredita-se que as mortes ocorridas subitamente nos hospitais de pacientes sem o prévio conhecimento de sua doença (doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, por exemplo), assim como as que ocorreram sem um tempo de internamento adequado, para um diagnóstico mais apropriado, possam estar relacionadas ao percentual elevado de DO emitidas pelo SVO. Outro fator importante é a falta de acesso e qualidade em saúde pública, os quais determinam um percentual importante de óbitos que necessitariam de investigação pelo SVO, pois se não foi possível acompanhar uma determinada patologia em vida, mais difícil será atestá-la na ocasião da morte.

Com relação à raça, as negras representaram a maioria dos óbitos (50,39%). É importante destacar que Recife apresenta um elevado percentual da raça negra, equivalendo a 63,7%, um dos maiores dentre as capitais brasileiras, possivelmente apenas inferior à cidade de Salvador, cuja população negra representa 82,1% (IBGE, PME, 2006). Contudo, não se pode admitir o percentual elevado de óbitos que foram ignorados (28,33%), representando inclusive um percentual mais elevado que os óbitos ocorridos na raça branca. Gominho (2005), em Camaragibe, encontrou um maior percentual de óbitos femininos em idade reprodutiva da raça negra (parda + preta = 66%), tendo sido ignorado apenas 3,6% das DO investigadas.

O quesito raça/cor é uma variável necessária, devendo ser adotado nos estudos e dados epidemiológicos como um indicador da vulnerabilidade de diferentes grupos étnicos. Embora a medida, para alguns críticos, pareça “racismo”, ela possibilita a adoção de políticas públicas preventivas específicas e, portanto, mais eficazes (SANTOS *et al.*, 2002). Salienta-se ainda a classificação dos estudos em relação à raça negra, incluindo pardos e pretos porque o padrão de renda média por escolaridade, experiência e outras variáveis sócio-econômicas são semelhantes entre pretos e pardos, mas substancialmente diferentes entre estes e as demais

[Digite texto]

categorias de raça/cor (SILVA, 1980; HENRIQUES, 2001; JACCOUD e BEGHIN, 2002). Vale ainda ressaltar que pardos e pretos apresentam um padrão semelhante de mortes, diferentemente dos brancos (BATISTA *et al.*, 2004) e por conta de toda uma situação de precárias condições sócio-econômicas, a população negra deve ser priorizada com alguns programas específicos do Governo.

A classificação em relação à cor da pele nas variáveis branca e negra são mais fidedignas. Em estudo recente sobre a validade da raça e cor, 525.406 mulheres entre 15-59 anos, na cidade de Recife, foram analisadas de acordo com a sua raça referida e comparadas com a classificação do entrevistador. Quando foram utilizadas as raças brancas, pardas e pretas, as opiniões coincidiram em 81,2%, 52,77% e 39,76%. Porém, quando se utilizou as raças brancas e negras (parda + preta), os percentuais coincidiram em 84,4% e 74,6% (MIRANDA-RIBEIRO, 2005).

As mulheres solteiras representaram a maioria dos óbitos (54%) e as casadas 26,10%. Os resultados foram relativamente semelhantes aos encontrados na mesma cidade por Albuquerque (1994) e na cidade de Camaragibe-PE por Gominho (2005) com percentuais de solteiras de 59,5% e 49,7%, enquanto as casadas representaram 26,2% e 30,5%, respectivamente. Cardoso (2005), na cidade de Cascavel-PR, encontrou resultados discordantes deste estudo com um maior percentual de mulheres casadas (55%) em relação às solteiras (37,2%). As mulheres que mantinham união consensual representaram apenas 1,78%, o que pode significar uma subnotificação deste estado marital, já que se torna bastante comum a ocorrência da união estável sem registros nos cartórios civis. Em Camaragibe-PE e Cascavel-PR, foram encontrados distintos percentuais de 5,1% e 0,5%, respectivamente. Em 12,82% das DO, o estado civil foi ignorado representando um percentual menor que o da raça, contudo ainda bastante elevado. O estudo de Albuquerque (1998) apresentou percentuais semelhantes de 14,3%, enquanto em Cascavel-PR e Camaragibe-PE, os percentuais de

[Digite texto]

ignorado foram de 27,85% e 5,6%. Estes dois estudos investigaram todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

Além de constituírem um percentual bastante elevado da população feminina em idade reprodutiva, as solteiras podem estar mais predispostas às causas externas assim como mortes por algumas doenças evitáveis como o câncer de colo uterino ou mesmo a AIDS, por exemplo. Mulheres solteiras estão mais expostas a determinados fatores de risco como o tabagismo, o etilismo e a exposição sexual. Porém, existem alguns vieses envolvidos nestas possibilidades pelo fato de o estado civil não ser um parâmetro corretamente analisado nas DO. Um deles está relacionado à faixa etária, já que as mulheres solteiras estão situadas mais freqüentemente nas faixas etárias mais precoces. Na verdade, seria interessante avaliar a presença ou não de união estável, ou seja, a presença de um companheiro fixo. Uma mulher pode ser considerada solteira apenas porque não se casou oficialmente (nos cartórios civis) independente de apresentar ou não companheiro fixo. De forma semelhante, uma mulher que ainda se encontre casada oficialmente (não procurou a separação judicial), mas que não tenha companheiro pode ser considerada solteira, casada, ou mesmo separada. Pelos dados estudados, o preenchimento do estado civil nas DO, mesmo sendo dependente de documentos ou mesmo de informações dos familiares foi mais adequado do que o preenchimento da raça da falecida, dependente apenas da interpretação por parte do atestante.

Com relação à escolaridade da falecida, consoante citado na metodologia, em 69,72% dos óbitos foi ignorada. Além disso, a classificação da escolaridade foi diferente para os anos de 1997 e 1998 comparando com o período de 1999-2004. No primeiro período, a escolaridade era analisada por graus de estudo, enquanto no segundo período a escolaridade era analisada a partir de anos de estudo. Uma possibilidade para se diminuir a subnotificação desta variável, além da exigência do preenchimento adequado, seria uma uniformização desta classificação. Certamente, algumas mortes evitáveis estão relacionadas a aspectos preventivos

[Digite texto]

dependentes do nível educacional como no caso de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, a escolaridade representa, indiretamente, as condições sócio-econômicas de um indivíduo, o que poderia ser importante para avaliar determinadas causas de óbito relacionadas a grupos mais empobrecidos.

6.1.3 Coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por distritos sanitários

Muito embora possua a menor população feminina, o DS I apresentou o maior CMFIR. Tal distrito se localiza na porção central da cidade sendo constituído por 11 bairros nos quais se encontra uma rede de atenção à saúde composta de serviços de atenção básica e especializada. Trata-se de um distrito tradicionalmente comercial, com menos de 100.000 moradores e onde estão inseridos vários aglomerados urbanos. De acordo com a classificação de Guimarães (2003), este distrito apresenta o bairro com o pior Indicador de Condição de Vida (ICV) do município (bairro do Recife) e mais três bairros nos estratos de pior ICV.

O DS que apresentou o menor CMFIR foi o IV, o qual apresenta apenas um bairro classificado no estrato de pior ICV (Ilha do Retiro), apenas dois bairros classificados no estrato de melhor ICV (Engenho do Meio e Cordeiro) e os bairros restantes (nove) classificaram-se no estrato de moderado ICV. Vale salientar que o DS IV apresenta a terceira maior população feminina em idade reprodutiva.

O DS VI, além de ser o mais populoso, apresentou o maior percentual de óbitos femininos em idade reprodutiva e o segundo menor CMFIR. Apresenta cinco bairros classificados no estrato de pior ICV, um bairro pertencente ao estrato de ICV intermediário (Imbiribeira) e dois bairros pertencentes ao estrato de melhor ICV (IPSEP e Boa Viagem). Não se pode deixar de enfatizar que este DS apresenta um dos bairros considerados mais nobres da cidade do Recife, além de ser bastante populoso (Boa Viagem), destacando-se pela ampla rede de comércio, turismo e lazer, o que pode sugerir indiretamente uma melhor

[Digite texto]

qualidade de vida de seus residentes. Entretanto, por ser mais populoso, apresentar um trânsito mais intenso e se localizar próximo a bairros extremamente mais pobres (Ibura, Brasília Teimosa e Ilha Joana Bezerra) pode estar mais predisposto aos óbitos por causas externas.

O DS III foi responsável pelo terceiro melhor CMFIR. Dos 29 bairros do DS III, 10 deles pertencem ao estrato de melhor ICV, cinco ao estrato de ICV intermediário e 14 ao estrato de pior ICV. Este DS, segundo mais populoso e bastante heterogêneo, possuindo bairros nobres e pobres, apresentou o CMFIR mais próximo do valor de toda a população estudada. Os quatro melhores ICV pertenceram a bairros do DS III (Aflitos, Graças, Derby e Casa Forte). Entretanto, dentre os quatro piores ICV, dois deles pertenceram ao DS III (Pau-Ferro e Guabiraba).

Os DS II e V apresentaram o segundo e terceiro piores CFMIR, todavia bastante semelhantes. Dos 18 bairros do DS II, quatro pertencem ao estrato de melhor ICV, seis ao de intermediário ICV e oito ao de pior ICV. Dos 16 bairros do DS V, 10 pertencem ao estrato de ICV intermediário e seis ao de pior ICV.

É interessante destacar que o DS que apresentou melhor CMFIR, o DS IV, não apresenta um predomínio de bairros com melhores ICV ou mesmo com piores ICV. A maior parte dos bairros pertence a estratos de moderado ICV, ou seja, trata-se do DS mais homogêneo em relação ao ICV. Talvez este menor coeficiente esteja relacionado também ao fato do DS IV contar com três dos seis maiores hospitais públicos do Recife (Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena e Hospital Getúlio Vargas) facilitando o acesso e, conseqüentemente, a qualidade da assistência à saúde.

Ressalta-se ainda a escassez de estudos sobre a mortalidade por distrito sanitário no Recife, o que dificulta uma adequada compreensão, mas não diminui a importância dos

[Digite texto]

mesmos. É interessante que se realizem novos estudos sobre morbidade e mortalidade no Recife, correlacionando com os distritos sanitários.

6.1.4 Principais Causas de Óbito por Capítulo da CID-10

As cinco principais causas de óbitos femininos em idade reprodutiva no Recife (1997-2004), em ordem decrescente, por capítulo da CID, foram: neoplasias, doenças do aparelho cardiovascular, causas externas, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório. O estudo de Albuquerque (1998) na mesma cidade evidenciou as mesmas quatro principais causas, entretanto o grupo de causas mal definidas representou a quinta causa de óbito. Gominho (2005), em Camaragibe-PE, encontrou como cinco principais causas de óbito, em ordem decrescente, as doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Os resultados deste estudo também foram semelhantes ao estudo de Laurenti (1990) em São Paulo, que evidenciou as mesmas quatro principais causas de óbito, sendo a quinta causa as mortes maternas. Diferentemente do presente estudo, Cardoso (2005), em Cascavel-PR, obteve como cinco principais causas de óbito feminino em idade fértil, em ordem decrescente de frequência, as causas externas, doenças cardiovasculares, neoplasias, causas mal definidas, e algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Vale frisar que, nas últimas décadas, as mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, denominadas doenças da industrialização, têm dominado o perfil da mortalidade de adultos nos países desenvolvidos. As doenças cardiovasculares, entretanto, têm decrescido em alguns grandes centros urbanos, à custa de melhorias nas condições de diagnóstico e terapêutica especializada, em faixas etárias mais jovens, e passaram a representar parcela importante dos óbitos na população de 65 anos ou mais (SUTHERLAND *et al.*, 1990). Recentemente, foi inaugurado na cidade do Recife, um grande centro hospitalar

[Digite texto]

voltado para a assistência cardiológica. Espera-se que isto possa repercutir posteriormente numa diminuição da mortalidade feminina em idade reprodutiva por cardiopatias.

6.1.5 Tendência Temporal dos Coeficientes de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva no período de estudo

As cinco principais causas de óbitos permaneceram praticamente nas suas devidas colocações ao longo do período estudado. A tendência decrescente foi melhor evidenciada nos coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho respiratório. Os coeficientes de mortalidade por causas externas e por algumas doenças infecciosas e parasitárias, mesmo apresentando alguma variação, permaneceram constantemente como a terceira e a quarta causas de óbito feminino em idade reprodutiva. Com relação aos óbitos por doenças cardiovasculares, representaram a principal causa de óbito nos anos de 1999, 2000 e 2003. Além disso, nos anos de 1997 e 2004 apresentou valores menores, porém, bastante próximos dos coeficientes de mortalidade por neoplasias. Chama ainda atenção, a proximidade entre os valores dos coeficientes de mortalidade por neoplasias e por doenças do aparelho circulatório: 30,89 e 30,04 óbitos por 100.000 mulheres, respectivamente.

Sugere-se que seja aceitável a alternância de posições entre os óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, pela proximidade dos valores dos coeficientes, mas também pelo fato de outros estudos demonstrarem a variação entre estas duas causas de óbito. Outros autores (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; LAURENTI, 1990) verificaram as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório como primeira e segunda causas de óbitos femininos em idade reprodutiva, enquanto Cardoso (2005) observou as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias como sendo a segunda e a terceira causas de óbitos de mulheres em idade fértil.

Não obstante, é salutar destacar que o período de estudo foi de apenas oito anos, já que nos trabalhos de tendência temporal, de acordo com os anos de estudo, admite-se a análise

[Digite texto]

adequada por um período mínimo de 10 anos. Todavia, neste trabalho, a delimitação da tendência temporal objetivou a ilustração dos principais coeficientes de mortalidade ao longo do período de estudo.

6.1.6 Principais causas de óbito por capítulo da CID-10 de acordo com a raça

As diferenças entre os percentuais de óbitos por determinadas causas revelam a desigualdade social existente entre brancas e negras. Indiretamente, pode-se sugerir que a raça branca apresente, de forma geral, melhores condições econômicas e educacionais.

Isso pode explicar a diferença estatisticamente significativa para os óbitos por neoplasias entre brancas (32,79%) e negras (23,67%), representando a principal causa de óbito por capítulo da CID-10 em ambos os grupos. Contudo, mais importante ainda é frisar a enorme diferença existente nos óbitos por causas externas entre negras (21,36%) e brancas (10,22%), também estatisticamente significativa. Ser negra no Recife significa estar mais exposta às mortes por causas externas, cujo percentual representa mais do que o dobro do valor das brancas. Mesmo não sendo estatisticamente significativa, porém com valor de significância muito próximo ($p = 0,06$), houve uma diferença no percentual de óbitos maternos entre negras (2,92%) e brancas (1,83%). Os óbitos por algumas doenças consideradas evitáveis (causas externas, mortalidade materna) tendem a ser mais frequentes na raça negra, a despeito das mortes causadas por doenças dificilmente evitáveis, como as neoplasias, mais frequentes nas brancas.

Os programas de saúde devem estar voltados para as populações mais carentes. Entretanto, melhorar as desigualdades sociais, econômicas e educacionais representa um importante passo para a melhoria da assistência a saúde. Para se ter noção desta desigualdade existente entre as raças, do ponto de vista econômico, o IBGE realizou uma pesquisa que avaliou a remuneração mensal das mulheres de acordo com a raça. O rendimento médio das mulheres negras é de R\$ 438,37, enquanto o das brancas é de R\$ 771,07. Ainda que se

[Digite texto]

controle a variável escolaridade, evidencia-se um ganho ainda superior das brancas. Negras com escolaridade de 11 anos ou mais ganham R\$ 790,30 enquanto as brancas R\$ 1.382,00 (IBGE, PME, 2006).

6.1.7 Causas de básicas de óbito (CID-BR)

As agressões corresponderam à principal causa básica de óbito feminino em idade reprodutiva, em residentes no Recife, durante o período de 1997-2004, o que denota a violência sofrida pela mulher. É inaceitável que tal causa básica represente percentuais tão superiores às doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e neoplasias malignas da mama, respectivamente segunda, terceira e quarta causas básicas de óbitos de mulheres em idade fértil. Deve-se implantar uma política social mais rigorosa para o combate à mortalidade prematura por homicídios, além de se estudar alguns aspectos relativos aos seus fatores de risco, assim como aprofundar ainda mais o estudo das causas externas nas mulheres em idade reprodutiva.

A busca de mecanismos sociais, como o movimento de mulheres, assim como mecanismos jurídicos, como a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), recentemente sancionada pelo Presidente da República, podem ajudar na diminuição dos óbitos por homicídios, os quais serão ainda detalhados em outro objetivo específico.

Salienta-se ainda que o grupo de doenças virais, cujo percentual de 95% destes são representados pelos HIV, representou a quinta causa de óbito feminino em idade reprodutiva. É alarmante e notório o crescimento dos novos casos de infecção pelo HIV, cuja morte poderia, de forma geral, ser evitada por medidas preventivas, através da realização do sexo seguro, pela utilização do condom e a adesão ao tratamento antiretroviral.

Acidentes de transportes, tuberculose, neoplasia maligna do colo uterino, suicídios, pneumonias e doenças reumáticas do coração, ou seja, agravos cujas mortes podem ser

[Digite texto]

evitadas representaram também importantes percentuais de óbitos nas mulheres em idade reprodutiva.

As mortes obstétricas diretas corresponderam à 19ª causa básica de óbito (1,63%) e as mortes mal definidas com assistência médica representaram 1,55%. Incluindo-se os óbitos sem assistência médica, o percentual de óbitos mal definidos (Capítulo XVIII da CID-10), totalizou 1,63%, bastante inferior aos estudos de Albuquerque (1994) e Cardoso (2005), que encontraram percentuais de 5,2% e 8,1%, respectivamente. As mortes mal definidas indiretamente avaliam a qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte. A frequência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico (OPAS, 2002). Desta forma, percebe-se a melhoria no sistema de informações de mortalidade do Município do Recife, encontrando-se em destaque pelos reduzidos percentuais de óbitos mal definidos.

Chama ainda a atenção, a oitava causa básica de óbito, restante de neoplasias malignas (CIDBR 052), constituindo diversas neoplasias malignas, oriundas de diferentes tipos de órgãos e sistemas acometidos, não permitindo um entendimento adequado deste agrupamento, motivo o qual a posterior classificação dos óbitos por neoplasias foi organizada de acordo com os órgãos e sistemas acometidos.

6.2 Causas Externas

6.2.1 Coeficientes de Mortalidade Feminino em Idade Reprodutiva por Causas Externas (CMFIR-CE)

De forma semelhante aos resultados encontrados por Albuquerque (1998), as causas externas corresponderam à terceira causa de óbito nas mulheres em idade reprodutiva no Recife para os anos de 1992 e 1993 (17,1%), assim como os resultados atuais do mesmo município para o período de 1997-2004 (17,56%).

O CMFIR-CE calculado neste estudo foi de 22,38 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto em Cascavel-PR foi de 29,4 óbitos por 100.000 mulheres (CARDOSO e FAÚNDES, 2006), em Campinas 22,3 óbitos por 100.000 mulheres (FAÚNDES *et al.*, 2000) e em São Paulo 20,6 óbitos por 100.000 mulheres (LAURENTI, 1990). O CMFIR-CE para o Brasil no mesmo período analisado (1997-2004) foi de 19,43 óbitos por 100.000 mulheres (BRASIL, MS, 2006B), reforçando o elevado CMFIR-CE na cidade do Recife, em relação ao Brasil, porém, compatível com dois centros urbanos brasileiros e bem menor que o CMFIR-CE da cidade de Cascavel-PR.

6.2.2 Perfil Sócio-demográfico

Diferentemente das outras causas de mortalidade feminina em idade reprodutiva, as causas externas ocorreram predominantemente na faixa etária mais jovem, sobretudo em mulheres entre 20 e 29 anos (33,11%), em seguida pela faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos (25,11%). Assim, quase 60% (58,22%) dos óbitos por causas externas em mulheres na idade reprodutiva no Recife, durante o período estudado, ocorreram em mulheres entre 10 e 29 anos. As mulheres eram solteiras em 62,16% dos óbitos, porém, um percentual

[Digite texto]

importante dos óbitos quanto ao estado civil foi ignorado (24,77%). De forma semelhante às jovens e solteiras, as mulheres negras representaram 62,62% dos óbitos por causas externas, evidenciando a desigualdade racial existente nestes óbitos. Foram ignorados quanto à raça 24,77% dos óbitos, percentual bastante elevado. Desta forma, as mulheres negras, jovens e solteiras parecem estar mais predispostas aos óbitos por causas externas.

Quanto ao local de ocorrência do óbito por causas externas, o hospital representou 47,86%, enquanto que os óbitos por causas externas ocorreram em 31,31% em via pública e 13,74% no domicílio. Os resultados atuais foram semelhantes ao estudo em Cascavel-PR realizado por Cardoso e Faúndes (2006), que observaram 46,1% de óbitos hospitalares por causas externas. Os percentuais de óbitos ocorridos na via pública e no domicílio do presente estudo foram discordantes já que o estudo em Cascavel estabeleceu os percentuais 25,8% e de 20,3% para os óbitos ocorridos na via pública e no domicílio, respectivamente. Na verdade, o que se deseja é que a mulher vítima de violência ou acidente receba assistência médico-hospitalar antes de sua morte. Este percentual elevado de óbitos por causas externas fora do hospital pode significar o excesso de homicídios por armas de fogo, cujos óbitos muitas vezes ocorrem de forma imediata, ou mesmo o difícil acesso ao hospital das mulheres vítimas de violências ou acidentes. Contudo, é importante frisar que as duas cidades comparadas apresentam características completamente diferentes, sob a ótica social, educacional, urbana e econômica, não permitindo esta analogia de forma adequada. O ideal realmente é comparar com os índices anteriores da mesma localidade (ou pelo menos de localidades semelhantes) para que seja possível avaliar quais os mecanismos contribuintes para possíveis modificações dos locais de ocorrência dos óbitos por causas externas. Um destes mecanismos, sem dúvida alguma, foi a implementação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Com o crescimento deste programa nacional, possivelmente, pode-se estipular que os locais de

[Digite texto]

ocorrência de óbito por causas externas sejam menos freqüentemente em via pública, sobretudo para os acidentes de trânsito.

É importante enfatizar que mais de 95% dos óbitos por causas externas foram declarados pelo IML, permitindo, desta forma, que a causa básica do óbito seja elucidada da forma mais adequada. Através da avaliação dos médicos legistas é possível identificar o tipo de instrumento utilizado nos óbitos por homicídios ou suicídios, se houve ou não violência sexual, se a falecida se encontrava grávida, ou mesmo pelo reconhecimento de cadáveres.

6.2.3 Coeficiente de Mortalidade por distrito sanitário

De forma semelhante às causas gerais de mortalidade feminina em idade reprodutiva, os DS I, V e III representaram a primeira, terceira e quarta localidades com os maiores CMFIR-CE. Contudo, o DS VI, que representou o segundo melhor CMFIR geral, desta vez foi responsável pelo segundo maior CMFIR-CE (22,91 óbitos por 100.000 mulheres). O DS IV, que representou o menor CMFIR geral, possui o segundo menor CMFIR-CE (19,05 óbitos por 100.000 mulheres). O DS II, que obteve o segundo maior CMFIR geral, foi responsável pelo menor CMFIR-CE (18,20 óbitos por 100.000 mulheres).

Acredita-se que a mudança ocorrida em relação ao DS VI para os óbitos por causas externas tenha sido devida ao fato deste distrito apresentar-se com um trânsito de veículos mais intenso, além da ocorrência de assaltos e demais crimes bastante freqüentes nesta região. Trata-se ainda de um DS com um dos melhores bairros da cidade (Boa Viagem), local freqüente de atividades de lazer, com grande concentração de pessoas predominantemente jovens, sobretudo na orla marítima. Não se pode omitir ainda a prostituição que ocorre intensamente no referido bairro, com intenso comércio e consumo de drogas lícitas e ilícitas. Deve-se ainda lembrar também de que neste DS, outro bairro, desta vez menos favorecido sócio-economicamente, o Ibura, apresenta-se tradicionalmente como um bairro bastante

[Digite texto]

violento, sendo localizado ainda às margens de uma rodovia federal de condições consideravelmente precárias.

6.2.4 Tipos de Causas Externas

Analisando especificamente os óbitos por causas externas, foi observado que o município do Recife apresentou um elevado percentual de óbitos por homicídios (49,62% - CMFIR-CEE: 11,11 óbitos por 100.000 mulheres) em contraste com os óbitos por acidentes de transportes (23,63% - CMFIR-CEE 5,19 óbitos por 100.000 mulheres). Estudo anterior de Albuquerque (1998) para o mesmo município, no período de 1992 a 1993, evidenciou um percentual de 32,9% e 31,2% dos óbitos por causas externas devido a homicídios e acidentes de transporte, respectivamente. Cardoso e Faúndes (2006), em Cascavel, nos anos entre 1991 e 2000, considerando os óbitos por causas externas, evidenciaram percentual e CME mais elevados para os acidentes de transporte (52,5% e CMFIR-CEE: 15,4 óbitos por 100.000 mulheres), ao contrário dos homicídios (16,9% e CMFIR-CEE: 5 óbitos por 100.000 mulheres) . De acordo com os dados obtidos pelo SIM / DATASUS para os óbitos femininos em idade reprodutiva ocorridos no Brasil durante o período de 1997-2004, foi evidenciado um CMFIR-CE de 19,43 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto as principais causas de óbito estiveram relacionados aos acidentes de transporte, homicídios e suicídios, com CMFIR-CEE de 6,85, 5,6 e 2,06 por 100.000 mulheres, respectivamente (BRASIL, MS, 2006b). Os resultados de Recife identificaram um maior CMFIR-CEE para os homicídios e suicídios, a despeito dos acidentes de transporte que apresentaram valores menores. O CMFIR-CEE dos homicídios no Recife é quase o dobro do nacional.

Apesar do decréscimo no percentual de óbitos por acidentes de transporte, permanece cada vez mais inadmissível o elevado número de mortes por homicídios de mulheres em idade

[Digite texto]

reprodutiva o que serve de alerta para o estabelecimento de uma política de segurança pública que combata a violência de gênero.

Quanto ao suicídio, o percentual de óbitos por esta causa externa foi menor que o estudo de Albuquerque *et al*(1998), nos anos de 1992 e 1993 (12,7%) e do que o estudo de Cardoso e Faúndes (2006) conduzido em Cascavel (14,6%). Em se tratando de CMFIR-CEE, os resultados de Recife (2,24 óbitos por 100.000 mulheres), são menores que o de Cascavel (4,3 óbitos por 100.000 mulheres) e discretamente maior do que o do Brasil (2006b) - 2,06 óbitos por 100.000 mulheres. Os óbitos por suicídios podem predizer a qualidade de vida de uma determinada população. Medidas educativas, melhoria no saneamento básico, nas opções de lazer e segurança, criação de centro de apoio psico-sociais (CAPS), diagnóstico e tratamento adequado da depressão e do alcoolismo, dentre outras medidas, podem ajudar a diminuir o número de mulheres que se suicidam numa fase da vida tanto produtiva como reprodutiva.

6.2.5 Tendência temporal dos coeficientes de mortalidade específicos

Os CMFIR-CEE das três principais causas externas sugeriram uma tendência decrescente dos óbitos por acidentes de transportes em contraste com os óbitos por homicídios, apresentando notória elevação. Já os óbitos por suicídios permaneceram com uma linha de tendência estabilizada.

Yunes e Rajs (1994) ao avaliarem a tendência desta mortalidade na população das Américas, no período de 1979 a 1990, identificaram comportamento distinto entre os países, em relação aos três grupos principais de mortes por causas externas, acidentes de trânsito, suicídios e violência. Concluíram que, embora tenha havido uma tendência de queda na mortalidade por causas externas em nove dos quinze países avaliados, esta dependeu primordialmente da redução dos acidentes de trânsito.

[Digite texto]

A diminuição nos CMFIR-CEE dos óbitos por acidentes de transporte, pode estar relacionada às ações desenvolvidas pelo Departamento de Trânsito de Pernambuco (DETRAN-PE). Campanhas na mídia e nas ruas, contratação de atores para maior sensibilização de motoristas e pedestres, serviram de incentivo para uma melhor conscientização no trânsito. Além disso, o controle de velocidade máxima nas avenidas de grande fluxo, colocação de lombadas eletrônicas, maior fiscalização dos guardas de trânsito e, principalmente, o uso obrigatório do cinto de segurança contribuíram para tal diminuição.

6.2.6 Tipos de Agressões

O desarmamento da população, ainda que não tenha sido objetivado no contexto político através do referendo de 2005, deve, no mínimo, ser repensado. A elevada proporção de mulheres cujos homicídios ocorreram através de armas de fogo (80,74% das agressões) sugere que tal desarmamento pode evitar alguns óbitos não só de mulheres, mas também de toda a população. Entretanto, a perplexidade se deve ao fato de que o principal agente da violência contra a mulher é representado pelo seu próprio companheiro ou ex-companheiro (RUSCHE, 2001). Trata-se de uma relação de gênero completamente assimétrica, já que raros são os casos em que a mulher é responsável direta pelo óbito do seu companheiro ou ex-companheiro. Ainda assim, não se pode negar a participação de mulheres no crime organizado, envolvidas com drogas e prostituição, situação que as coloca em maior risco de morte.

Combater os homicídios, acidentes de transportes e os suicídios, ou seja, os responsáveis por 82,92% dos óbitos por causas externas de mulheres na idade reprodutiva no Recife no período de 1997-2004, com certeza não é tarefa fácil. Contudo, mais difícil ainda é aceitar a perda feminina que se reflete para toda família, pois não se trata em geral de uma fatalidade, mas de um óbito que realmente poderia ter sido evitado.

[Digite texto]

Tentar melhorar o sistema de saúde no sentido de promover um melhor atendimento médico de urgência e emergência é de fundamental importância, assim como ações que promovam a segurança e o controle do trânsito. Não se pode negar ainda o enorme envolvimento do uso de álcool e demais drogas com os acidentes de transportes. É preciso um maior rigor e fiscalização por parte dos departamentos de trânsito e até mesmo uma mudança na legislação do trânsito que permita punições mais severas para condutores (as) de veículos alcoolizados (as). O maior rigor também nas leis de combate à violência no gênero associado ao desarmamento da população e a permanente luta do movimento de mulheres são ferramentas salutares para o combate dos óbitos por homicídios de mulheres no período fértil.

6.3 Mortalidade Materna:

6.3.1 Razão de Mortalidade Materna (RMM)

A RMM na cidade do Recife no período de estudo foi de 69,61 óbitos maternos por 100.000 NV. Após mais de dez anos do período de estudo de Albuquerque (1994), verificou-se que a RMM não diminuiu de forma importante, pois, nos anos de 1992-1993, a RMM foi de 77,7 óbitos maternos por 100.000 NV. Costa *et al.* (2002), também analisando os óbitos maternos no Recife, encontraram uma RMM de 75,5 óbitos maternos por 100.000 NV no período compreendido entre 1994 e 2000. Ao se separar a RMM de acordo com o primeiro quadriênio deste estudo, observou-se uma RMM (1997-2000) bastante semelhante aos trabalhos citados anteriormente (77,1 óbitos maternos por 100.000 NV). Houve uma diminuição em relação ao quadriênio 2001-2004 (60,72 óbitos maternos por 100.000 NV), porém não foi estatisticamente significativa.

Os resultados deste estudo se assemelharam aos de Laurenti *et al.* (2004) para a região Nordeste. Este autor encontrou uma RMM para o Nordeste de 73,2 óbitos maternos por 100.000 NV, durante o primeiro semestre de 2002. A RMM da região Nordeste não se aproximou das RMM de outras regiões como a Norte (60,5 óbitos maternos por 100.000 NV), Centro-Oeste (49,3 óbitos maternos por 100.000 NV), Sudeste (45,4 óbitos maternos por 100.000 NV) e, sobretudo, em relação à região Sul (42 óbitos maternos por 100.000 NV). Tais resultados apenas corroboram com a péssima assistência à saúde da população nordestina, além das escassas condições sócio-econômicas.

6.3.2 Perfil Sócio-demográfico

O hospital foi o local de ocorrência de aproximadamente 96% dos óbitos maternos e o atestante em quase 50% foi representado pelo SVO. Os médicos que acompanharam às

[Digite texto]

falecidas ou seus substitutos representaram 38,74%. Assim, concebe-se que, de forma geral, a falecida chega a ter a assistência hospitalar, mas não se preenche as DO pelos médicos do hospital onde ocorreu o óbito. Na verdade, seria interessante que todas as mortes maternas fossem discutidas pelos hospitais de ocorrência dos óbitos, sobretudo as maternidades de alto risco e investigados, se necessário, pelo SVO. Esta rotina poderia diminuir o preenchimento inadequado da DO e confirmaria as reais causas de óbito materno.

6.3.3 Razão de Mortalidade Materna por Faixa Etária

Apesar de representar o maior percentual de NV, a RMM foi menor na faixa etária de 20-29 anos e em seguida pela faixa etária de 10-19 anos. Entretanto, as RMM para as faixas etárias compreendidas entre 30-39 e 40-49 anos foram consideravelmente elevadas (129,09 e 414 óbitos maternos por 100.000 NV). Sabe-se que as gestantes idosas apresentam maiores fatores de risco para desenvolverem complicações no ciclo gravídico-puerperal, como a hipertensão, por exemplo. Além disso, pelo fato de, em sua maioria, terem engravidado mais, experimentam os riscos elevados da multiparidade. Deve-se, portanto, ter uma maior atenção às gestantes e puérperas na faixa etária entre 30-49 anos.

6.3.4 Causas de Óbitos

O presente estudo corroborou os achados anteriores das principais causas de óbitos maternos como sendo as causas obstétricas diretas, tendo como principais representantes a tríade da hipertensão, hemorragia e infecção. Entretanto, salienta-se a importância do elevado percentual de óbitos por cardiopatias, os quais dispensam uma maior atenção na cidade do Recife, visto que apenas uma das cinco maternidades de alto risco do SUS possui cardiologista de plantão (24h).

[Digite texto]

A cidade do Recife apresenta melhores condições de infra-estrutura em suas maternidades se comparado aos anos passados, maternidades classificadas em baixo e alto risco, além de profissionais em geral capacitados, selecionados por concurso público. Desde 2000, as maternidades públicas e conveniadas ao SUS de todo o estado de Pernambuco são interligadas com a Central de Partos com o intuito de otimizar os internamentos, encaminhando as parturientes para as maternidades mais próximas, direcionando as pacientes de alto risco para maternidades de porte terciário. Entretanto, ainda não se percebe uma diminuição importante na RMM dos últimos 15 anos. Isto pode ser devido a uma diminuição na subnotificação, ou mesmo, um aumento dos óbitos por diminuição das condições sócio-econômicas e de saúde da população, de forma geral. Infelizmente, quando se discute as causas de óbitos maternos, procura-se um culpado, pelo fato de as mortes maternas, em sua maioria, serem determinadas por causas obstétricas diretas, consideradas evitáveis. Na prática, procura-se identificar as falhas na assistência terminal, ou seja, no período do parto e puerpério, esquecendo-se muitas vezes de morbidades progressas, bem como do acompanhamento pré-natal.

A história da morte materna se inicia antes da concepção, de acordo com a condição de saúde da mulher, do acesso ao planejamento familiar e também consoante a qualidade de seu pré-natal. A nível de SUS, encontrar gestantes sem fatores de risco é uma raridade. Mais difícil ainda é identificar serviços com assistência pré-natal adequada. O dia-dia dos plantões em obstetrícia evidencia situações que denunciam a baixa qualidade do pré-natal, fazendo com que as gestantes superlotem os serviços de urgência obstétrica. Uma delas é a ausência da consulta de pré-natal semanal a partir da 37^a semana de gestação. Estas mulheres muitas vezes realizam as últimas consultas de pré-natal nas emergências obstétricas. Outro problema freqüente é a ausência da consulta pós-natal, a qual poderia prevenir ou tratar precocemente um número enorme de complicações ocorridas no período puerperal. O funcionamento de

[Digite texto]

maternidades, muitas vezes de forma inadequada (berçários lotados, maternidades lotadas, berçários infectados, falta de materiais médico-cirúrgicos, dentre outros) possibilita a exposição das gestantes e puérperas a riscos desnecessários. Além disso, a cultura da cesariana desnecessária submete as gestantes aos riscos inerentes ao procedimento, os quais se elevam, sobretudo, com o baixo nível sócio-econômico da paciente, conforme evidenciado por Freire et al (1979).

Outro risco desnecessário é a prática do abortamento inseguro. A face oculta das mortes por abortamentos provocados, muitas vezes subnotificadas, cujas causas de mortes podem ser declaradas como sendo septicemias, parada cardiorrespiratória, edema agudo de pulmão ou mesmo mortes mal definidas (causas presumíveis de óbito materno), revelam as condições desiguais da prática do abortamento de acordo com o nível sócio-econômico. Se a paciente apresenta nível sócio-econômico elevado, com certeza, na prática do abortamento ilegal procurará o método mais seguro, a partir da utilização de prostaglandinas. Contudo, para a paciente de baixo poder aquisitivo, o abortamento será realizado em lugares clandestinos, praticados por curiosos e por instrumentos inadequados como, por exemplo, cabo de guarda-chuva, sondas, soluções tóxicas, instrumentos perfurantes, etc. (SILVA, 1992).

É preciso uma maior conscientização dos gestores municipais a respeito da vigilância na qualidade de atenção básica à saúde da população. Sob a ótica obstétrica, é preciso monitorar a qualidade da assistência pré-natal. De nada vale realizar um número elevado de consultas, se não é realizado o exame físico obstétrico adequado, se não são pedidos os exames de rotina, prestadas as devidas orientações ou mesmo se o cartão de pré-natal não é preenchido de forma correta. O cartão de pré-natal representa um documento extremamente importante para a vigilância da qualidade do pré-natal. Infelizmente, não há a preocupação dos gestores de saúde em reconhecer e tentar modificar a baixa qualidade do pré-natal.

[Digite texto]

Um grave e costumeiro problema encontrado no Recife diz respeito à superlotação das maternidades. Pacientes ocupando macas e cadeiras, denunciando as péssimas condições de nascimento de um ser humano, isto jamais pode ser desconsiderado. O governo municipal deve investir mais em mecanismos que visem o monitoramento das maternidades, para que se possam corrigir possíveis erros de administração pública. Se não há vagas, que se busquem alternativas mais serenas que não prejudiquem um momento tão importante na vida de uma mulher e seu recém-nato. A superlotação das maternidades precisa ser solucionada urgentemente e para isso se faz necessário conhecer suas reais causas. Assim, existem três possibilidades principais: não existem leitos suficientes para o município; os leitos são suficientes para o Recife, mas são ocupados por pacientes de outros municípios; ou as maternidades não funcionam de forma adequada. A partir da identificação destas causas será possível exigir a atuação mais eficaz dos municípios vizinhos, o funcionamento adequado de algumas maternidades ou mesmo estabelecer convênios com a rede complementar (particular) para que seja prestada uma assistência digna ao parto e nascimento. Por mais que a superlotação das maternidades não esteja relacionada diretamente com os óbitos maternos, a sua ocorrência piora a qualidade de atenção obstétrica, sobretudo nas maternidades de alto risco.

Outro aspecto importante relacionado aos óbitos maternos diz respeito às unidades de terapia intensiva (UTI). Das cinco maternidades de alto risco, apenas uma garante leitos de UTI para suas pacientes. Neste caso específico, trata-se de uma UTI obstétrica, com leitos específicos às gestantes e puérperas. Em outras três maternidades, apesar de existir UTI, a mesma está voltada para todos os serviços do hospital, encontrando-se sempre lotada, dificultando a obtenção de vagas pelos serviços de obstetrícia. É muito comum, em algumas maternidades de alto risco, encontrar pacientes que necessitam de leitos de UTI, mas que, pela ausência de vagas, permanecem nas enfermarias ou nos centros obstétricos (“pré-parto”), não

[Digite texto]

recebendo os cuidados intensivos necessários. Seria importante a busca de mecanismos legais que permitam que as gestantes e puérperas que necessitem de UTI tenham garantia no sistema público ou mesmo no complementar. Trata-se, em geral, de mulheres jovens, com potencial de cura bastante significativo e cujo óbito repercute negativamente para a qualidade da assistência à saúde de toda a população. Além disso, a formação dos obstetras em cuidados avançados de suporte à vida, deve ser mais estimulada, sobretudo nas maternidades de alto risco.

Seria extremamente interessante a classificação específica de gestantes que apresentem um risco elevado de morte materna através de protocolos específicos de sua transferência. Trata-se do *near miss*, discutido no Brasil por importante revisão sistemática (SOUZA, *et al.*, 2006), além de outros trabalhos internacionais (SAY *et al.*, 2004; OLADAPO *et al.*, 2005; AL-SULEIMAN *et al.*, 2006; WEN *et al.*, 2005). O conceito *near miss* no estudo da morbidade materna foi introduzido por Stones et al (1991), e faz referência à situação onde mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, somente sobreviverem devido ao acaso ou ao cuidado hospitalar. Nestes casos, haveria a necessidade do acompanhamento médico na transferência, rapidez no percurso, contato prévio e preparo da equipe obstétrica e multidisciplinar que receberá a “paciente *near miss*”, dentre outras medidas que ajudariam no melhor atendimento médico a estas pacientes (AL-SULEIMAN *et al.*, 2006). Algumas situações exigem esta especial atenção como, por exemplo, hemorragias genitais, convulsões no ciclo gravídico-puerperal, abdome agudo, descompensação cardiorrespiratória, sepse e choque séptico, dentre outras.

WEN *et al.* (2005) definiu uma lista com as principais morbidades maternas graves: Falência cardíaca ou anóxia cerebral após cirurgia obstétrica, hemorragia pós-parto necessitando hemotransfusão, rotura uterina, complicações pulmonares, cardíacas ou neurológicas após anestesia, eclâmpsia, hemorragia pós-parto necessitando de histerectomia,

[Digite texto]

distúrbios cerebrovasculares puerperais, edema pulmonar, necessidade de ventilação assistida, tromboembolismo venoso, falência renal aguda após o parto, síndrome da angústia respiratória do adulto, infarto do miocárdio. A associação de morbidades aumenta o risco de morte materna.

Enfim, a melhor opção para combater a tragédia da mortalidade materna, talvez esteja relacionada às questões básicas de saúde. A maior atenção ao parto e puerpério, incluindo melhor assistência obstétrica e neonatal, assim como possibilitar um melhor acesso aos serviços de planejamento familiar e eliminar o abortamento inseguro constituem prioridades da OMS para melhorar a saúde feminina em idade reprodutiva (OMS, 2004). Melhorar as condições sócio-econômicas da população, a qualidade do pré-natal e diminuir o alto percentual de cesarianas, não se esquecendo do suporte intensivo e do acompanhamento multidisciplinar, certamente serão medidas capazes de diminuir a elevada RMM.

6.4 Mortalidade Feminina em idade reprodutiva por algumas doenças infecciosas e parasitárias:

6.4.1 Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (CMFIR-DIP):

O elevado CMFIR-DIP na cidade do Recife no período estudado (13,33 óbitos por 100.000 mulheres), traduz tanto a falta de assistência à saúde como também o saneamento básico inadequado e a falta de medidas preventivas sociais, o que conseqüentemente leva ao enorme número de mortes prematuras e evitáveis. A diminuição existente entre os quadriênios 1997-2000 (14,24 óbitos por 100.000 mulheres) e 2001-2004 (12,46 óbitos por 100.000 mulheres) não foi estatisticamente significativa e sugere mudanças nas políticas de saúde investidas no município. O CMFIR-DIP em Recife foi superior aos observados nas cidades de Campinas (9,2 óbitos por 100.000 mulheres) por Faúndes *et al.*, (2000) e Cascavel (5,9 óbitos por 100.000 mulheres) por Cardoso (2005). O CMFIR-DIP do Brasil (10,11 óbitos por 100.000 mulheres), no mesmo período do estudo atual também foi inferior ao de Recife (BRASIL, SIM/DATASUS, 2006).

6.4.2 Perfil Sócio-Demográfico

Predominaram os óbitos ocorridos no hospital, declarados pelo SVO, de mulheres da faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos, negras e solteiras. O percentual de DO com algumas dessas variáveis ignoradas foi bastante elevado, como raça e estado civil. Chama a atenção o fato de os médicos que atenderam às pacientes ou mesmo os substitutos representarem quase a metade dos declarantes (49,91%) em contraste com o percentual elevado de ocorrência de óbitos hospitalares (92%). Aventa-se a possibilidade de várias mulheres falecidas por causas infecciosas não possuírem o correto diagnóstico antes de sua

[Digite texto]

morte. Considerando esta hipótese formulada, também não teriam o tratamento adequado, nem mesmo seria possível declarar a real causa de óbito. É interessante observar ainda que o percentual de mulheres na faixa etária de 30-39 anos, falecidas por algumas doenças infecciosas e parasitárias, foi muito próximo aos valores da faixa etária de 40-49 anos, diferentemente evidenciado para os óbitos em geral e por causas neoplásicas. Isto reforça a questão da evitabilidade desses óbitos em idade reprodutiva, além da diminuição da expectativa de vida e dos anos potenciais de vida perdidos.

6.4.3 Coeficientes de mortalidade por distrito sanitário

Os CMFIR-DIP de acordo com o DS da falecida, encontram-se na mesma ordem dos CMFIR geral. Assim, é pressuposto que o DS I apresente as piores condições de saúde e saneamento básico de seus residentes, ao contrário do DS IV. Enfatiza-se a importância do estabelecimento de políticas sociais e de saúde para modificar o elevado CMFIR-DIP do DS I, pois o mesmo apresentou quase o dobro do CMFIR-DIP do Recife. Os possíveis fatores envolvidos na gênese destes coeficientes foram abordados na mortalidade geral.

6.4.4 Causas Básicas dos Óbitos

Os elevados percentuais de óbito por doenças virais, tuberculose e doenças infecciosas intestinais representaram 85,25% dos óbitos do capítulo I da CID 10. O percentual e CMFIR-DIP por doenças infecciosas intestinais encontram-se bastante elevados (10% - 1,31 óbitos por 100.000 mulheres), em comparação aos dados de todo o Brasil para o mesmo período (3,34% - 0,34 óbitos por 100.000 mulheres) obtido pelo SIM/DATASUS (BRASIL, MS, 2006b). Estas doenças podem ser prevenidas por medidas de saneamento básico e hábitos de vida e curadas por diagnóstico e tratamento precoces. Ressalta-se a importância do programa de saúde da família, em especial atenção aos agentes comunitários de saúde, educando a

[Digite texto]

população aos hábitos higiênicos adequados. Contudo, as baixas condições sócio-econômicas da população recifense e as precárias condições do saneamento básico, continuam sendo os principais obstáculos a serem ultrapassados no combate às doenças infecciosas intestinais. Palafitas, esgotamento inadequado, poluição de rios e falta de coleta de lixo devem ser amplamente discutidos pelos governantes.

Recife apresenta um CMFIR-DIP por tuberculose maior do que o dobro do CMFIR-DIP brasileiro (1,23 óbitos por 100.000 mulheres) no mesmo período (BRASIL, MS, 2006b). Realmente, o programa de controle desta doença deve ser intensificado em Recife, já que Pernambuco e Rio de Janeiro apresentaram os maiores CM por tuberculose no ano de 2001 para todas as faixas etárias, independente do sexo (BRASIL, MS, 2004b). É interessante ainda que os programas de controle da tuberculose e AIDS sejam analisados em conjunto, pois a associação entre a co-infecção pelo HIV como fator de risco para o insucesso do tratamento, assim como a ingestão excessiva de álcool e a resistência bacteriana (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2001). A supervisão rigorosa destes programas pode diminuir a elevada taxa de abandono do tratamento da tuberculose.

Em se tratando das doenças virais, não se deve esquecer completamente que as mesmas são representadas pelas hepatites virais, encefalites virais e dengue. Porém, em 95% dos óbitos estudados, o óbito por doenças virais esteve relacionado à doença ocasionada pelo vírus do HIV. O presente estudo evidencia um elevado CMFIR-DIP pelas doenças virais (6,5 óbitos por 100.000 mulheres), maior do que o CMFIR-DIP pelas doenças virais no Brasil (5,5 óbitos por 100.000 mulheres) para o mesmo período de estudo (BRASIL, MS, 2006b) Apesar de ser considerada uma doença evitável por medidas preventivas, a AIDS é uma patologia de difícil controle na saúde pública. É preciso estimular a realização do sexo seguro, além de campanhas educativas e rastreamento de novos casos. Os óbitos causados pelo HIV (246) foram mais frequentes que as neoplasias malignas do colo uterino (158), porém ainda não

[Digite texto]

existe um programa de rastreamento bem definido para a AIDS semelhante ao programa de rastreamento do câncer de colo uterino. Tendo em vista a epidemia crescente do HIV, faz-se necessário a realização de programas de testagem sorológica periódica. A criação dos antigos Centros de Orientação e Aconselhamento (COAS), posteriormente sucedidos pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são estratégias eficazes para oferecimento de medidas preventivas e de diagnóstico precoces. Assim como prevenir e diagnosticar precocemente, deve-se tratar adequadamente as mulheres portadoras do vírus HIV. Além do controle virológico, imunológico e a terapia anti-retroviral quando indicada, convém destacar a importância do aconselhamento para prevenir a disseminação do HIV e a identificação dos parceiros sexuais (MENEZES, 2006).

Em relação à saúde materno-infantil, o estabelecimento do Projeto Nascer, no Recife, também representou uma grande conquista das mulheres e seus recém-nascidos para a diminuição da transmissão vertical do HIV. Embora tenha havido aumento na cobertura de testagem de HIV na gestação em relação ao ano de 2002 percebem-se ainda grandes diferenciais: enquanto as coberturas nas regiões Norte e Nordeste não alcançam 40%, no Centro-Sul as coberturas chegam a 72% (Região Sul) evidenciando as desigualdades regionais de acesso às ações de saúde (SOUZA-JR *et al.*, 2004). É preciso ressaltar que a ausência de detecção da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil (BRASIL, MS, 2003). Melhorar a saúde feminina em idade reprodutiva pode indiretamente contribuir positivamente para outros grupos populacionais como no caso dos recém-nascidos e crianças, com relação à transmissão vertical do HIV.

6.4.5 Tendência Temporal dos Coeficientes de Mortalidade por Doenças Virais e Tuberculose:

Salienta-se mais uma vez, a necessidade de estudos posteriores na cidade de Recife, com análise da tendência temporal por um período mínimo de 10 anos, evitando possíveis erros de interpretação. Entretanto, nota-se que a tendência temporal do presente estudo para os óbitos por doenças virais foi crescente, a despeito dos óbitos por tuberculose.

A tendência crescente na mortalidade feminina em idade reprodutiva por AIDS na cidade do Recife foi compatível com as estimativas para o Nordeste brasileiro. Em boletim epidemiológico sobre a mortalidade em geral, foi percebido o aumento persistente das taxas de mortalidade nas regiões Norte e Nordeste. As taxas de mortalidade por AIDS na região Sudeste vêm decrescendo, enquanto nas regiões Sul e Centro-Oeste verifica-se tendência de estabilização (BRASIL, MS, 2006).

O decréscimo dos coeficientes de mortalidade por tuberculose foi compatível com os resultados nacionais e com o município de São José do Rio Preto (SP) sendo evidenciada a tendência temporal decrescente para homens e mulheres entre 15 e 49 anos de idade (VENDRAMINI *et al.*, 2005).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabelece que os tocoginecologistas têm papel fundamental e responsabilidade social considerável para a redução da morbimortalidade por AIDS nas mulheres, sobretudo em idade reprodutiva (MEHTA, 2006). Assim, a partir da consulta anual, é possível orientar a prevenção, diagnosticar e tratar precocemente algumas doenças infecciosas e parasitárias. Propiciar a melhoria das condições sócio-econômicas e educativas pode contribuir para a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Distribuição de renda, construção de moradias populares, melhoria do saneamento básico representam ações relevantes para este decréscimo.

[Digite texto]

6.5 Mortalidade feminina em idade reprodutiva por Neoplasias

6.5.1 Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Neoplasias (CMFIR-Neo)

Representando a principal causa de óbito em mulheres na idade reprodutiva no Recife durante o período de 1997-2004, o CMFIR-Neo, apesar de ter diminuído, não apresentou diferença estatisticamente significativa para os quadriênios estudados.

As neoplasias ocuparam o terceiro lugar dentre as causas de morte na cidade de Campinas, no período de 1985 a 1994, com um CMFIR-Neo de 22,1 óbitos por 100.000 mulheres (FAÚNDES *et al.*, 2000). No atual estudo, os óbitos por doenças neoplásicas em Recife representaram 23,74%, apresentando um CMFIR-Neo de 30,89 óbitos por 100.000 mulheres. Cardoso (2005), estudando os óbitos femininos em idade reprodutiva na cidade de Cascavel, determinou que 19,5% dos mesmos foram atribuídos às causas neoplásicas, com um CMFIR-Neo de 21,3 óbitos por 100.000 mulheres. O CMFIR-Neo do Brasil, para o mesmo período de 1997-2004 foi de 21,3 óbitos por 100.000 mulheres (BRASIL, MS, 2006b). Percebe-se então a magnitude dos óbitos por neoplasias na população feminina de Recife.

6.5.2 Perfil sócio-demográfico:

Aproximadamente 87% dos óbitos ocorreram na faixa etária entre 30-49 anos. Também em cerca de 87%, os óbitos ocorreram no hospital. Entretanto, apesar de o atestante ter sido representado pelo médico que atendeu à paciente ou o seu substituto em 65,49%, outros atestantes representaram 19,9%. Sugere-se que este percentual elevado de outros atestantes esteja representado por médicos que não atenderam às pacientes e/ou que também não se consideraram médicos substitutos. Possivelmente, nestes casos, os médicos apenas

[Digite texto]

constatarem os óbitos de pacientes que estavam internadas em estado terminal. Apesar de ainda prevalecer a raça negra (50,24%), o percentual de mulheres brancas (27,73%) foi maior do que nos óbitos por causas externas, óbitos maternos e óbitos por algumas doenças infecciosas e parasitárias. De forma semelhante, as solteiras representaram 46,74%, porém o percentual de casadas foi de 36,38%, bem maior do que as outras causas de óbito. Os dados do perfil sócio-demográfico sugerem um maior cuidado nos preenchimento das DO por causas neoplásicas, pois o percentual de óbitos ignorados foi menor para as diversas variáveis estudadas. Trata-se de pacientes com doenças crônicas, com diagnóstico já bem estabelecido e o prontuário contendo as informações necessárias ao correto preenchimento da DO. É descrito que, embora a causa da morte não seja sempre acuradamente certificada, este problema tende a ser menor nos óbitos por câncer, o que assegura uma boa qualidade da informação sobre mortalidade por câncer, muito melhor do que para as demais causas de morte (DOLL, 1990; DOLL, 1991).

6.5.3 Coeficientes de Mortalidade por Distritos Sanitários

Os CMFIR-Neo de acordo com o DS foram equivalentes ao CMFIR geral. O DS I representou a localidade com maior CMFIR-Neo, enquanto o DS IV representou o menor CMFIR-Neo. As diferenças entre os CMFIR-Neo de todos os DS foram discretas (27,88 – 34,06 óbitos por 100.000 mulheres). Assim, não há um DS que se destaque por apresentar CMFIR-Neo bem mais elevado ou intensamente mais baixo.

6.5.4 Causas Específicas de Óbitos por Neoplasias

Os elevados percentuais de óbitos por neoplasias dos órgãos genitais femininos e das neoplasias malignas da mama indicam a importância do acompanhamento tocoginecológico visando o diagnóstico e tratamento precoces, pois representaram cerca de 44% dos óbitos por

[Digite texto]

neoplasias, percentual bem semelhante ao nacional, os quais representaram 41,74% (BRASIL, SIM/DATASUS, 2006). Porém, quando se compara os CMFIR-Neo das chamadas neoplasias ginecológicas (mama, útero e ovário), observa-se a intensa discrepância existente entre os CMFIR-Neo ginecológicas de Recife (13,66 óbitos por 100.000 mulheres) e os CMFIR-Neo ginecológicas do Brasil (8,89 por 100.000 mulheres).

Os resultados deste estudo foram concordantes com os de Cascavel, em relação às três principais causas de óbito por neoplasias: neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, da mama e dos órgãos digestivos. As neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos representaram 22,84% e um CMFIR-Neo de 7,06 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto em Cascavel foi de 24,5% com um CMFIR-Neo de 5,2 óbitos por 100.000 mulheres (CARDOSO, 2005). As neoplasias malignas da mama no Recife representaram 21,37%, com um CMFIR-Neo de 6,6 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto em Cascavel foi de 17,6%, com um CMFIR-Neo de 3,8 óbitos por 100.000 mulheres e no Brasil foi de 20,22% com um CMFIR-Neo de 4,31 óbitos por 100.000 mulheres (BRASIL, SIM/DATASUS, 2006). As neoplasias malignas dos órgãos digestivos representaram 17,46%, com um CMFIR-Neo de 5,39 óbitos por 100.000 mulheres, enquanto na cidade de Cascavel representou 16,4%, com um CMFIR-Neo de 3,5 óbitos por 100.000 mulheres e no Brasil foi de 15,39% com um CMFIR-Neo de 3,28 óbitos por 100.000 mulheres.

A quarta causa neoplásica de óbito no estudo de Cascavel foi atribuída às neoplasias malignas dos olhos e sistema nervoso (11,3% - CMFIR-Neo: 2,4 óbitos por 100.000 mulheres), enquanto estas patologias representaram a sexta causa no Recife (5,87% - CMFIR-Neo: 1,81 óbitos por 100.000 mulheres). A quarta causa de óbito por neoplasias no presente estudo foi representada pelas neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (12,56% - CMFIR-Neo: 3,88 óbitos por 100.000 mulheres). Estas neoplasias corresponderam à quinta causa no estudo de Cascavel (10,1% - CMFIR-Neo: 2,2 óbitos por 100.000

[Digite texto]

mulheres). Chama atenção, na cidade do Recife, um maior percentual de óbitos por neoplasias malignas de localização mal definidas (4,98% - CMFIR-Neo: 1,54 óbitos por 100.000 mulheres) em comparação à Cascavel (2,5% - CMFIR-Neo: 0,5 óbitos por 100.000 mulheres). Salienta-se, entretanto, que o estudo de Cascavel investigou todos os óbitos, enquanto as informações da cidade do Recife são representadas pelo banco de dados oficiais das DO.

Apesar da utilização de classificações diferentes, os resultados deste estudo, depois de corrigidas as distorções, foram semelhantes aos de Haddad e Silva (2001), que estudaram a mortalidade feminina em idade fértil (15-49 anos) por neoplasias no estado de São Paulo, entre 1991 a 1995. Estes autores encontraram um maior CMFIR-Neo pelo grupamento constituído pelas neoplasias malignas de mama, ossos, tecido conjuntivo e pele. Somando os coeficientes das respectivas neoplasias na cidade do Recife, realmente, ultrapassariam as neoplasias dos órgãos genitais femininos, que passariam então a representar a segunda causa de óbito, também em concordância com o estudo de São Paulo. A terceira e quarta causas neoplásicas de óbitos femininos, em idade reprodutiva, corresponderam em ambos os estudos às neoplasias malignas dos órgãos digestivos e do tecido linfático e hematopoiético. Os óbitos por neoplasias malignas mal definidas representaram a quinta causa em São Paulo (CMFIR-Neo: 1,74 óbitos por 100.000 mulheres), enquanto no Recife correspondeu à sétima causa (CMFIR-Neo: 1,54 óbitos por 100.000 mulheres).

6.5.5 Tendência temporal dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas neoplásicas:

Ao longo dos oito anos analisados, percebeu-se a tendência decrescente dos CMFIR-Neo para as neoplasias malignas do útero. Enquadrando três possibilidades de diagnóstico, ou seja, neoplasia maligna do colo do útero, neoplasia maligna do útero porção não especificada e, menos freqüentemente, neoplasia maligna do corpo uterino, o grupamento das neoplasias

[Digite texto]

malignas do útero, em mulheres na idade reprodutiva, estão mais relacionados às patologias cervicais uterinas. Mendonça (2006), em recente estudo, evidenciou uma diminuição dos coeficientes de mortalidade do câncer de colo de útero e do câncer de colo de útero em porção não especificada, através da série temporal histórica, na cidade do Recife, no período de 1984 a 2004, o que corroboram com os achados do presente estudo. Ademais, a autora citada investigou todos os óbitos por câncer de útero em porção não especificada durante o quinquênio 2000-2004 e verificou que cerca de 50% corresponderam ao câncer de colo uterino. Possivelmente, em se tratando de mulheres em idade reprodutiva, este percentual seria ainda maior, até mesmo pela discrepância existente entre os óbitos representados pela neoplasia maligna do colo de útero ($n = 158$) e a neoplasia maligna do corpo do útero ($n = 5$).

A análise dos coeficientes de mortalidade das neoplasias malignas da mama e do ovário foi prejudicada pela ampla variação existente associada ao pequeno intervalo de estudo. Durante o biênio 1998 e 1999, o CMFIR-Neo da neoplasia maligna da mama apresentou um decréscimo de 6,86 para 4,13 óbitos por 100.000 mulheres. Paradoxalmente, no biênio subsequente (1999-2000), houve uma elevação no mesmo coeficiente de 4,13 para 7,86 óbitos por 100.000 mulheres. Sugere-se que no ano de 1999, possa ter havido uma subnotificação dos óbitos por neoplasia maligna da mama.

O câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, com aumento da taxa de mortalidade padronizada nos últimos anos. Internacionalmente, tem-se observado, em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser

[Digite texto]

atribuído, principalmente, a um retardo no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada (BRASIL, MS, INCA, 2004).

6.5.6 Causas Específicas de Óbitos por Neoplasias por faixa etária

Na faixa etária de 10-19 anos, os resultados deste estudo foram relativamente semelhantes aos encontrados por Haddad e Silva (2001) no Estado de São Paulo. As neoplasias do tecido linfático e hematopoiético e as neoplasias malignas dos ossos e cartilagens corresponderam às duas primeiras causas de óbito de ambos os estudos. A terceira causa de óbito por neoplasias no Recife foi representada pelas neoplasias do sistema nervoso, enquanto em São Paulo correspondeu às neoplasias de outras localizações. Porém, considerando que aqueles autores estudaram os óbitos entre 1991-1995, naquele período era utilizada a CID-9, a qual apresenta dentre uma das imperfeições, os erros na codificação do tumor de cérebro conforme estudo sobre a confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias (MONTEIRO *et al.*, 1997). Outro aspecto importante a ser analisado é que o estudo de São Paulo contemplou as mulheres entre 15-19 anos, não considerando a idade fértil a partir de 10 anos, o que pode ter levado a alguma subnumeração dos óbitos por neoplasias malignas do sistema nervoso, enquanto o atual estudo considerou a faixa etária de 10-19 anos.

Para os óbitos na faixa etária de 20-29 anos, em ambos os estudos (São Paulo e Recife), as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético representaram a primeira causa de óbito por neoplasia. As neoplasias do aparelho digestivo e dos órgãos genitais femininos representaram a segunda e terceira causas de óbito por neoplasias em Recife, correspondendo respectivamente à terceira e quarta causas de óbito no estado de São Paulo. Isto porque no estudo de Haddad e Silva (2001), em São Paulo, as neoplasias malignas da mama foram agrupadas juntamente com as neoplasias malignas dos ossos, tecido conjuntivo e pele, sendo considerada a segunda causa de óbito, enquanto, no presente estudo, as neoplasias

[Digite texto]

da mama corresponderam à quarta causa de óbito. A quinta causa de óbito foi representada pelas neoplasias malignas do sistema nervoso, enquanto no estado de São Paulo, as neoplasias de natureza não especificadas ocuparam tal posição.

No que concerne à faixa etária de 30-39 anos, comparando os resultados dos estudos entre São Paulo e Recife, nota-se uma inversão nas duas primeiras causas de óbito. Enquanto em Recife, a principal causa de óbito foi atribuída às neoplasias dos órgãos genitais femininos, estas representaram a segunda causa de óbito em São Paulo (HADDAD e SILVA, 2001). Já os óbitos por neoplasias malignas da mama, que corresponderam à segunda causa de óbito na capital pernambucana, corresponderam à principal causa de óbito do estado paulista. Mais uma vez, faz-se a ressalva do enquadramento utilizado por Haddad e Silva, para as neoplasias da mama, tecido conjuntivo, pele e ossos. A terceira e quarta causas neoplásicas de óbitos corresponderam em ambos os estudos às neoplasias malignas dos órgãos digestivos e às neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético. A quinta causa de óbito em Recife, neoplasias malignas do sistema nervoso mantiveram a mesma correlação com as neoplasias malignas sem especificação de São Paulo.

Por fim, na faixa etária entre 40-49 anos, responsável por cerca de 60% dos óbitos femininos em idade reprodutiva por neoplasias, as três primeiras causas foram concordantes entre os estudos de Recife e São Paulo, sendo representadas pelas neoplasias malignas da mama, neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos e neoplasias malignas dos órgãos digestivos (HADDAD e SILVA, 2001). A quarta causa de óbito no Recife foram as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético que corresponderam à quinta causa de óbito por neoplasias em São Paulo. A quinta causa de óbito por neoplasias em Recife foram as neoplasias malignas do aparelho respiratório e tórax, enquanto a quarta causa de óbito por neoplasias em São Paulo foi representada por neoplasias malignas sem especificação de localização.

[Digite texto]

Apesar de terem sido utilizadas distintas classificações de doenças (CID-10 para Recife e CID-9 em São Paulo) e agrupamentos discordantes, além de faixas etárias diferentes (10-49 em Recife e 15-49 em São Paulo) ambos estudos apresentaram-se relativamente semelhantes quanto às principais causas de óbito. Contudo, na análise geral dos coeficientes de mortalidade, Recife apresenta valores mais elevados o que indicam a necessidade de se investir em ações preventivas, além de medidas para o diagnóstico e tratamento precoces das neoplasias, sobretudo as neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos e da mama.

Por fim, homens e mulheres devem estar unidos em todas as esferas da sociedade, buscando soluções que diminuam a elevada frequência de óbitos por causas evitáveis. Desde o espaço sagrado do lar com uma melhor valorização da família e um cuidado adequado na educação dos filhos, assim como a diminuição de alguns fatores de risco como o envolvimento com drogas, álcool e armas, para a violência assim como a exposição sexual desprotegida para a AIDS e o câncer cervical uterino. A atenção pré-natal adequada, a melhoria da assistência obstétrica, o maior acesso ao planejamento familiar e a eliminação do abortamento inseguro são fundamentais para diminuição dos óbitos maternos e deve ser prioridade em qualquer programa de saúde. Os ginecologistas e obstetras podem participar de forma mais consistente na atenção integral à saúde da mulher, através da consulta periódica anual, pela prática de uma tocoginecologia social. Assim, é possível rastrear diversos agravos, tratar precocemente e orientar medidas de prevenção. Mais ainda, deve-se enaltecer a importância de uma maior participação popular no sentido de cobrar das autoridades um real compromisso tanto para promover uma melhor atenção à segurança pública, como para dirimir as desigualdades sociais como o desemprego, a falta de educação e de saúde que atinge uma parcela importante da população, cujas mulheres (e homens) em idade reprodutiva falecem de forma prematura por óbitos que poderiam ser evitados.

7 Conclusões

Este trabalho contemplou as seguintes conclusões a respeito da mortalidade feminina em idade reprodutiva no Recife, durante o período de 1997-2004:

7.1 Coeficientes de Mortalidade no período geral e quadriênios

- CMFIR em todo o período (130,15 óbitos por 100.000 mulheres), com diminuição estatisticamente significativa no segundo quadriênio para os óbitos em geral.
- CMFIR-CE (1997-2004): 22,38 óbitos por 100.000 mulheres. Houve diminuição estatisticamente significativa entre os quadriênios estudados;
- RMM (1997-2004): 69,61 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Não houve diminuição estatisticamente significativa entre os quadriênios estudados;
- CMFIR-DIP (1997-2004): 13,33 óbitos por 100.000 mulheres. Não houve diminuição estatisticamente significativa entre os quadriênios estudados;
- CMFIR-Neo (1997-2004): 30,89 óbitos por 100.000 mulheres. Não houve diminuição estatisticamente significativa entre os quadriênios estudados.

7.2 Perfil sócio-demográfico das falecidas

- O perfil sócio-demográfico identificou que as mulheres em idade reprodutiva falecidas por causas gerais, causas externas, por óbitos maternos, por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por neoplasias, predominantemente eram negras, solteiras, pertencentes à faixa etária de 40-49 anos. Exceção aos óbitos por causas externas e óbitos maternos, nos quais predominaram a faixa etária de 20-29 anos.

[Digite texto]

7.3 Coeficientes de Mortalidade por distrito sanitário

- Com relação aos coeficientes de mortalidade por distrito sanitário, de acordo com os óbitos em geral, por causas externas, por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por neoplasias, foi verificado que o DS I apresentou os maiores coeficientes em todas as causas estudadas, sendo quase o dobro do CMFIR de todos os DS para os óbitos por causas externas e por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

7.4 Coeficientes de mortalidade por causa específica de óbito

- Os principais coeficientes de mortalidade em geral, por 100.000 mulheres, foram representados pelos homicídios (11,11), doenças cerebrovasculares (9,83), doenças isquêmicas do coração (8,37), neoplasia maligna da mama (6,60) e doenças virais (6,50);

- Os principais CMFIR-CEE foram representados, por 100.000 mulheres, pelos homicídios (11,11), acidentes de transportes (5,19) e suicídios (2,24);

- Os principais CMFIR-DIP específicos, por 100.000 mulheres, foram representados pelas doenças virais (6,50), tuberculose (3,55) e doenças infecciosas intestinais (1,31);

- Os principais CMFIR-Neo específicas, por 100.000 mulheres, foram representados pelas neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (7,06), neoplasia maligna da mama (6,60), neoplasias malignas dos órgãos digestivos (5,39), neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (3,88) e neoplasias malignas o tórax e aparelho respiratório (1,99);

7.5 Principais causas de óbitos maternos

- Em relação à mortalidade materna, foi observado um maior percentual dos óbitos maternos obstétricos diretos (62,68%). Destes, as principais causas foram representadas pelo distúrbios hipertensivos (42,7%), hemorrágicos (15,72%), infecciosos (11,24%) e tromboembólicos

[Digite texto]

(11,24%), além das complicações do abortamento (7,87%). Dos óbitos maternos obstétricos indiretos, as cardiopatias representaram a principal causa (43,40%).

7.6 Tendência temporal dos principais coeficientes de mortalidade

- A tendência temporal dos cinco principais CMFIR por capítulo da CID-10 evidenciou, apesar da ampla variação, o predomínio, em ordem decrescente, dos óbitos por neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas, algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças do aparelho respiratório. Esta última apresentou uma tendência decrescente ao longo dos anos estudados. Entretanto, nos anos de 1999, 2000 e 2003, as doenças do aparelho circulatório corresponderam à principal causa de óbitos de mulheres em idade reprodutiva, estando as neoplasias em segundo lugar. As causas externas e algumas doenças infecciosas e parasitárias permaneceram em todos os anos estudados como terceira e quarta causas dos óbitos de mulheres em idade fértil, por capítulo da CID10, respectivamente;
- A tendência temporal dos principais CMFIR-CEE, evidenciou tendência crescente dos óbitos por homicídios e decrescente para os óbitos por acidentes de transportes. Em relação aos óbitos por suicídios, a tendência foi constante;
- Com relação aos principais CMFIR-DIP específicos, foi evidenciada tendência crescente dos óbitos por doenças virais, mas decrescente para os óbitos por tuberculose;
- Em relação às neoplasias houve tendência decrescente dos óbitos por neoplasia maligna do útero.

7.7 Correlação entre as principais causas de óbito em mulheres brancas e negras

- No que concerne às cinco principais causas de óbitos femininos, além dos óbitos maternos de acordo com a raça da falecida, foi evidenciada uma diferença estatisticamente significativa entre os óbitos por causas externas e por neoplasias. Enquanto 21,36% das negras faleceram

[Digite texto]

por causas externas, o percentual relativo brancas foi de 10,22%. Com relação às neoplasias, estas causas de óbitos representaram 32,7% das causas de óbito nas brancas e 21,36% nas negras. Os óbitos maternos apresentaram uma diferença quase estatisticamente significativa (0,06) entre as brancas e negras, com maior percentual relativo nestas últimas. Os óbitos por doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre as raças branca e negra.

7.8 Principais tipos de homicídios

- Os mais freqüentes tipos de homicídios foram representados pelos disparos de armas de fogo (81,86%), agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (8,39%), por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (3,85%) e por meio de objeto contundente (3,85%).

7.9 Razão de Mortalidade Materna por faixa etária

- As maiores, por 100.000 nascidos vivos de acordo com a faixa etária analisada, em ordem decrescente, foram representados pela faixa etária de 40-49 anos (414,00), 30-39 anos (129,09), 10-19 anos (53,12) e 20-29 anos (47,44).

7.10 Principais causas de óbitos por neoplasias de acordo com a faixa etária

- Em relação aos tipos de neoplasias por faixa etária, as principais causas neoplásicas de óbito na faixa etária de 10-19 anos foram as neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (40,98%), dos ossos e cartilagens (11,48%), dos olhos e sistema nervoso (9,84%), dos órgãos genitais femininos (6,56%) e mal definidas (6,56%). Na faixa etária de 20-29 anos, os óbitos neoplásicos mais freqüentes foram: neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (29,90%), dos órgãos digestivos (15,46%), dos órgãos genitais

[Digite texto]

femininos (13,40%), da mama (11,34%) e do sistema nervoso (10,31%). Os óbitos por neoplasias na faixa etária de 30-39 anos mais freqüentes foram: neoplasias dos órgãos genitais femininos (26,65%), da mama (18,05%), dos órgãos digestivos (16,62%), do tecido linfático e hematopoiético (11,75%) e dos olhos e sistema nervoso (8,60%). Representaram as principais causas de óbito por neoplasias na faixa etária de 40-49 anos, as neoplasias malignas da mama (26,01%), dos órgãos genitais femininos (23,64%), dos órgãos digestivos (19,19%), do tecido linfático e hematopoiético (8,21%) e do aparelho respiratório e tórax (7,93%).

8 Recomendações

A partir da análise e discussão dos resultados da mortalidade feminina em idade reprodutiva no município do Recife, no período de 1997 a 2004, sugere-se:

- Implementar urgentemente uma política social e de saúde que vise à diminuição dos elevados coeficientes de mortalidade feminina, sobretudo para os óbitos por homicídios, AIDS, neoplasias malignas do colo do útero e mama, além dos óbitos maternos;

- Estender a importância da consulta médica de rotina nas mulheres em idade reprodutiva, especialmente nos ambulatórios de ginecologia, objetivando a atenção integral à saúde da mulher, visando identificar, além das patologias ginecológicas, outras doenças como hipertensão, cardiopatias, afecções respiratórias, dentre outros agravos como, por exemplo, a violência;

- Sensibilizar e capacitar médicos para o correto preenchimento das DO, principalmente em relação aos óbitos por neoplasia do útero, além dos óbitos maternos;

- Monitorar a mortalidade feminina em idade reprodutiva como indicador social e de qualidade de assistência à saúde, a partir da continuidade de estudos visando este grupo populacional;

- Estudar de forma mais aprofundada os mecanismos relacionados aos altos coeficientes de mortalidade no DS I, com o objetivo de intensificar as ações de saúde neste distrito;

[Digite texto]

- Criar políticas sociais e de saúde voltadas para a população negra, visando o combate aos óbitos evitáveis, como os óbitos maternos e as causas externas;

- Combater de forma contundente a violência contra a mulher, punindo os agressores de forma exemplar e destacando nos meios de comunicação as modificações ocorridas com Lei Maria da Penha, além do desarmamento da população;

- Dar continuidade ao controle e segurança do trânsito, através das campanhas publicitárias e estabelecendo um maior rigor aos (às) condutores (as) alcoolizados (as) ;

- Investigar e melhorar a qualidade do pré-natal de todos os serviços de saúde, corrigindo os possíveis erros;

- Tentar solucionar urgentemente, os problemas de superlotação das maternidades, melhorando o funcionamento das mesmas, ou mesmo, expandindo parcerias com o setor privado;

- Criar, juntamente com a Central de Partos, o sistema de classificação de *near miss* objetivando uma melhor regulação das pacientes com maior risco de morte materna, além de assegurar as vagas de UTI para as mesmas;

- Firmar um compromisso entre as maternidades do Recife, Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Secretaria Municipal de Saúde do Recife com a finalidade de investigar todos os óbitos maternos, sobretudo pelo SVO quando necessário, para que possam ser dirimidas quaisquer dúvidas acerca das causas de óbito, além de registrar possíveis alterações no SIM;

[Digite texto]

- Realizar campanhas visando a educação sexual da população e a distribuição de preservativos, além de ampliação dos CTA e a garantia do tratamento adequado. Levar em consideração a identificação e aconselhamento dos possíveis parceiros (as) infectados;

- Aprimorar e fiscalizar o Projeto Nascer em todas as maternidades do Recife, permitindo a entrega de exames laboratoriais de forma mais precoce e realização do teste rápido para HIV na triagem obstétrica de todas as maternidades do Recife;

- Dar continuidade ao programa de rastreamento e tratamento do câncer de colo uterino, já que os CMFIR-Neo das neoplasias malignas do colo do útero estão diminuindo, objetivando sua diminuição para níveis compatíveis com os nacionais;

- Estabelecer um programa de rastreamento e tratamento adequado para o câncer de mama, com a realização de uma maior cobertura de exames mamográficos e tratamento clínico e cirúrgico precoce, quando indicado.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, M. F. M.; SÁ LEITÃO, C. C.; CAMPELO, A. R. L.; SOUZA, W. V.; SALUSTIANO, A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil **Rev Panam Salud Publica** vol.9 no. 6 Washington June 2001.
- ALBUQUERQUE, R. M. Estudo da mortalidade materna no Município de Recife, 1992-1993, **Tese** de doutorado da Universidade Estadual de Campinas-SP, 1994.
- ALBUQUERQUE, R. M.; CECATTI, J. G. ; HARDY, E. E.; FAÚNDES, A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1) :41-48, 1998.
- AL-SULEIMAN, S. A.; RAHMAN H. O. Q. J.; RAHMAN, M. S. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review **Arch Gynecol Obstet** (2006) 274: 4–8
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M.; AMOEDO, M. B. E.; NOBRE, L. C. C. Mortalidade Feminina no Brasil: Sexo Frágil ou Sexo Forte? **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7 (2): 174-189, abr/jun, 1991.
- BARROS, M. D. A; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Preenchimento de variáveis nas declarações de óbitos por causas externas de crianças e adolescentes no Recife, de 1979 a 1995. **Cadernos de Saúde Pública** 2001;17:71-78.
- BASTOS, F. I.; BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Rev Saúde Pública** 1995; 29(1): 52-62.
- BASTOS, F. I. **Ruína e construção: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ; 1996.(História Social da AIDS, 6).
- BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de enfrentamento. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva**, nº 3. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 2000. (Coleção ABIA)
- BATISTA, L. B.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001 **Rev Saúde Pública** 2004;38(5):630-6.
- BECKER, R. A.; LECHTIG, A. Brasil: Aspectos da Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna (**mimeo.**). Brasília: Ministério da Saúde 1987.
- BERQUÓ, E. A Saúde Reprodutiva no Contexto Atual. Campinas. UNICAMP. **NEPO**, 1996.
- BERQUÓ, E. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 [**Série Avaliação nº 4**]. Disponível em:

[Digite texto]

< <http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/relatorios/aids.pdf> > Acesso em 31.12.06

BERQUÓ, E.; KOYAMA M. Notas preliminares sobre o uso de preservativo entre pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: **CEBRAP**; 2005. In PAIVA V.; VENTURI, G.; FRANÇA, J. R. I.; LOPES, F. Uso de preservativos. **Pesquisa MS/IBOPE 2003**. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids.

BOERMA, J. T.. Levels of maternal mortality in developing countries. **Studies in Family Planning** 1987 18:213-221.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei 7.353 de 29 de agosto de 1985**. Cria o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres – CNDM – e dá outras providências. Brasília, 1985. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/1980-1988/L7353.htm> > Acesso em 31.12.06

_____. _____. **Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995**. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9099.htm>> Acesso em 31.12.06

_____. _____. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar. Brasília, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm > Acesso em 31.12.06

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Programa nacional de DST e AIDS**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>

_____. _____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Viva Mulher**. Brasília, 1996. Disponível na URL: http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/vivamulhe_r_faseI.pdf (último acesso em 11/12/06).

_____. _____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002a (59 págs). Disponível em: < http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf > Acesso em 02.01.07.

_____. _____. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999**. Rio de Janeiro: INCA; 2002b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/atlas/>> Acesso em 02.01.07.

_____. _____. SECRETARIA-EXECUTIVA. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf Acesso em 02.01.07

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004a. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf >
Acesso em 02.02.07

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004b. Disponível em: <
<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf> > Acesso em 02.01.07

_____. _____. _____. **Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2004c. Disponível em: <
<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> > Acesso em 02.01.07.

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: **atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, 2005a. Disponível em:
< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perspectiva_equidade_negras.pdf > Acesso em 02.01.07.

_____. _____. **Pacto** para a redução da mortalidade materna e neonatal. Portaria nº 386 de 06 de julho de 2005. Brasília, 2005b. Disponível em:
<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo22.pdf>> Acesso em 02.01.07

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. PROGRAMA NACIONAL DE DST Pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos- **PECAP**. Brasília (DF): 2005c. Disponível em: <
http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BF17DC2BC-C60E-4C6A-96BC-02371A870406%7D/PCAP_2004.pdf > Acesso em 02.01.07

_____. _____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. PROGRAMA NACIONAL DE DST **Plano Estratégico**. Brasília, 2005d. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf> Acesso em 31.12.06

_____. _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Boletim Epidemiológico** - Aids e DST. Ano III - nº 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2006. Brasília, 2006a. Disponível em:

[Digite texto]

< <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B6B12D137-92DF-4CF5-A35A-482AED64CBC0%7D/BOLETIM2006internet.pdf> > Acesso em 02.01.07.

_____. _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE MS/SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM / DATASUS 2006b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtbr.def>> Acesso em 31.12.06

_____. _____. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO EM SAÚDE MS/SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos** – SINASC / DATASUS 2006c Disponível em: <

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> > Acesso em 31.12.06

_____. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004. Disponível em:

<<http://www.mte.gov.br/discriminacao/plano.pdf>> Acesso em 02.01.07.

_____. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Lei Maria da Penha**. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <

http://200.130.7.5/spmu/docs/leimariadapenha_1.pdf > Acesso em 02.01.07

CARDOSO, M. P. Mortalidade Feminina em Idade Fértil no Município de Cascavel-PR no período de 1991 a 2000. **Tese** de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-SP, 2005 .

CARDOSO, M. P., FAÚNDES, A , 2006. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil devido a Causas Externas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2241-2248, Out, 2006

CARVALHEIRO, C. D. G. Estudo de algumas variáveis associadas à população feminina em idade fértil [**tese**]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.

CARVALHEIRO, C. D. G. ; MANÇO, A. R. X. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da Região Sudeste do Brasil. Evolução nos últimos 20 anos. **Revista de Saúde Pública**, 1992 26:239-245.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS** 1997; 6(4):8-46.

CENTRO DE ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO - CEPIA. Diálogo Regional da América Latina e Caribe sobre **Direitos Reprodutivos e Violência contra a Mulher**: Papéis e Responsabilidades de Homens Jovens e Adultos. Rio de Janeiro, 03 e 04 de maio de 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. A group of HIV positive women. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 1999; 48: 413-6.

[Digite texto]

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. The Global HIV and AIDS Epidemic, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50: 434-9.

CHOR, D.; DUCHIADE, M. P.; JOURDAN, A. M. F. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da Região Sudeste, Brasil – 1960, 1970 e 1980. *Revista de Saúde Pública*, 1992 26:246-255 .

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CORTÉS-MAJÓ, M.; GARCIA-GIL, C.; VICIANA, F.. The role of the social condition of women in the decline of maternal and female mortality. *International Journal of Health Services* 1990 20:315- 328.

COSTA, A. A. R., RIBAS, M. S. S. S., AMORIM, M. M. R., SANTOS, L. C. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 2002; 24 (7): 455-462.

COSTA, C. F. F.; MAIA, V. O. A. Causas da mortalidade materna na Maternidade da Encruzilhada de 1980 a 1983. *R. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 22-24. jan./fev.1985.

CURI HALLAL, A.L.; GOTLIEB, S. L. D.; LATORRE, M. R. D. O. Evolução da mortalidade por neoplasias no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 4, Nº 3, 2001

DOLL R. Are we winning the fight against cancer? An epidemiological assessment. *Eur J Cancer* 1990; 26:500-8.

DOLL R. Progress against cancer: an epidemiologic assessment. *Am J Epidemiol* 1991; 134:675-88.

EUROPEAN CENTER FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS – ECEM-AIDS. **HIV/AIDS Surveillance in Europe**: Report nº 61; 1999.

FARIAS, N.; CARDOSO, M. R. A. Mortalidade por Aids e indicadores sociais no Município de São Paulo, 1994 a 2002 *Rev. Saúde Pública* 2005;39(2):198-205.

FAÚNDES, A.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):671-679, jul-set, 2000.

FREIRE, S.; SANTOS, C. B.; SOUZA, M. L. B. **Operação cesariana em Recife em 1979** : incidência e mortalidade materna. s.n.t. [1979?] (Mimeogr.)

GATTINI, C.; SANDERSON, C.; CASTILLO-SALGADO, C. Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas - *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(6), 2002.

[Digite texto]

GODINHO, R. E.; POLIDORO, C. - De que morrem as mulheres brasileiras. XIII **Encontro** da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. (Trabalho Apresentado). Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST35_Godinho_teto.pdf> Acesso em: 31.12.06.

GOLDENBERG, P., MEDRADO, M. A.; PASTERNOSTRO, M. A. N.. A violência contra a mulher: uma questão de saúde. In: LABRA, E. (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes/Abrasco, 1989. p. 185-200.

GOMINHO, L. A. F. Mortalidade Evitável: Estudo dos Óbitos de Mulheres em Idade Fértil em Camaragibe (2000-2003). **Dissertação** de Mestrado Profissional em Vigilância sobre Saúde do Departamento de Medicina Social da Universidade de Pernambuco, 2005.

GRAHAM, W.; BRASS, W.; SNOW, R. Estimating maternal mortality: the sisterhood method. **Studies in Family Planning**, 1989 20:125-135.

GRAHAM, W. J.; CAMPBELL, O. M. R. Maternal health and the measurement trap. **Social Sciences and Medicine**, 1992 35:967-977.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no Feminino** — Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ. Rio de Janeiro, 2001.

GUIMARÃES, M. J. B. Mortalidade infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife. **[Tese]**. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev Saúde Pública** 2000;34(1):64-70.

HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva - 15 a 49 anos - no estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995 **Rev Ass Med Brasil** 2001; 47(3): 221-30. Disponível em

HECKMANN, I. C.; CANANI, L. H.; SANT'ANNA, U. L.; BORDIN, R. Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil), 1987. **Revista de Saúde Pública** 1989;23:292-297.

HENRIQUES R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Textos para Discussão 807. Rio de Janeiro, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Assistência Médica Sanitária. Rio de Janeiro, 2002

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS **Censos (1980, 1991 e 2000), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2006), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio**. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em 31.12.06.

[Digite texto]

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Rio de Janeiro, 2006.

JACOUD, L.; BEGHIN N. Desigualdades raciais no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- **IPEA**; 2002.

LAURENTI R.; BUCHALLA C. M.; LOLIO C. A.; SANTO A. H.; MELLO-JORGE M. H. P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I – Metodologia e resultados gerais. **Rev Saúde Pública** 1990a;24:128-33.

LAURENTI R.; BUCHALLA C. M.; LOLIO C. A.; SANTO A. H.; MELLO JORGE M. H. P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. II - Mortes por causas maternas. **Rev Saúde Pública** 1990b;24:468-72.

LAURENTI R.; MELLO-JORGE M. H. P.; GOTLIEB, S. L. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad Saúde Pública** 2000; 16: 23-30.

LAURENTI, R. – **Medindo a Mortalidade Materna** Dezembro de 2001 Disponível na URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_mort_matern.pdf

LIRA M. M. T. A. Mortalidade Prematura no Município de São Paulo. Anos Potenciais de Vida Perdidos: 1980, 1985, 1990 e 1995. São Paulo; 1998. **[Dissertação]** de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

LOLIO C. A.; LAURENTI R.; BUCHALLA C. M.; SANTOS A. H.; MELLO-JORGE M. H. P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. III – Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. **Rev Saúde Pública** 1991;25:37-40.

MAGAROLAS, R. G.; MARCANO, M. A. B.; RAMÍREZ, A. F.; FARRÉ, M. T.; SERRA, A. P.; ALBERQUILLA, A.; XAVIER, A.; AFONSO, J. L.; CAMINAL, J.; FERNÁNDEZ-CUENCA, R.; GARCIA, F; GERVAS, J.; LIBRERO, J; MATOS, C; MEDRANO, M. J.; RUIZ, M. Medida Del Resultado De Las Intervenciones Sanitarias En España: Una Aproximación Mediante El Análisis Temporal Y Espacial De La Mortalidad Evitable Entre 1986-2001. **Rev Esp Salud Pública** 2006; 80: 139-155 N.º 2 - Marzo-Abril 2006.

MACHADO, L. Z. **MATAR E MORRER NO FEMININO E NO MASCULINO**. SÉRIE ANTROPOLOGIA. Departamento de Antropologia. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Brasília. Brasília, 1998

MEHTA, S. The AIDS pandemic: A catalyst for women's rights. **International Journal of Gynecology and Obstetrics** (2006) 94, 317—324

MELLO-JORGE M. H; LATORRE M. R. D. O. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. **Cad Saúde Pública** 1994; 10:19-44.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, 31 (4 Suplemento): 5-25, 1997

[Digite texto]

MENDONÇA, V. G. Mortalidade por câncer de colo do útero na cidade do Recife: tendência temporal e perfil sócio-demográfico. **Dissertação de Mestrado** em Saúde Materno-Infantil do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira. Recife, 2006

MENDONÇA, G. A. S. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública**, 27: 68-75, 1993.

MENEZES, M. L. B. **Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis**: úlceras genitais e corrimentos (p. 324). In FERNANDES-COSTA, H. F.; MORAES FILHO, O. B. **Ginecologia e Obstetrícia**. EDUPE, Recife, 2006 (697 p.)

MIRANDA-RIBEIRO, P. **Como eu me vejo e como ela me vê**: um estudo exploratório sobre a consistência das declarações de raça/cor entre as mulheres de 15 a 59 anos no Recife, 2002. / por Paula Miranda-Ribeiro; André Junqueira Caetano - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2005.

MOLINA, C. A. G.; LÓPEZ, M. V. L. Mortalidad Evitable. El Caso de la Frontera Norte de México, 1980-1990 . **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 395-407, jul/set, 1995.

MONTEIRO, G. T. R.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 1):39-52, 1997

MOORE J. S., HARRISON J. S., DOLL L. S. Interventions for Sexually Active, Heterosexual Women in the United States. In: DI CLEMENTE R. J., PETERSON J. L. (edit). **Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions**. New York: Plenum Press, 1994; p. 243-62.

NOBRE, L. C.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M. B.; FUCHS, S. C. Avaliação da qualidade da informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul (Brasil). **Revista de Saúde Pública** 1989;23:207-213.

OLADAPO, OT; SULE-ODUI, AO; OLATUNJI AO; DANIEL, OJ . "Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study **Reproductive Health** 2005, 2:9

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão**. Vol 2. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. São Paulo: EDUSP; 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão**. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. São Paulo: EDUSP; 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. **Indicadores básicos** para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2002a

[Digite texto]

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. De Datos Básicos a Índices Compuestos: Una Revisión del Análisis de Mortalidad. **Boletín Epidemiológico** Vol. 23, No.4 Diciembre 2002b. Disponível em:
<http://www.paho.org/Spanish/dd/ais/EB_v23n4.pdf> (último acesso em 11/12/06)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Reproductive health strategy** to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The Global Plan to Stop TB**, 2006–2015. Actions for life – towards a world free of tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).

PAIVA V.; VENTURI, G.; FRANÇA, J. R. I.; LOPES, F. Uso de preservativos. **Pesquisa MS/IBOPE 2003**. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids.

PARPINELLI, M. A.; FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G.; PEREIRA, B. G.; PASSINI JÚNIOR, R.; AMARAL, E. Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** 22 (9): 579-584, 2000.

PENA, M. V. J; BRONKHORST, M. C. C. B. V.; OLIVEIRA, I. R. A questão de gênero no Brasil. Departamento de Desenvolvimento Ambiental e Social Sustentáveis. Departamento de Desenvolvimento Social e Ambiental Sustentáveis - Banco Mundial / **CEPIA** (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), 2005. Disponível em:
http://www.gdln.org.br/arquivos/artigos/20050811122811_livro%20web.pdf> Acesso em: 31.12.06

PEREIRA, M. G.; CASTRO, E. S. Avaliação do preenchimento de declarações de óbitos: Brasília, DF (Brasil), 1977–1978. **Revista de Saúde Pública** 1981;15:14-19.

QUINN, S. C. AIDS and the African American Woman: The triple burden of race, class and gender. **Health Education Quarterly** 1993. Vol. 20(3): 305-20.

RECIFE, PREFEITURA DO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO. Informações do Recife. Disponível em:
<<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/inforec/>>

RECIFE, PREFEITURA DO. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO. PROGRAMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO **Atlas municipal do desenvolvimento humano no Recife**. Recife, PNUD, 2005.

ROUQUAYROL, MZ; NAOMAR FILHO, A. **Epidemiologia ; Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUSCHE, MICHELLE. “O inimigo dorme do lado” in **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Núcleo de Opinião Pública Fundação Perseu Abramo, 2001

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C.; CHILD, C. G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *The New England Journal of Medicine* Volume 294:582-588 March 11, 1976 .

SANTOS N. J. S. A Aids entre as mulheres no Estado de São Paulo. In: PARKER R E GALVÃO J (orgs). **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS/UERJ; 1996; parte 1, cap.2: 33.

SANTOS, N. J. S.; TAYRA, A.; SILVA, S. R.; BUCHALLA, C. M.; LAURENTI, R. A AIDS no Estado de São Paulo **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 3, 2002.

SAY, L.; PATTINSON, R. C.; GÜLMEZOGLUAM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) **Reproductive Health** 2004, 1:3

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SES-PE). Portaria Estadual no 087/95. **Diário Oficial** do Estado de Pernambuco, 27 set, 1995.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SES-PE). **Relatório** de Investigação de Óbitos Maternos – 1997. Recife: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Divisão de Saúde da Mulher, 1999.

SCOCHI, M. J. Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná **Rev. Saúde Pública** v.33 n.2 São Paulo abr. 1999

SILVA, K. S. Mortalidade Materna: Avaliação da Situação no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro 8, 442-453, outubro/dezembro 1992.

SILVA, L. K.; RUSSOMANO, F. B. Sub-registro da mortalidade materna, Brasil: comparação de dois sistemas de informação. **Boletín de la Oficina Sanitaria Pa
namericana**, 1996 120:36-42.

SILVA N. V. O preço da cor: diferenciais raciais na distribuição da renda no Brasil. *Pesqui Planej Econ* 1980; 10:21-41.

SOUZA, M. L.; LAURENTI, R. **Mortalidade Materna: Conceitos e Aspectos Estatísticos**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português (Série Divulgação n. 3), 1987.

SOUZA, J. P.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A.; SOUSA M. H.; SERRUYA, S. J. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006

SOUZA-JR P. R. B.; SZWARCOWALD C. L.; BARBOSA-JR A. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, 38(6):764-772; 2004.

STEEGERS, E. L. Mortalidad Materna en Cuba. Decenio 1970-1979. Instituto de Desarrollo de La Salud. **Revista Cubana de Administración da Salud**, 1983 9: 305-315.

[Digite texto]

STONES, W.; LIM, W.; AL-AZZAWI, F.; KELLY, M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. **Health Trends** 1991; 23:13-5.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A.; BARBOSA, J. R. A.; GOMES, M. R. O.; COSTA, E. A. M.; MALETT, B. V.; CARVALHO, R. F.; OLIVEIRA, S. R.; CHEQUER, P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. **Cad Saúde Pública**. 2000;16 Supl 1:113-28.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA-JUNIOR, A.; PACOM, A. R.; SOUZA-JR, P. R. Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14-54 years age group, 2004. **AIDS**. 2005;19(Suppl 4):S42-S50.

SOUZA, M. L.; LAURENTI, R. **Mortalidade Materna**: Conceitos e Aspectos Estatísticos. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português 1987 (Série Divulgação n. 3).

SOUZA, J. P.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A.; SOUSA, M. H.; SERRUYA, S. J. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006

SUTHERLAND, J. E.; PERSKY, V. W.; BRODY, J. A. Proportionate mortality trends: 1950 through 1986. **JAMA**, 1990. 264:3178-3184.

TAUCHER, E. CHILE. Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendências y causas. Santiago de Chile: **CELADE**; 1978. p.1-83 (Serie A, 162).

UNAIDS Report on the Global HIV: **AIDS epidemic update**: December 2006.

VALONGUEIRO, S. – Mortalidade (Materna) por Aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação Anais ABEP 2000. **[trabalho]**.

VALONGUEIRO, S; LUDERMIR, A. B.; GOMINHO, L. A. F. Avaliação de Procedimentos para Identificar Mortes Maternas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S293-S301, 2003.

VANDERLEI, L. C.; FRIAS, P. G; ARRUDA, S.; ARRUDA, B. K. G. Avaliação da Qualidade de Preenchimento das Declarações de Óbito em Unidade Terciária de Atenção à Saúde Materno-Infantil. **Informe Epidemiológico do SUS** 2002; 11(1) : 7 - 14.

VENDRAMINI, S. H. F.; GAZETTA, C. E.; NETO, F. C.; CURY, M. R.; MEIRELLES, E. B. KUYUMJIAN, F. G.; VILLA, T. C. S. Tuberculose em município de porte médio do Sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 31(3) – Mai/Jun de 2005.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**, volume 7 / Eliseu Alves Waldman ; colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde ; Cidadania)

[Digite texto]

WEN, S. H.; HUANG, L.; LISTON, R.; HEAMAN, M.; BASKETT, T.; RUSEN, I. D.; JOSEPH, K. S.; KRAMER, M. S.; for the Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Surveillance System Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001 **CMAJ** SEPT. 27, 2005; 173 (7)

WÜNSCH FILHO, V.; MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer no brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48(3): 250-7

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en lá población general y entre los adolescentes y jóvenes de lá región de las Américas. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994 10:88-125.

Anexos:

ANEXO A: Lista de Causas de Óbito por Capítulo da CID-10

- I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)
- II Neoplasias [Tumores] (C00-D48)
- III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)
- IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)
- V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)
- VI Doenças do sistema nervoso (G00-G99)
- VII Doenças do olho e anexos (H00-H59)
- VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H96)
- IX Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)
- X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)
- XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)
- XII Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (L00-L99)
- XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)
- XIV Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)
- XV Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)
- XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)
- XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)
- XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)
- XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)
- XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)
- XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

ANEXO B: Lista de categorias da CID-BR

001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS A00-B99

001-004 Doenças infecciosas intestinais A00-A09

- 002 Cólera A00
- 003 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível A09
- 004 Outras doenças infecciosas intestinais A01-A08

005-006 Tuberculose A15-A19

- 005 Tuberculose respiratória A15-A16
- 006 Outras tuberculosas A17-A19

007-015 Outras doenças bacterianas A20-A64

- 007 Peste A20
- 008 Leptospirose A27
- 009 Hanseníase A30
- 010 Tétano A33-A35
- 011 Difteria A36
- 012 Coqueluche A37
- 013 Infecção meningocócica A39
- 014 Septicemia A40-A41
- 015 Infecções com transmissão predominantemente sexual A50-A64

016-023 Doenças virais A80-B24

- 016 Poliomielite aguda A80
- 017 Raiva A82
- 018 Dengue A90
- 019 Febre amarela A95
- 020 Outras febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais A91-A94, A96-A99
- 021 Sarampo B05
- 022 Hepatite viral B15-B19
- 023 Doenças por vírus da imunodeficiência humana (HIV) B20-B24

024-027 Doenças transmitidas por protozoários B50-B64

- 024 Malária B50-B54
- 025 Leishmaniose B55
- 026 Doença de Chagas B57
- 027 Toxoplasmose B58

028-030 Helmintíases B55-B83

- 028 Esquistossomose B65
- 029 Cisticercose B69
- 030 Restante de helmintíases B66-B68, B70-B83
- 031 Restante de algumas doenças infecciosas e parasitárias A65-A79, B25-B49, B84-B99

032-052 NEOPLASIAS [TUMORES] C00-D48

- 032 Neoplasia maligna do lábio, da cavidade oral e da faringe C00-C14
- 033 Neoplasia maligna do esôfago C15
- 034 Neoplasia maligna do estômago C16
- 035 Neoplasia maligna do cólon, do reto e do ânus C18-C21
- 036 Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas C22
- 037 Neoplasia maligna do pâncreas C25
- 038 Neoplasia maligna da laringe C32
- 039 Neoplasia maligna da traquéia, dos brônquios e dos pulmões C33-C34
- 040 Neoplasia maligna da pele C43
- 041 Neoplasia maligna da mama C50
- 042 Neoplasia maligna do colo do útero C53
- 043 Neoplasia maligna do corpo e de partes não especificadas do útero C54-C55
- 044 Neoplasia maligna do ovário C56

[Digite texto]

- 045 Neoplasia maligna da próstata C61
- 046 Neoplasia maligna da bexiga C67
- 047 Neoplasia maligna das meninges, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central C70-C72
- 048 Linfoma não-Hodgkin C82-C85
- 049 Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos C90
- 050 Leucemia C91-C95
- 051 Neoplasias in situ, benignas e de comportamento incerto ou desconhecido D00-D48
- 052 Restante de neoplasias malignas C17, C23-C24, C26-C31, C37-C41, C44-C49, C51-C52, C57-C60, C62-C66, C68-C69, C73-C81, C88-C89, C96-C97

053-054 DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS D50-D89

- 053 Anemias D50-D64
- 054 Restante de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários D65-D89

055-057 DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS E00-E90

- 055 Diabetes mellitus E10-E14
- 056 Desnutrição E40-E46
- 057 Restante de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas E00-E07, E15-E34, E50-E90

058-059 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS F00-F99

- 058 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa F10-F19
- 059 Restante de transtornos mentais e comportamentais F00-F09, F20-F99

060-063 DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO G00-G99

- 060 Meningite G00, G03
- 061 Doença de Alzheimer G30
- 062 Epilepsia G40-G41
- 063 Restante de doenças do sistema nervoso G04-G25, G31-G39, G43-G98

064 DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS H00-H59

065 DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE H60-H95

066-072 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO I00-I99

- 066 Febre reumática aguda e doenças reumáticas crônicas do coração I00-I09
- 067 Doenças hipertensivas I10-I15
- 068 Doenças isquêmicas do coração I20-I25
- 069 Outras doenças cardíacas I26-I52
- 070 Doenças cerebrovasculares I60-I69
- 071 Aterosclerose I70
- 072 Restante de doenças do aparelho circulatório I71-I99

073-077 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO J00-J99

- 073 Influenza (gripe) J10-J11
- 074 Pneumonia J12-J18
- 075 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores J20-J22
- 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores J40-J47
- 077 Restante de doenças do aparelho respiratório J00-J06, J30-J39, J60-J99

078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO K00-K93

- 078 Úlcera gástrica, duodenal e péptica K25-K27

[Digite texto]

- 079 Peritonite K65
- 080 Doenças do fígado K70-K77
- 081 Colecistite K81
- 082 Restante de doenças do aparelho digestivo K00-22, K28-K64, K66, K80, K82-K93
- 083 Doenças da pele e do tecido subcutâneo L00-L99
- 084 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo M00-M99

085-087 DOENÇAS DO APARELHO GENTURINÁRIO N00-N99

- 085 Doenças glomerulares e doenças renais túbulo-intersticiais N00-N016
- 086 Insuficiência renal N17-N19
- 087 Restante do doenças do aparelho geniturinário N20-N99

088-091 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO 000-099

- 088 Gravidez que termina em aborto O00-O08
- 089 Outras mortes obstétricas diretas O10-O92
- 090 Mortes obstétricas indiretas O98-O99
- 091 Restante de gravidez, parto e puerpério O95-O97
- 092-096 Algumas afecções originadas no período perinatal P00-P96
- 092 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto P00-P04
- 093 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal P05-P08
- 094 Traumatismo de parto P10-P15
- 095 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal P20-P29
- 096 Restante de algumas afecções originadas no período perinatal P35-P96
- 097-099 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas Q00-Q99
- 097 Malformações congênitas do sistema nervoso Q00-Q07
- 098 Malformações congênitas do aparelho circulatório Q20-Q28
- 099 Restante de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas Q10-Q18, Q30-Q99
- 100-102 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte R99-R99
- 100 Senilidade R54
- 101 Morte sem assistência médica R98
- 102 Restante de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte R00-R53, R55-R96, R99

103-112 CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE V01-Y98

- 103 Acidentes de transporte V01-V99
- 104 Quedas W00-W19
- 105 Afogamentos e submersões acidentais W65-W74
- 106 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas X00-X09
- 107 Envenenamento acidental por e exposição a substâncias nocivas X40-X49
- 108 Lesões autoprovocadas voluntariamente X60-X84
- 109 Agressões X85-Y09
- 110 Eventos [fatos] cuja intenção é indeterminada Y10-Y34
- 111 Intervenções legais e operações de guerra Y35-Y36
- 112 Todas as outras causas externas W20-64, W75-99, X10-39, X50-59, Y40-89

ANEXO C: Classificação dos Óbitos Maternos de acordo com a causa CID-4C

Óbitos Maternos Obstétricos Diretos:

Gravidez Ectópica

- O00.1 Gravidez tubária
- O00.9 Gravidez ectópica não especificada

Mola Hidatiforme

- O01.9 Mola hidatiforme não especificada

Complicações do Abortamento

- O02.1 Aborto retido
- O03.5 Aborto espontâneo - completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos
- O04.5 Aborto por razões médicas e legais - completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos
- O05.0 Outros tipos de aborto - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos
- O05.5 Outros tipos de aborto - completo ou não especificado, complicado por infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos
- O06.8 Aborto não especificado - completo ou não especificado, com outras complicações ou com complicações não especificadas

Distúrbios Hipertensivos

- O10.1 Doença cardíaca hipertensiva pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O10.9 Hipertensão pré-existente não especificada, complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
- O14.0 Pré-eclâmpsia moderada
- O14.1 Pré-eclâmpsia grave
- O14.9 Pré-eclâmpsia não especificada
- O15.1 Eclâmpsia no trabalho de parto
- O15.2 Eclâmpsia no puerpério
- O15.9 Eclâmpsia não especificada quanto ao período

Distúrbios Hemorrágicos

- O45.0 Descolamento prematuro da placenta com deficiência de coagulação
- O45.9 Descolamento prematuro da placenta, não especificado
- O46.0 Hemorragia anteparto com deficiência de coagulação
- O62.0 Contrações iniciais inadequadas
- O62.2 Outras formas de inércia uterina
- O71.1 Ruptura do útero durante o trabalho de parto
- O72.3 Deficiências de coagulação pós-parto

Distúrbios Tromboembólicos

- O88.1 Embolia amniótica
- O88.2 Embolia obstétrica por coágulo de sangue

[Digite texto]

Infecção

- O85 Infecção puerperal
- O86.0 Infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica
- O86.2 Infecção das vias urinárias subseqüentes ao parto
- O86.4 Febre de origem desconhecida subseqüente ao parto
- O87.1 Tromboflebite profunda no puerpério

Classificadas em Outra Parte

- O74.6 Outras complicações de anestesia raquidiana ou peridural, durante o trabalho de parto e parto
- O75.4 Outras complicações de procedimentos ou de cirurgia obstétrica
- O75.9 Complicações do trabalho de parto e do parto, não especificadas
- O90.2 Hematoma da incisão obstétrica
- O95 Morte obstétrica de causa não especificada

Óbitos Maternos Obstétricos Indiretos:

Doenças Infecciosas

- O98.5 Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O98.0 Tuberculose complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O98.8 Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando a gravidez, o parto e o puerpério

Transtornos Mentais e do Sistema Nervoso Central

- O99.3 Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso complicando a gravidez, o parto e o puerpério

Doenças do Aparelho Circulatório

- O99.4 Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O90.3 Cardiomiopatia no puerpério

Doenças do Aparelho Respiratório

- O99.5 Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério

Doenças do Aparelho Digestivo

- O99.6 Doenças do aparelho digestivo complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O26.6 Transtornos do fígado na gravidez, no parto e no puerpério

Outras

- O99.8 Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério

ANEXO D: Lista de categorias CID-3c do capítulo II da CID-10 (C00-D48)

C00-C14 Neoplasias [tumores] malignas(os) do lábio, cavidade oral e faringe

- C00 Neoplasia maligna do lábio
- C01 Neoplasia maligna da base da língua
- C02 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua
- C03 Neoplasia maligna da gengiva
- C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca
- C05 Neoplasia maligna do pálato
- C06 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca
- C07 Neoplasia maligna da glândula parótida
- C08 Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
- C09 Neoplasia maligna da amígdala
- C10 Neoplasia maligna da orofaringe
- C11 Neoplasia maligna da nasofaringe
- C12 Neoplasia maligna do seio piriforme
- C13 Neoplasia maligna da hipofaringe
- C14 Neoplasia maligna de outras localizações, localizações mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe

C15-C26 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos

- C15 Neoplasia maligna do esôfago
- C16 Neoplasia maligna do estômago
- C17 Neoplasia maligna do intestino delgado
- C18 Neoplasia maligna do cólon
- C19 Neoplasia maligna da junção retossigmóide
- C20 Neoplasia maligna do reto
- C21 Neoplasia maligna do ânus e do canal anal
- C22 Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas
- C23 Neoplasia maligna da vesícula biliar
- C24 Neoplasia maligna de outras partes, e de partes não especificadas das vias biliares
- C25 Neoplasia maligna do pâncreas
- C26 Neoplasia maligna de outros órgãos digestivos e de localizações mal definidas no aparelho digestivo

C30-C39 Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos

- C30 Neoplasia maligna da cavidade nasal e do ouvido médio
- C31 Neoplasia maligna dos seios da face
- C32 Neoplasia maligna da laringe
- C33 Neoplasia maligna da traquéia
- C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões
- C37 Neoplasia maligna do timo
- C38 Neoplasia maligna do coração, mediastino e pleura
- C39 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos

C40-C41 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos ossos e das cartilagens articulares

- C40 Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros
- C41 Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas

C43-C44 Melanoma e outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele

- C43 Melanoma maligno da pele
- C44 Outras neoplasias malignas da pele

C45-C49 Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido mesotelial e tecidos moles

- C45 Mesotelioma
- C46 Sarcoma de Kaposi
- C47 Neoplasia maligna dos nervos periféricos e do sistema nervoso autônomo
- C48 Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio
- C49 Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles

C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama

[Digite texto]

C50 Neoplasia maligna da mama

C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos

C51 Neoplasia maligna da vulva

C52 Neoplasia maligna da vagina

C53 Neoplasia maligna do colo do útero

C54 Neoplasia maligna do corpo do útero

C55 Neoplasia maligna do útero, porção não especificada

C56 Neoplasia maligna do ovário

C57 Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados

C58 Neoplasia maligna da placenta

C60-C63 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos

C60 Neoplasia maligna do pênis

C61 Neoplasia maligna da próstata

C62 Neoplasia maligna dos testículos

C63 Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos e dos não especificados

C64-C68 Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário

C64 Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal

C65 Neoplasia maligna da pelve renal

C66 Neoplasia maligna dos ureteres

C67 Neoplasia maligna da bexiga

C68 Neoplasia maligna de outros órgãos urinários e dos não especificados

C69-C72 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central

C69 Neoplasia maligna do olho e anexos

C70 Neoplasia maligna das meninges

C71 Neoplasia maligna do encéfalo

C72 Neoplasia maligna da medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nervoso central

C73-C75 Neoplasias [tumores] malignas(os) da tireóide e de outras glândulas endócrinas

C73 Neoplasia maligna da glândula tireóide

C74 Neoplasia maligna da glândula supra-renal [Glândula adrenal]

C75 Neoplasia maligna de outras glândulas endócrinas e de estruturas relacionadas

C76-C80 Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas

C76 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas

C77 Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos

C78 Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos

C79 Neoplasia maligna secundária de outras localizações

C80 Neoplasia maligna, sem especificação de localização

C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido linfático, hematopoiético e de tecidos correlatos

C81 Doença de Hodgkin

C82 Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)

C83 Linfoma não-Hodgkin difuso

C84 Linfomas de células T cutâneas e periféricas

C85 Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado

C88 Doenças imunoproliferativas malignas

C90 Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos

C91 Leucemia linfóide

C92 Leucemia mielóide

C93 Leucemia monocítica

C94 Outras leucemias de células de tipo especificado

C95 Leucemia de tipo celular não especificado

C96 Outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos

[Digite texto]

C97 Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações múltiplas independentes (primárias)

C97 Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)

D00-D09 Neoplasias [tumores] in situ

- D00 Carcinoma in situ da cavidade oral, do esôfago e do estômago
- D01 Carcinoma in situ de outros órgãos digestivos
- D02 Carcinoma in situ do ouvido médio e do aparelho respiratório
- D03 Melanoma in situ
- D04 Carcinoma in situ da pele
- D05 Carcinoma in situ da mama
- D06 Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)
- D07 Carcinoma in situ de outros órgãos genitais e dos não especificados
- D09 Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas

D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)

- D10 Neoplasia benigna da boca e da faringe
- D11 Neoplasia benigna de glândulas salivares maiores
- D12 Neoplasia benigna do cólon, reto, canal anal e ânus
- D13 Neoplasia benigna de outras partes e de partes mal definidas do aparelho digestivo
- D14 Neoplasia benigna do ouvido médio e do aparelho respiratório
- D15 Neoplasia benigna de outros órgãos intratorácicos e dos não especificados
- D16 Neoplasia benigna de osso e de cartilagem articular
- D17 Neoplasia lipomatosa benigna
- D18 Hemangioma e linfangioma de qualquer localização
- D19 Neoplasia benigna de tecido mesotelial
- D20 Neoplasia benigna de tecido mole do retroperitônio e do peritônio
- D21 Outras neoplasias benignas do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles
- D22 Nevos melanocíticos
- D23 Outras neoplasias benignas da pele
- D24 Neoplasia benigna da mama
- D25 Leiomioma do útero
- D26 Outras neoplasias benignas do útero
- D27 Neoplasia benigna do ovário
- D28 Neoplasia benigna de outros órgãos genitais femininos e de órgãos não especificados
- D29 Neoplasia benigna dos órgãos genitais masculinos
- D30 Neoplasia benigna dos órgãos urinários
- D31 Neoplasia benigna do olho e anexos
- D32 Neoplasia benigna das meninges
- D33 Neoplasia benigna do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central
- D34 Neoplasia benigna da glândula tireóide
- D35 Neoplasia benigna de outras glândulas endócrinas e das não especificadas
- D36 Neoplasia benigna de outras localizações e de localizações não especificadas

D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido

- D37 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos
- D38 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ouvido médio e dos órgãos respiratórios e intratorácicos
- D39 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais femininos
- D40 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais masculinos
- D41 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos urinários
- D42 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das meninges
- D43 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo e do sistema nervoso central
- D44 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das glândulas endócrinas
- D45 Policitemia vera
- D46 Síndromes mielodisplásicas
- D47 Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos
- D48 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações e de localizações não especificadas

[Digite texto]

ANEXO E: População feminina em idade reprodutiva por faixa etária residente no Recife, no período de 1997-2004.

Ano de Estudo	Faixa etária				Total
	10-19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	
1997	141.669	135.349	115.999	84.175	477.192
1998	142.717	136.349	116.856	84.797	480.719
1999	143.767	137.353	117.718	85.421	484.259
2000	139.921	139.131	121.940	95.218	496.210
2001	141.327	140.528	123.164	96.174	501.193
2002	142.501	141.696	124.188	96.974	505.359
2003	143.700	142.887	125.232	97.788	509.607
2004	144.894	144.075	126.272	98.601	513.842
Total	1.140.496	1.117.368	971.369	739.148	3.968.381

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/DATASUS

ANEXO F: População feminina em idade reprodutiva residente no município do Recife por distrito sanitário no período de 1997-2004

Área Residência	População Feminina em Idade Reprodutiva
Distrito Sanitário I	217.249
Distrito Sanitário II	587.864
Distrito Sanitário III	755.825
Distrito Sanitário IV	713.835
Distrito Sanitário V	663.446
Distrito Sanitário VI	1.030.162
Total	3.968.381

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/DATASUS. Secretaria Municipal de Saúde do Recife

Distrito Sanitário I:

Bairros: Boa Vista, Cabanga, Coelhoos, Ilha Joana Bezerra, Ilha do Leite, Paissandu, Recife, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e Soledade.

Distrito Sanitário II:

Bairros: Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois unidos e Linha do Tiro.

Distrito Sanitário III:

Bairros: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro, Casa Amarela e Casa Forte.

Distrito Sanitário IV:

Bairros: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea.

Distrito Sanitário V:

Bairros: Afogados, Areias, Barro, Bongí, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, San Martin, Sancho, Tejipió e Totó

Distrito Sanitário VI:

Bairros: Boa Viagem, Brasília Teimosa, COHAB, Ibura, Imbiribeira, Ipsep, Jordão e Pina.

[Digite texto]

ANEXO G: Distribuição absoluta dos nascidos vivos de mães residentes no Recife de acordo com a faixa etária materna, no período de 1997-2004.

Ano	Faixa Etária (anos)						Total
	10-19	20-29	30-39	40-49	50 a 54	Ignorada	
1997	6.521	15.349	4.984	311	2	61	27.228
1998	6.304	14.858	4.848	322	2	48	26.382
1999	6.544	15.666	5.116	330	0	9	27.665
2000	6.136	14.155	4.909	326	0	7	25.533
2001	5.854	14.198	4.894	338	3	7	25.294
2002	5.434	13.563	4.973	333	2	2	24.307
2003	5.253	13.704	5.341	373	1	4	24.676
2004	5.017	12.337	5.216	324	1	3	22.898
Total	47.063	113.830	40.281	2.657	11	141	203.983

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

ANEXO H: Aprovação do Projeto Inicial



Nº do protocolo : CISAM / 118/05

Data de distribuição : 14/09/2005

Título do projeto: Mortalidade Feminina em idade reprodutiva no município de Recife nos anos de 1996 a 2003.

Pesquisador principal: Glaucius Cassiano do Nascimento

Principal Análise:

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo de base populacional onde se propõe analisar os óbitos ocorridos em mulheres na faixa etária dos 10 aos 49 anos no período de 1996 a 2003 e fazer uma comparação entre informações obtidas das declarações dos óbitos, prontuários médicos, perícias tanatoscópicas do IML, relatórios do SVO e entrevistas com médicos ou familiares das falecidas, com o objetivo geral de determinar as principais causas de óbito. O embasamento teórico, justificativa, metodologia e aspectos éticos estão bem documentados.

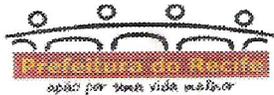
Parecer final do CEP/CISAM:

APROVADO

Maria Luiza Menezes
Coordenadora do CEP/CISAM

Dr.ª. M^ª Luíza B. Menezes
CRM - 8576

ANEXO I: Termo de cessão do banco de dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

Recife, 19 de dezembro de 2005

OFÍCIO N.º 261

TERMO DE CESSÃO

CEDENTE
Diretoria de Vigilância à Saúde Secretaria de Saúde do Recife Diretora: Tereza Maciel Lyra

CESSIONÁRIO
Glaucius Cassiano do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro
Profissão: Médico

OBJETO
Banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade da cidade do Recife dos anos de 1996 a 2004 , para o projeto intitulado " <i>Mortalidade feminina em idade reprodutiva no município do Recife, nos anos de 1996 a 2004</i> ", para fins de consolidação do referido projeto de pesquisa.

Por meio do presente instrumento, a Diretoria de Vigilância à Saúde do Recife cede gratuitamente a Sr. Glaucius Cassiano do Nascimento o banco de dados acima descrito. Todas as informações obtidas poderão ser divulgadas para difusão do conhecimento científico, com o compromisso de que será resguardada a confidencialidade da identificação dos óbitos registrados no banco, sob pena de ser encaminhada reclamação por conduta anti-ética para apuração do órgão competente.


Tereza Maciel Lyra
Diretoria da DIEVS


Glaucius Cassiano do Nascimento
Aluno do Curso de Mestrado em Tocoginecologia da UPE

Apêndices

Apêndice A : Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas específicas (por 100.000 mulheres) segundo o ano estudado. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Tipos de Causas Externas	CMFIR-CEE *							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Homicídios	10,06	11,03	9,29	13,91	11,17	8,90	9,62	14,79
Acidentes de Transporte	6,50	8,11	5,78	4,84	3,19	5,14	4,32	3,89
Suicídios	2,72	2,50	1,45	1,81	2,79	2,37	1,37	2,92
Outros Acidentes	3,56	0,62	1,86	2,82	2,00	1,58	1,57	1,95
Outras Violências	2,51	2,91	1,86	2,22	2,00	0,99	0,59	1,75
Total	25,36	25,17	20,24	25,59	21,15	19,00	17,46	25,30

* CMFIR-CEE: coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva por causas externas específicas

Apêndice B - Distribuição temporal dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva (por 100.000 mulheres) por doenças virais e tuberculose. Recife, Pernambuco, Brasil 1997-2004

Causas de Óbito	CMFIR-DIP *							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
016-023 Doenças Virais	5,87	6,45	5,99	7,05	6,58	5,74	5,69	8,56
005-006 Tuberculose	4,40	3,95	3,72	2,82	3,59	2,97	3,53	3,50

* CMFIR-DIP: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (por 100.000 mulheres)

Apêndice C - Distribuição dos coeficientes de mortalidade feminina em idade reprodutiva (por 100.000 mulheres) das três principais causas ginecológicas de óbito por neoplasias de acordo com o ano de estudo. Recife, Pernambuco, Brasil, 1997-2004

Neoplasias Ginecológicas	CMFIR-Neo *							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Neoplasia maligna da mama	7,54	6,86	4,13	7,86	7,98	6,73	6,08	5,64
Neoplasia maligna do útero	7,13	5,82	5,99	5,44	4,59	4,55	4,32	5,25
Neoplasia maligna do ovário	1,89	0,83	0,83	1,41	2,00	1,98	0,78	2,53

* CMFIR-Neo: Coeficiente de Mortalidade Feminina em Idade Reprodutiva por Neoplasias (por 100.000 mulheres)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)